



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**ALESSANDRA CABRAL NOGUEIRA LIMA**

**TECNOLOGIAS COLABORATIVAS INTERMEDIANDO DECISÃO  
MÉDICA COMPARTILHADA: IMPLICAÇÕES NA COLABORAÇÃO**

Salvador

2020

**ALESSANDRA CABRAL NOGUEIRA LIMA**

**TECNOLOGIAS COLABORATIVAS INTERMEDIANDO DECISÃO  
MÉDICA COMPARTILHADA: IMPLICAÇÕES NA COLABORAÇÃO**

Tese apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de doutor em Administração pelo Programa de Doutorado Interinstitucional em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson David Araújo Sales

Salvador

2020

Escola de Administração - UFBA

L732 Lima, Alessandra Cabral Nogueira.

Tecnologias colaborativas intermediando decisão médica compartilhada: implicações na colaboração / Alessandra Cabral Nogueira Lima. – 2020.

201 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson David Araújo Sales.

Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2020.

1. Ambientes virtuais compartilhados – Medicina. 2. Realidade virtual na medicina. 3. Redes sociais on-line - Medicina. 4. Médicos – Efeito das inovações tecnológicas. 5. Processo decisório em grupo – Estudos comparados. 6. Médico e paciente – Processo decisório. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 610.2856

**ALESSANDRA CABRAL NOGUEIRA LIMA**

**TECNOLOGIAS COLABORATIVAS INTERMEDIANDO DECISÃO  
MÉDICA COMPARTILHADA: IMPLICAÇÕES NA COLABORAÇÃO**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Administração, pelo Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em: 30/06/2020

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Jefferson David Araújo Sales – Orientador  
Doutor em Administração – Universidade Federal de Sergipe

---

Prof. Dr. Ernani Marques dos Santos  
Doutor em Administração – Universidade Federal da Bahia

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Conceição Melo Silva Luft  
Doutora em Administração – Universidade Federal de Sergipe

---

Prof. Dr. Cesar Alexandre De Souza  
Doutor em Administração – Universidade de São Paulo

---

Prof. Dr. Jorge da Silva Correia Neto  
Doutor em Administração – Universidade Federal Rural de Pernambuco

**A minha Maria Valentine, luz da minha vida.**

## AGRADECIMENTOS

Nossa, como demorou chegar até aqui!!! E se aqui estou é porque muitas pessoas estiveram comigo, então não poderia deixar de agradecer...

A Deus, minha fonte de luz e bênçãos nesta passagem, e à Mãe Santíssima, meu refúgio, meu colo, meu porto seguro de amor incondicional em todas as horas.

Aos meus pais Pedro e Penha, meus alicerces fundamentais em tudo que sou. Ao meu irmão Márcio, Duda e Victor, minha família-exemplo. Aí está mais um sonho nosso alcançado! Amo mais que tudoooo!!!!

A minha vida inteira, Fábio, por estar ao meu lado em todos os momentos, por acreditar quando eu não acreditava que conseguiria e por esse inexplicável presente que é a nossa filha. O nosso amor se materializou da melhor forma possível. Foi, é, e sempre será por vocês.

A Minha Vó Dinalda, que, nesse percurso, nos deixou para poder iluminar mais ainda esse meu caminho. Muitas saudades! Como gostaria de tê-la aqui neste momento, mas deixaste a minha família linda e verdadeira, meus tios e primos, que sempre me incentivaram. A minha família baiana, gratidão pela acolhida e pelo auxílio nas horas que mais precisei.

Ao meu amigo e orientador, Jefferson (Jeff), sempre presente na minha caminhada acadêmica. Gratidão eterna por sempre acreditar em mim e na minha capacidade.

As EMILIAS. Ah, só “Gracinha” e eu sabemos.... Só mesmo as palavras da nossa Complexa para nos definir: “Vocês são a experiência que me marca, constitui minhas ações, minha escrita, meus sonhos, minhas vitórias, e, especialmente, minha esperança! Mulheres que fazem às vezes o que gostam, às vezes o que desgostam... mas sempre acolhem o amor, a dor e a alegria da vida a cada EMILIA, pra juntas lapidarmos a experiência de existir.” Amo vocês!!!

As minhas “Cialetis”, Ani, Rosa, Mai-ly, Edjane, Virginia e Tais, amigas especiais que conquistei com esse Doutorado. Vocês são as âncoras que apareceram na minha vida, para me dar segurança e força. Sem vocês não teria conseguido. Aos colegas do DINTER/UFS/UFBA, obrigada pelas conversas, reflexões, aprendizados e, claro, pela comilança nas aulas. A convivência com vocês foi maravilhosa.

Aos professores Jorge Correia, Conceição Melo (Ceixa) e Rodrigo Ladeira, por todas as considerações que fizeram para que este trabalho se concretizasse. Ao professor Ernani Marques, por me receber como sua estagiária e compartilhar comigo a sua experiência. Aos professores do NPGA/UFBA, por me fazerem continuar a acreditar na educação para uma sociedade mais justa.

A todos os meus amigos que, de longe ou de perto, me ajudaram a vencer mais essa etapa: Flávia, Maira, CC, Wanalba, Marcinha, Zélia, Ludmila, a Banda P. Sem vocês, eu não teria chegado até aqui.

A todos que fazem o DACI/UFS Itabaiana, meus alunos, funcionários, meus colegas professores, o meu reconhecimento a vocês.

Ao anjo Heitor Oliveira, que nos deixou durante esse percurso, mas não antes que eu pudesse entrevistar a sua mãe, e entender que empatia e fé não são para muitos, apenas para os especiais como você e ela. É na pessoinha dele que agradeço a todos que abriram as portas de suas casas e consultórios para que eu realizasse esta pesquisa.

À UFS/CAPES, pelo apoio financeiro para que pudesse realizar mais essa etapa da minha carreira acadêmica, sem precisar me afastar do meu lar.

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.”

Cora Coralina



LIMA, Alessandra Cabral Nogueira. **Tecnologias colaborativas intermediando Decisão Médica Compartilhada**: implicações na colaboração. 2020. Orientador: Jefferson David Araújo Sales. 201 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

## RESUMO

As plataformas sociais baseadas na *Internet* vêm favorecendo a colaboração, assim como o compartilhamento e a interação, e estão sendo apropriadas nas dimensões da atividade humana em seus mais diversos contextos, inclusive na área de Saúde, com reflexos nas atividades, papéis e competências dos profissionais de saúde e seus pares. Dentro desse contexto, tem-se a Decisão Médica Compartilhada, um processo multidimensional tido como um recurso que leva à diminuição da desigualdade de informações, de influência entre médicos e pacientes, e, por outro lado, a *Internet* expõe informações científicas a esses atores, edificando uma conjuntura de benefícios e danos. Logo, o procedimento parece não acompanhar essa nova dinâmica, deixando uma lacuna nos fatores influenciadores da decisão clínica. Assim, esta tese analisou as implicações causadas pela colaboração, intermediada pelas redes sociais virtuais, no processo de Tomada de Decisão Médica Compartilhada, e se estas trazem um desenho contemporâneo do processo decisório de tratamento clínico. Esta investigação baseou-se em alguns aportes teóricos da Teoria da Estruturação Adaptativa, relacionados à apropriação de tecnologias e do modelo i3C de colaboração interativa. Em seguida, adotando uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, foram entrevistados 20 médicos e 14 pacientes do município de Aracaju/SE. Após codificação e categorização dos dados fornecidos, foi possível elencar e discutir sobre o perfil da apropriação das redes sociais virtuais no lócus desta pesquisa, que se configura como estável, confirmando os processos de interação e comunicação entre os médicos e pacientes permeados pelas redes sociais virtuais, validando a presença da colaboração permeada pelas tecnologias colaborativas, além de sugerir novos comportamentos para a categoria Coordenação, percebida nesta pesquisa como autogerenciada, e para a Cooperação, que teve os comportamentos interativos intensificados entre médicos e pacientes, e assim apresentar o *framework* de colaboração interativa para a realização da Decisão Médica Compartilhada, que descreve a realidade dessas dimensões na prática. A ideia foi propor, a partir da realidade encontrada, uma articulação de perspectivas teóricas dentro do campo da Administração e da Saúde, estabelecendo conexões que buscam integrar epistemológica e metodologicamente questões relacionadas à colaboração interativa nas Tomadas de Decisões Médicas Compartilhadas, uma vez que os pesquisadores de Sistemas de Informação estão examinando o uso da tecnologia em diversos contextos pessoais e sociais.

Palavras-chave: Apropriação de Tecnologias. Tecnologias Colaborativas. Colaboração. Decisão Médica Compartilhada.

LIMA, Alessandra Cabral Nogueira. **Collaborative technologies mediating Shared Medical Decision**: implications for collaboration. 2020. Thesis advisor: Jefferson David Araújo Sales. 201 s. Thesis (Doctorate in Administration) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

### **ABSTRACT**

Internet-based social platforms have favored collaboration, as well as sharing and interaction, and are being appropriated in the dimensions of human activity in its most diverse contexts, including in the health area, with repercussions on the activities, roles and skills of health-care professionals and peers. Within this context, there is Shared Medical Decision, a multidimensional process seen as a resource that leads to the reduction of inequality of information, of influence between doctors and patients, and, on the other hand, the Internet exposes scientific information to these actors, building a conjuncture of benefits and damages. Therefore, the procedure does not seem to follow this new dynamic, leaving a gap in the factors that influence clinical decision. Thus, this thesis analyzed the implications caused by collaboration, intermediated by virtual social networks, in the Shared Medical Decision Making process, and whether they bring a contemporary design to the clinical treatment decision process. This investigation was based on some theoretical contributions from the Adaptive Structuring Theory, related to the appropriation of technologies and the i3C model of interactive collaboration. Then, adopting a qualitative, exploratory-descriptive approach, 20 physicians and 14 patients from the municipality of Aracaju/SE were interviewed. After coding and categorizing the data provided, it was possible to list and discuss the profile of the appropriation of social media in the locus of this research, which is configured as stable, confirming the processes of interaction and communication between doctors and patients permeated by social media, validating the presence of collaboration permeated by collaborative technologies, in addition to suggesting new behaviors for the category Coordination, perceived in this research as self-managed, and for Cooperation, which had intensified interactive behaviors between doctors and patients, and thus presenting the interactive collaboration framework for the realization of the Shared Medical Decision, which describes the reality of these dimensions in practice. The idea was to propose, from the reality found, an articulation of theoretical perspectives within the field of Administration and Health, establishing connections that seek to integrate epistemologically and methodologically issues related to interactive collaboration in Shared Medical Decision Making, since Information Systems researchers are examining the use of technology in different personal and social contexts.

**Keywords:** Appropriation of Technologies. Collaborative Technologies. Collaboration. Shared Medical Decision.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fatores que influenciam a decisão clínica.....	29
Figura 2 – Diagrama Conceitual da Pesquisa.....	32
Figura 3 – Síntese de apropriação na literatura de SI.....	34
Figura 4 – Resumo das principais construções e proposições da AST.....	39
Figura 5 – Síntese dos Constructos da AST.....	42
Figura 6 – Mapa Conceitual da AST.....	43
Figura 7 – Visão geral do modelo de pesquisa e hipóteses.....	45
Figura 8 – A Teoria da Estruturação Adaptativa para indivíduos.....	47
Figura 9 – Múltiplas Perspectivas da Colaboração.....	49
Figura 10 – Elementos conceituais fundamentais na <i>e-collaboration</i> .....	52
Figura 11 – Modelo 3C de colaboração.....	53
Figura 12 – <i>Framework</i> i3C de Colaboração.....	57
Figura 13 – Mapa Conceitual da Colaboração.....	58
Figura 14 – Quadro de S-O-R para métricas de mídia social.....	65
Figura 15 – Prisma Global das Mídias Sociais 2017/2018.....	67
Figura 16 – Visão geral do uso de <i>internet</i> no Brasil.....	68
Figura 17 – As plataformas sociais mais usadas no mundo.....	68
Figura 18 – As plataformas sociais mais usadas no Brasil.....	69
Figura 19 – Classificações de aplicativos para dispositivos móveis: usuários ativos....	69
Figura 20 – Mapa Conceitual de Tecnologias Colaborativas.....	70
Figura 21 – O processo decisório organizacional.....	71
Figura 22 – Dimensões da participação leiga em tomada de decisão de cuidados de saúde.....	73
Figura 23 – Modelo de segmento e adaptação da decisão ao cuidado com paciente.....	84
Figura 24 – Mapa Conceitual da Decisão Médica Compartilhada.....	86
Figura 25 – Diagrama Operacional da Pesquisa.....	88
Figura 26 – Paradigmas, metáforas e as escolas de análise organizacional relacionadas.....	90
Figura 27 – Alegações de conhecimento, estratégias de investigação e métodos que conduzem a sistemas e processos da pesquisa.....	93
Figura 28 – Desenho da pesquisa.....	97
Figura 29 – Texto inicial para agendar as entrevistas.....	106

Figura 30 – Exemplo de perfis dos pacientes .....	107
Figura 31 – Etapas da Coleta de Dados .....	108
Figura 32 – Etapas da Análise de Dados .....	112
Figura 33 – Termos mais comuns em relação às tecnologias utilizadas .....	115
Figura 34 – Aspectos e características da dimensão Apropriação de Tecnologia.....	137
Figura 35 – Diagrama de árvore do agrupamento por similaridade de codificação entre as categorias de Colaboração dos dados empíricos do estudo .....	138
Figura 36 – Contextos de uso da palavra comunicação pelos entrevistados .....	145
Figura 37 – Características e relações da categoria Comunicação .....	147
Figura 38 – Diagrama de árvore do agrupamento por similaridade de codificação entre as categorias de colaboração dos dados empíricos do estudo .....	148
Figura 39 – Diagrama do agrupamento por similaridade de codificação entre as categorias de análise dos dados empíricos do estudo.....	151
Figura 40 – Características e relações da categoria Coordenação.....	151
Figura 41 – Características e relações da categoria Cooperação.....	157
Figura 42 – Diagrama de árvore do agrupamento por similaridade de codificação entre as categorias de Colaboração dos dados empíricos do estudo .....	158
Figura 43 – Contextos de uso da palavra mensagem pelos entrevistados .....	160
Figura 44 – Características da categoria Interatividade.....	161
Figura 45 – <i>Framework</i> de colaboração interativa para a Decisão Médica Compartilhada.....	169

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Aspectos teórico-empíricos que justificam a proposição da pesquisa e do <i>framework</i> baseado em Whetten (2003) .....	30-31
Quadro 2 – Síntese dos conceitos essenciais da Teoria da Estruturação Adaptativa .....	40
Quadro 3 – Definições de Colaboração .....	50
Quadro 4 – Dimensões e funcionalidades típicas do modelo 3C de colaboração .....	55
Quadro 5 – Classificação das mídias sociais .....	63
Quadro 6 – Modelos de tomada de decisão de tratamento .....	77
Quadro 7 – <i>Framework</i> de suporte à decisão de Ottawa .....	78-79
Quadro 8 – Frequência dos Componentes e elementos constitutivos dos modelos de Tomada de Decisão Compartilhada .....	80-81
Quadro 9 – Modelos de Tomada de Decisão Clínica .....	83
Quadro 10 – Categoria de análise Apropriação de Tecnologia .....	99
Quadro 11 – Categoria de análise Colaboração .....	99
Quadro 12 – Perfil dos Participantes Médicos .....	102-103
Quadro 13 – Perfil dos Participantes Pacientes .....	103
Quadro 14 – Procedimentos da análise de conteúdo .....	110-111

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	<i>Association for Information Systems</i>
AIT	<i>Advanced Information Technology</i>
AST	<i>Adaptive Structuring Theory</i>
BYOD	<i>Bring Your Own Device</i>
CMC	Comunicação Mediada por Computador
CRM	Conselho Regional de Medicina
CSCW	<i>Computer-Supported Cooperative Work</i>
CSSNs	<i>Computer-Supported Social Networks</i>
P	Proposições
SI	Sistema de Informações
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia de Informação
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
VCMs	<i>Values clarification methods</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1</b>	<b>Contexto da pesquisa.....</b>	<b>22</b>
1.1.1	Ambiente .....	22
1.1.2	Cenário .....	24
<b>1.2</b>	<b>Problema .....</b>	<b>25</b>
<b>1.3</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>27</b>
1.3.1	Objetivo geral.....	27
1.3.2	Objetivos específicos.....	27
<b>1.4</b>	<b>Justificativas.....</b>	<b>28</b>
<b>2</b>	<b>MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1</b>	<b>Apropriação de Tecnologia.....</b>	<b>32</b>
2.1.1	Teoria da Estruturação Adaptativa .....	34
<b>2.2</b>	<b>Colaboração .....</b>	<b>48</b>
2.2.1	Modelos de Colaboração .....	52
2.2.1.1	O Modelo 3C de Colaboração .....	53
2.2.1.2	O <i>framework</i> i3C de Colaboração Interativa.....	56
<b>2.3</b>	<b>Tecnologias Colaborativas.....</b>	<b>58</b>
2.3.1	Contextos e definições das redes sociais na <i>internet</i> e mídias sociais .....	59
2.3.2	Tipos e classificações de Mídias Sociais.....	63
<b>2.4</b>	<b>A Tomada de Decisão Médica Compartilhada.....</b>	<b>71</b>
2.4.1	Conceito e Contexto da Decisão Médica Compartilhada.....	72
2.4.2	<i>Frameworks</i> de Tomada de Decisão Médica Compartilhada .....	76
<b>2.5</b>	<b>Diagrama Operacional da Pesquisa.....</b>	<b>87</b>
<b>3</b>	<b>OS CAMINHOS DA PESQUISA .....</b>	<b>89</b>
<b>3.1</b>	<b>Postura epistemológica.....</b>	<b>89</b>
<b>3.2</b>	<b>Abordagem e método de pesquisa.....</b>	<b>92</b>
<b>3.3</b>	<b>Estratégia da pesquisa.....</b>	<b>94</b>
<b>3.4</b>	<b>O desenho da pesquisa .....</b>	<b>96</b>
<b>3.5</b>	<b>Definições constitutivas e operacionais das categorias de análise.....</b>	<b>97</b>
3.5.1	Definições constitutivas das categorias de análise .....	98
3.5.2	Definições operacionais das categorias de análise .....	98

<b>3.6</b>	<b>Locus da pesquisa</b> .....	99
<b>3.7</b>	<b>Participantes</b> .....	101
<b>3.8</b>	<b>Técnicas de coleta dos dados</b> .....	104
<b>3.9</b>	<b>Técnicas de análise de dados</b> .....	109
<b>3.10</b>	<b>Cuidados metodológicos</b> .....	112
<b>4</b>	<b>Análise e discussão dos dados</b> .....	<b>114</b>
<b>4.1</b>	<b>As tecnologias colaborativas utilizadas pelos profissionais da área de saúde e pacientes</b> .....	114
<b>4.2</b>	<b>A forma de apropriação das tecnologias colaborativas utilizadas pelos profissionais da área de saúde e pacientes</b> .....	120
4.2.1	Grau de uso da tecnologia .....	121
4.2.2	Conforto com a tecnologia .....	126
4.2.3	Adaptação da Tecnologia .....	129
4.2.4	Grau de uso da tecnologia para fins de poder/dominação.....	132
<b>4.3</b>	<b>O processo de colaboração e suas dimensões após a apropriação das tecnologias</b> .....	137
4.3.1	Comunicação .....	138
4.3.2	Coordenação.....	147
4.3.3	Cooperação.....	152
4.3.4	Interatividade.....	158
4.3.5	Consolidação dos dados .....	163
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>167</b>
<b>5.1</b>	<b>Proposição do <i>framework</i></b> .....	167
<b>5.2</b>	<b>Confronto com os objetivos</b> .....	170
<b>5.3</b>	<b>Limitações do estudo</b> .....	173
<b>5.4</b>	<b>Direcionamentos futuros do estudo</b> .....	174
<b>5.5</b>	<b>Considerações finais</b> .....	175
	REFERÊNCIAS.....	176
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	194
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com Pacientes.....	195
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista com os Profissionais de Saúde .....	198



## 1 INTRODUÇÃO

A *Internet* e toda a conflagração que trouxe estão presentes no estilo de vida da geração tecnológica de hoje, sobretudo na forma como se comunica, haja vista ser a comunicação o elemento que provavelmente mais sofre impactos dos avanços tecnológicos, permitindo, inclusive, o contato rápido, claro e direto em todo o mundo com apenas o toque de um botão (CHOUDHARY; MOMIN; KANTHARIA, 2015).

Todo esse processo finda por constituir a rede que, para Castells (2003), é a base tecnológica para qualquer forma organizacional da Era da Informação, uma vez que permite o exercício da flexibilidade e adaptabilidade inerentes a um contexto de rápida mutação.

E é nessa Era da Informação que o fenômeno denominado por Castells (2007) de sociedade em rede se propagou, em função da apropriação dos usos e aspectos da *Internet* pelo sistema capitalista. Tal sociedade já vinha sendo estudada por Lévy (1999a, p. 17), que, naquela época, a nomeou de cibercultura, estabelecida como “[...] um conjunto de técnicas (materiais e intelectuais), de práticas, de atitude, de modos de pensamento e de valores que se desenvolvem em conjunto com o ciberespaço.”, este novo espaço de interações propiciado pela realidade virtual.

Ao esclarecer o virtual como um lugar em que é possível vivenciar uma nova relação espaço-tempo, Lévy (1999b), por meio de uma analogia à rede, indica o desenvolvimento de uma “inteligência coletiva”, encontrada em toda parte, muito valorizada, que ocasiona uma mobilização efetiva das competências, e é embasada pelo reconhecimento, além de ter como objetivo o enriquecimento mútuo das pessoas.

A revolução da cibercultura está fundamentada em tudo que for processamento de informação, de comunicação, de coordenação, e se encontra evidentemente multiplicada pelas novas ferramentas de suporte digital (LÉVY, 1999a). A utilização de computadores em rede pela sociedade construiu um jogo de transformação da comunicação, do pensamento, da memória e da percepção, ou seja, das dimensões da atividade humana, em que a utilização da inteligência coletiva, os serviços interativos e a entrega aos usuários do controle sobre seus próprios dados maximizam todos os aspectos ligados à comunicação (CORREIA-NETO, 2014).

Com a democratização do acesso à tecnologia, novos espaços de produção compartilhada de conhecimento surgiram, dentre os quais, destacam-se as redes sociais virtuais, amplamente utilizadas em todos os lugares e por todos, dos jovens à terceira idade, a exemplo do *Facebook* e do *WhatsApp*, dentre outros que são os meios de comunicação mais utilizados

nas redes sociais no momento. Essas ferramentas tecnológicas também fomentaram a rotina de passar a maior parte do tempo interagindo com pessoas em um mundo virtual, e em sequência aumentando a interatividade entre pessoas e organizações (CORREIA NETO, 2014).

Isso corrobora com o pensamento de Castells (2003) sobre a presença incrustada das redes virtuais na cultura da *Internet*, que tem como pretensão a reinvenção da sociedade, materializada pelos empresários atentos à nova economia, em que a formação autônoma de redes como instrumento de organização, ação coletiva e construção de significados originam mudanças no padrão de comportamento da sociedade atual.

A propósito, a lógica dessa rede refere-se ao fato de que as estruturas sociais inerentes às tecnologias de comunicação tornaram coerente que as pessoas organizem suas atividades de maneira interconectadas. As pessoas estão acostumadas a acessar diretamente pessoas, serviços e informações, independentemente de tempo e lugar. Por exemplo, verifica-se o *e-mail* de trabalho durante as pausas físicas e, progressivamente, determina-se quando e onde encontrar os amigos (ABEELE; WOLF; LING, 2018).

Alguns estudos, a exemplo de Mizruchi (2006), Rothberg e Valença (2014) e Daltro *et al.* (2017), que buscaram compreender a dinâmica das redes sociais e seus efeitos sobre o estilo de vida das pessoas, na já conhecida sociedade de informação, demonstram a existência de uma nova prática trazendo um novo olhar para esta mesma coletividade, agora chamada de sociedade da colaboração, “[...] composta por comunidades, participação e trabalho realizado por pares.” (TAPSCOTT; WILLIAMS, 2007, p. 30).

Para Correia-Neto (2014), as plataformas sociais baseadas na *Internet* vêm favorecendo a colaboração, assim como o compartilhamento e a interação, e estão sendo apropriadas por muitas organizações. No entanto, ele pondera que a forma, a amplitude e a intensidade dessa apropriação variam bastante e devem ser analisadas não apenas sob a ótica dos aspectos tecnológicos, como também organizacionais e sociológicos.

Isto posto, tem-se a Teoria da Estruturação Adaptativa (*Adaptive Structuring Theory* – AST), que estende os modelos de estruturação de mudanças acionadas por tecnologia para considerar a influência mútua da tecnologia e dos processos sociais. A AST fornece uma descrição detalhada da estrutura das tecnologias avançadas, bem como o desdobramento da interação social, à medida que essas tecnologias são usadas. Seu objetivo é confrontar o “[...] paradoxo central da estruturação: tecnologias idênticas podem ocasionar dinâmicas similares e, ainda assim, levar a diferentes resultados estruturais.” (DESANCTIS; POOLE, 1994, p. 125,

tradução nossa).<sup>1</sup>

Nesse cenário, que é proveniente de uma sociedade baseada na coletividade, a saúde e suas organizações também vêm acompanhando essa revolução digital sob várias formas, que vão desde a implantação dos sistemas de informação hospitalares e laboratoriais até a forma de comunicação, a exemplo dos serviços de mensagens instantâneas, que são usados para melhorar a comunicabilidade e a coordenação entre as várias partes interessadas no setor de saúde.

A propósito, Dorwal *et al.* (2016) observaram o impacto do uso do *WhatsApp* na operação de um sistema de gestão de laboratório e perceberam que, apenas com o uso dos serviços de mensagens, houve uma melhora significativa no processo e na qualidade da comunicação, uma vez que esta ferramenta possibilitou um incremento nas informações passadas, sob a forma de compartilhar evidências fotográficas, informações sobre acidentes, alertas críticos, listas de tarefas, atividades acadêmicas e obtenção de diretrizes dos superiores. Também foi constatado um pequeno distúrbio na realização das atividades rotineiras, contudo, os benefícios superaram os aborrecimentos menores.

Outro direcionamento que pode ser percebido pela área da saúde é o que se refere aos *guidelines*, mais comumente conhecidos por protocolos clínicos, que foram digitalizados e adquiriram relevância e utilização dentro da área de saúde, pois além do seu conteúdo de evidências, estão associados a recursos de imagens, sons, vídeos, simulações e *links* para referências bibliográficas e o seu emprego. Segundo Chehuen Neto *et al.* (2009), além de proporcionar a inserção de tecnologias, pode colaborar no gerenciamento dos custos de saúde, como solicitação de exames desnecessários.

Tais protocolos clínicos objetivam promover uma melhor prática da medicina, auxiliando o médico em decisões sobre a melhor e mais apropriada conduta em situações clínicas específicas, permitindo uma resolução mais rápida e eficiente das enfermidades, gerando, ao menos em tese, melhor qualidade de vida aos pacientes. No entanto, Chehuen Neto *et al.* (2009, p. 159), naquela época, concluíram que há limitações significativas na aplicabilidade desse recurso, tornando-o “[...] instrumentos de auxílio em um contexto, no qual a experiência clínica deve ser integrada à informação científica, de forma crítica e racional, objetivando melhorar a qualidade da assistência médica.”

São muitas as transformações tecnológicas que atingem a saúde e figuram desde os diagnósticos clínicos até as organizações de saúde como um todo e, principalmente, os

---

<sup>1</sup> *Its goal is to confront "structuring's central para- dox: identical technologies can occasion similar dynam- ics and yet lead to different structural outcomes"*

profissionais da área, trazendo não só novas práticas e equipamentos, mas também uma revisão dos seus princípios e do uso de recursos e tecnologias. Não obstante, a grande revolução é sentida principalmente na sociedade e na produção dos saberes, dado que a inteligência é fruto do coletivo e, para tal, é necessário relacionar-se cada vez mais (LÉVY, 1999).

Tapscott e Williams (2007) asseveram que o uso da tecnologia de redes não muda o que se aprende, muda o modo como se aprende. Eles afirmam ainda que não se vive na era da informação, mas sim da colaboração, da inteligência conectada, em razão da *Internet* proporcionar acesso ao conhecimento contido no cérebro de outras pessoas em qualquer parte do mundo. Além de uma considerável redução do custo de colaboração que a rede traz, o seu uso permite às pessoas se juntarem e criarem valor sem o sistema tradicional de hierarquias.

A virtualização torna-se possível quando um mesmo *software* é disponibilizado para todos os participantes e se usa os mesmos dados armazenados. Então, pessoas separadas no espaço e/ou no tempo participam de um trabalho, usando a mesma rede de computadores (*Internet*), compartilhando informações e interagindo na discussão (GRAY, 2008), constituindo assim a aceção de tecnologia colaborativa (KANG *et al.*, 2012)

Os ambientes baseados em colaboração, em que existe a possibilidade de integrar pessoas, comunicações e dados, em um espaço virtual compartilhado, não são voláteis, como acontece, por exemplo, em uma reunião virtual. Na realidade, eles permanecem disponíveis no apoio às colaborações em curso, ou seja, o espaço e os dados compartilhados, mas as propriedades do ambiente de colaboração não vão embora, elas persistem (MASSEY, 2008), embora caracterizadas como intangíveis, entre os intervalos da sua utilização.

Diante dessa conjuntura de benefícios e danos, a importância dessas tecnologias colaborativas reside na sua capacidade de oferecer, a esses pares, os pilares para a migração de um nível local para um global (GRAY, 2008); além de permitir a coordenação e compartilhamento de informações, reuniões virtuais e, até mesmo, a co-instalação virtual, sem haver deslocamento de pessoal, expansão das instalações físicas ou a própria permuta de localidade (MASSEY, 2008).

Ademais, no cenário construído pela interatividade em que as palavras de ordem são colaboração, cooperação, coletividade e compartilhamento (SALES, 2012), a Tecnologia de Informação (TI) se designa como componente essencial, uma vez que suas ferramentas de comunicação e de colaboração, contempladas nas tecnologias colaborativas e *groupware*, estruturam o trabalho (KOLFSCHOTEN *et al.*, 2012). As informações científicas expostas na *Internet* permitem que o paciente conheça diferentes estratégias para se conduzir uma dada questão clínica. Contudo, tais elementos nem sempre são verídicos ou baseados em dados

científicos e, em muitas situações, acabam atrapalhando o paciente a acionar seus valores e preferências (DE ABREU *et al.*, 2006).

Inserida nessa discussão, encontra-se a tomada de decisão médica, que é o procedimento clínico aplicado pelo médico de modo a solucionar um problema com base no seu conhecimento prático e teórico (SILVA *et al.*, 2013). No entanto, observa-se uma crescente participação do paciente nessa mecânica, como uma alternativa à tradição, em que o médico decide e delibera a respeito de todos os passos do processo propedêutico e/ou terapêutico, o qual foi denominado de Tomada de Decisão Médica Compartilhada (*Shared Medical Decision Making*) e se caracteriza por um processo no qual ambos, médicos e pacientes, analisam as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incluindo as opções e consequências, incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos e estados de saúde que advêm de cada alternativa (DE ABREU *et al.*, 2006).

A Decisão Médica Compartilhada é tida como um recurso utilizado que leva à diminuição da desigualdade de informações e de influência entre médicos e pacientes, antes determinante chave da tomada de decisões de saúde; um reconhecimento crescente de que as preferências dos pacientes devem ser incorporadas na tomada de decisões que envolvam escolhas de tratamento individuais, o senso de autonomia e/ou o controle sobre as decisões de tratamento que afetam seu bem-estar, além de aspirar uma maior participação da gestão pública, a fim de afirmar a corresponsabilidade nas decisões pela comunidade (CHARLES *et al.*, 2006; CHARLES; DEMAIO, 1993).

Supõe-se aqui que esses ambientes de colaboração virtuais introduzem um desenho contemporâneo do processo decisório de tratamento clínico, partindo da premissa de que a Decisão Médica Compartilhada é um processo multidimensional suportado por fatores relevantes, tais como as características específicas da decisão, o conflito decisional, o conhecimento e expectativas da situação de saúde e opções de tratamento e resultados, valores e preferências pessoais, o apoio e recursos necessários para elaborar e implementar a decisão em vários níveis de influência, as características pessoais do paciente e características clínicas (HAMILTON *et al.*, 2017).

Hamilton *et al.* (2017) trazem uma contextualização do processo. Quando propuseram questões de pesquisa a partir da observação das reuniões anuais da Sociedade de Medicina Comportamental e Sociedade para Tomada de Decisão Médica dos EUA, mencionaram que o Instituto de Medicina identificou o cuidado centrado no paciente como um componente crítico da qualidade da saúde e que esse cuidado deve ser responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e garante que os valores dos pacientes orientem todas as

decisões clínicas.

Os autores recém-mencionados ainda alegam que mudanças simples, na forma como uma opção de tratamento está enquadrada podem alterar drasticamente a sua desejabilidade. Além disso, a perspectiva econômica não explica a experiência pessoal do passado na tomada de decisões, nem o fato de que os tomadores de decisão são influenciados por considerações em múltiplos níveis de influência social, incluindo o nível interpessoal, nível organizacional, nível da comunidade e níveis de políticas.

Os estudos de Alden *et al.* (2014) indicam ainda que o envolvimento do paciente na tomada de decisão a respeito de seu tratamento melhora os resultados do procedimento. Como resposta, muitas foram as propostas de *frameworks* de Decisão Médica Compartilhada com foco nos movimentos de cuidados à saúde centrados no paciente.

A propósito, os *frameworks* de Decisão Médica Compartilhada estabelecidos por O'Connor *et al.* (1998), Charles, Gafni e Whelan (1999), Alden *et al.* (2014) não exploram as redes sociais. O mesmo ocorre com o modelo de O'Grady e Jadad (2010), que propõe a Decisão Médica Colaborativa, em que o foco dos trabalhos permanece na relação médico-paciente-pares. Assim, essa proposta traz como enfoque a relação médico-paciente-redes sociais, uma vez que as pessoas agem com a tecnologia, e esta é desenhada e utilizada no contexto dos desejos e intenções das pessoas (ALBUQUERQUE; DORNELAS; CORREIA-NETO, 2016).

As escolas de tomada de decisão defendem o uso da tecnologia como estruturas projetadas para superar as fraquezas humanas, ou seja, a combinação entre as tarefas da atividade e a eficácia do trabalho. Em consonância, é defendido pela escola de estratégia que a tecnologia não determina o comportamento, mas que as pessoas geram construções sociais de tecnologia usando recursos, esquemas interpretativos e normas embutidas no contexto maior (DESANCTIS; POOLE, 1994).

Esses autores propõem alguns métodos de estudo sobre tecnologia e mudança organizacional centrados na interação e captura dos processos históricos à medida que as práticas sociais evoluem, com o propósito de fortalecer as pesquisas sobre mudança organizacional e o papel da tecnologia em mudar processos (ALBUQUERQUE; DORNELAS; CORREIA NETO, 2016).

Dessa forma, partindo da percepção de que a ação humana é articulada pela estrutura de um sistema colaborativo prevaemente intermediado pela rede, e que essa mesma ação humana também promove novas formas de interação nesse sistema colaborativo a partir de novos usos e apropriações de suas funcionalidades, como propõe a AST, de DeSanctis e Poole (1994), a presente proposição de tese se propõe a analisar como a colaboração, agora também

intermediada pelas redes sociais virtuais, tem potencializado o processo de Decisão Médica Compartilhada.

A partir das leituras iniciais, bem como da percepção desta pesquisadora do cenário emergente, a tese que se impõe é a de que a colaboração, mediada pela interatividade das redes sociais virtuais, deve ser considerada como um elemento real e interventor no processo de Decisão Médica Compartilhada.

## **1.1 Contexto da pesquisa**

Neste tópico complementar da introdução da pesquisa, apresentam-se o ambiente de estudo, que se firma na Decisão Médica Compartilhada, e o cenário do estudo, que são as redes sociais virtuais.

### **1.1.1 Ambiente**

Os primeiros relatos da participação de leigos na tomada de decisões de saúde atraíram crescente interesse no Canadá e EUA na década de 1970, com inúmeros relatórios governamentais das províncias que defendiam essa iniciativa, e este empenho decorreu de vários fatores:

- Um reconhecimento crescente de que as preferências dos pacientes devem ser incorporadas na tomada de decisões que envolvam escolhas de tratamento individuais;
- A perda de fé na legitimidade e superioridade do conhecimento profissional como determinante chave da tomada de decisões de saúde;
- O desejo de aumentar a responsabilidade pública pelas decisões sobre a alocação de recursos de cuidados de saúde, a fim de tornar os prestadores mais responsáveis perante as comunidades que servem (CHARLES; DEMAIO, 1993).

A Decisão Médica Compartilhada é vista como um mecanismo para diminuir a assimetria informacional e de poder entre médicos e pacientes, aumentando a informação dos pacientes, o senso de autonomia e/ou o controle sobre as decisões de tratamento que afetam seu bem-estar (CHARLES *et al.*, 2006).

O consentimento informado, como componente básico da qualidade em saúde, estende-se quando enfatiza permitir que os pacientes se tornem participantes ativos na tomada de

decisões sobre seus cuidados de saúde, particularmente, por meio de um processo de Tomada de Decisão Compartilhada quando as decisões não possuem uma escolha clara baseada em evidências, mas sim que envolvem a consideração de benefícios e danos, podendo ser ofuscados por recomendações contraditórias de especialistas, que viram evidências rapidamente, podendo resultar em decisões mais informadas e melhor qualidade de atendimento (HAMILTON *et al.*, 2017).

Por sua vez, esses mesmos autores listados relatam ainda que uma consequência dessa crescente ênfase na Tomada de Decisão Informada e Compartilhada é o crescimento no desenvolvimento e teste de intervenções que visam promover a “boa” (grifo dos autores) tomada de decisão médica por parte dos pacientes e prestadores de cuidados de saúde (ou seja, intervenções de apoio à decisão).

As boas decisões médicas são definidas de três maneiras:

- Primeiramente, compreender que o processo é bom, no sentido de que a decisão é tomada com uma consideração de informações de saúde factual e probabilística, juntamente com valores pessoais e preferências (SCHOLL *et al.*, 2011), por meio de uma abordagem de Tomada de Decisão Compartilhada;
- Em segundo, no sentido de que os resultados da decisão são bons. Embora um bom resultado de decisão também possa envolver um bom resultado de saúde (por exemplo, recuperação de cirurgia sem complicações), ter um bom resultado de saúde não é um elemento obrigatório (ELWYN; MIRON-SHATZ, 2010);
- E, por último, pelo modelo econômico da tomada de decisão associado à Teoria da Utilidade Esperada, de Von Neuman e Morgenstern (HAMILTON *et al.*, 2017).

Esta perspectiva se reflete na pesquisa de tomada de decisões médicas por meio da ênfase em combinar informações probabilísticas detalhadas sobre os riscos e benefícios das opções de tratamento com valores e preferências pessoais (ou seja, desejabilidade de resultados) e, em seguida, escolher a opção que é mais concordante de valor (SCHOLL *et al.*, 2011; HAMILTON *et al.*, 2017). Além disso, para esses autores, um desafio para o modelo econômico de tomada de decisão é que, em geral, as preferências sobre opções de tratamento (e outras questões) são construídas e instáveis em vez de pré-existentes e estáveis.

Atrelado a esta situação, tem-se a emergência de tecnologias de colaboração e a acessibilidade a informações e conteúdo que esta proporciona, facilitando o processo, uma vez que podem se configurar como moderadores da relação colaborativa entre médicos e pacientes,



haja vista essas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) promoverem, além da redução de custo, a eliminação de barreiras físicas e operacionais, propiciando uma transformação do relacionamento entre esses atores.

### 1.1.2 Cenário

A prática corrente da Decisão Médica Compartilhada vem sendo auxiliada pelas redes sociais e sua interatividade, uma vez que propicia aos profissionais uma maior aproximação entre os pares, para discussão de casos e orientações, além de disponibilizar uma quantidade imensurável de informações sobre os temas; referências que estão disponíveis não só para os profissionais da saúde, mas também para os pacientes e seus iguais, proporcionando assim uma maior interação e participação dos interessados.

Charles e Demaio (1993) já questionaram como a participação leiga poderia levar a uma melhor tomada de decisão médica e os critérios pelos quais deve ser julgada, assumindo em sua proposta a participação como um conceito não homogêneo, sugerindo uma série de diferentes tipos e gradações de participação.

Em uma das suas observações, Alden (2014) acrescenta que há uma limitação de estudos focando os efeitos culturais na experiência do paciente e atribui em parte à ausência de um roteiro teórico que auxilie o desenvolvimento de hipóteses. Para corroborar, Hamilton *et al.* (2017), em sua pesquisa sobre a qualidade de uma decisão médica, reúne essas ausências acerca de medição; ressalta-se aí que se fundamentam no argumento de Scholl *et al.* (2011) de que embora o trabalho de tomada de decisão compartilhado-formativo promova a medição do processo de decisão e dos critérios de resultados, a maioria das medidas de Tomada de Decisão Compartilhadas estão relacionadas ao sucesso.

Já Elwyn, Frosch e Kobrin (2016) argumentam que as métricas de avaliação para Tomada de Decisão Compartilhada têm se concentrado principalmente em resultados de curto prazo, como consequências cognitivas ou afetivas nos pacientes, sugerindo um conjunto mais amplo de consequências, como os fatores interpessoais, limitações estruturais, influências afetivas, métodos de esclarecimento de valores, que se aplica em um horizonte de tempo estendido e inclui resultados nos níveis interacional, de equipe, organizacional e de sistema.

Outro ponto que precisa ser apresentado se refere ao uso da *Internet* e suas possibilidades, uma vez que esta proporciona ao usuário uma experiência de compartilhamento de informação mais independente, permitindo a criação de ambientes mais criativos e de colaboração pessoal; além de tornar-se um meio de empoderamento das pessoas, já que a

comunicação e a colaboração tornaram-se mais produtivas (CORREIA NETO, 2014). No que concerne à saúde, uma recente pesquisa realizada pelo *Pew Research Center* mostra que mais da metade dos adultos americanos usam a *Internet* para encontrar informações sobre sua condição médica (KIM; KIM; JEON, 2018), e estas informações referem-se a troca de experiências entre pacientes com problemas semelhantes e o debate entre especialistas e enfermos.

A propósito, pode-se citar a existência de uma rede social para profissionais de saúde, denominada de *Figure 1*, que funciona como um aplicativo de imagens, com ilustrações de doenças e adoecidos, em que é possível a solicitação de orientação a colegas, em qualquer parte do mundo, ao mesmo tempo em que já é percebida a facilidade de coletar dados na rede – 20% das buscas realizadas no *Google* são relacionadas a doenças (BEER, 2016).

O uso das redes sociais digitais é comumente realizado para difundir conhecimento, mas a saúde pública também tem se utilizado como um meio célere de difusão da informação, educação e capacitação para pessoas sobre questões de saúde, além de monitoramento de informações sobre surtos, assim como a coleta de percepções da população sobre algumas doenças (LIMA *et al.*, 2015). Esses elementos corroboram com a ideia de que a Decisão Médica Compartilhada pode se apropriar das redes sociais como espaços promotores de mais profícuos processos de colaboração.

## 1.2 Problema

Alden (2014) sugere que melhorar a compreensão do paciente em termos de cenário e alternativas de tratamento e de custos, benefícios e estilos de vida é importante para a Tomada de Decisão Compartilhada, porque a equipe médica pode não considerar totalmente os valores dos pacientes, bem como os pacientes podem ter uma compreensão baixa ou incorreta sobre as relações entre as alternativas e seus valores.

Como tentativa em atender a essa sugestão, O’Grady e Jadad (2010) propõem a tomada de decisão colaborativa, que tem como objetivo resultados mais justos e favoráveis, por intermédio de um engajamento no qual profissionais de saúde e pacientes (e seus entes queridos) trabalham juntos, frequentemente, usando TIC para entender questões clínicas e determinar o melhor curso de ação.

Ainda para esses autores, o termo compartilhado implica em algo que as partes têm em comum, mantidas ou experimentadas em convivência. Para tanto, em sua maioria, a natureza e a extensão das informações disponíveis e os valores e preferências que os médicos e pacientes

podem compartilhar realisticamente são limitados. Mas, colaborar, por outro lado, é sempre possível, haja vista que se busca um engajamento em um plano de ação ideal para os problemas relacionados à saúde e não apenas a questão médica como na decisão compartilhada.

A tomada de decisão colaborativa se baseia nos princípios de construção do conhecimento, foca-se no “como” e não no “quem”, ao contrário do que os modelos anteriores de decisão já fizeram, a exemplo do paternalista. E essa construção do conhecimento, nesse contexto, pode ser definida como “[...] a atividade social pela qual as comunidades criam conhecimentos por meio de um processo de melhoria colaborativa e iterativa das ideias.” (MYLOPOULOS; SCARDAMALIA, 2008, p. 976, tradução nossa)<sup>2</sup>. É por meio desse processo completo que a tomada de decisão médica pode começar a mudar para um modo mais colaborativo (O’GRADY; JADAD, 2010).

Hamilton *et al.* (2017) inferem também que os critérios tradicionais de qualidade de decisão e as abordagens teóricas por si só não são suficientes para captar plenamente as experiências de decisão vividas pelas pessoas, e que uma abordagem de “tamanho único” para as teorias da tomada de decisões e definições do que constitui uma boa decisão podem não ser apropriadas, tendo em conta ainda existirem lacunas nos arcabouços teóricos, que são estáticos para uma situação em mudança, como a decisão, um processo complexo e dinâmico.

Além do mais, os autores recomendam que, para aperfeiçoar uma definição abrangente de qualidade de decisão e avançar na teoria e na prática da tomada de decisões médicas, é fundamental considerar novos fatores que não apenas moldem o processo pelo qual os pacientes tomam decisões médicas e os resultados dessas decisões, mas também esses fatores que poderiam servir como novas métricas para identificar uma boa decisão. Isso requer um reconhecimento e uma melhor compreensão científica das maneiras reais pelas quais os pacientes tomam decisões.

Assim, é baseado na transformação da tomada de decisão médica paternalista para a compartilhada que esse estudo se direciona, na intenção de descrever os elementos constitutivos e processuais de **Como a colaboração, necessária ao processo de Tomada de Decisão Médica Compartilhada, tem sido transformada pelas redes sociais virtuais?**

Considerando a pergunta de pesquisa apresentada acima, defende-se como proposta de tese a existência de um conjunto ainda desconhecido de fatores influenciadores no processo de Tomada de Decisão Médica Compartilhada que incide na colaboração a que essa prática se

---

<sup>2</sup> *Knowledge building is the social activity by which communities create new knowledge through a process of collaborative, iterative idea improvement.*

propõe, comprometendo o aprendizado e o reconhecimento das potencialidades que as redes sociais virtuais causam no desempenho desse procedimento.

### 1.3 Objetivos

#### 1.3.1 Objetivo geral

A presente pesquisa tem, por objetivo geral, analisar as implicações causadas na colaboração, intermediada pelas redes sociais virtuais, no processo de Tomada de Decisão Médica Compartilhada e se estas trazem um desenho contemporâneo do processo decisório de tratamento clínico.

#### 1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar as tecnologias colaborativas utilizadas pelos profissionais da área de saúde e pacientes;
- Caracterizar a forma de apropriação das tecnologias colaborativas utilizadas pelos profissionais da área de saúde e pacientes;
- Mapear o processo de colaboração a partir do uso das tecnologias colaborativas nas Tomadas de Decisões Médicas Compartilhadas;
- Identificar as categorias que compõem a colaboração em Tomadas de Decisões Médicas Compartilhadas após a apropriação das tecnologias colaborativas;
- Propor um *framework* de colaboração na Tomada de Decisão Médica Compartilhada suportado pela interatividade das redes sociais.

Para Matias-Pereira (2016), a pesquisa científica justifica-se na medida em que se demonstra importante e relevante. Assim, na próxima seção, apresentam-se as justificativas e possíveis contribuições da presente pesquisa.

## 1.4 Justificativas

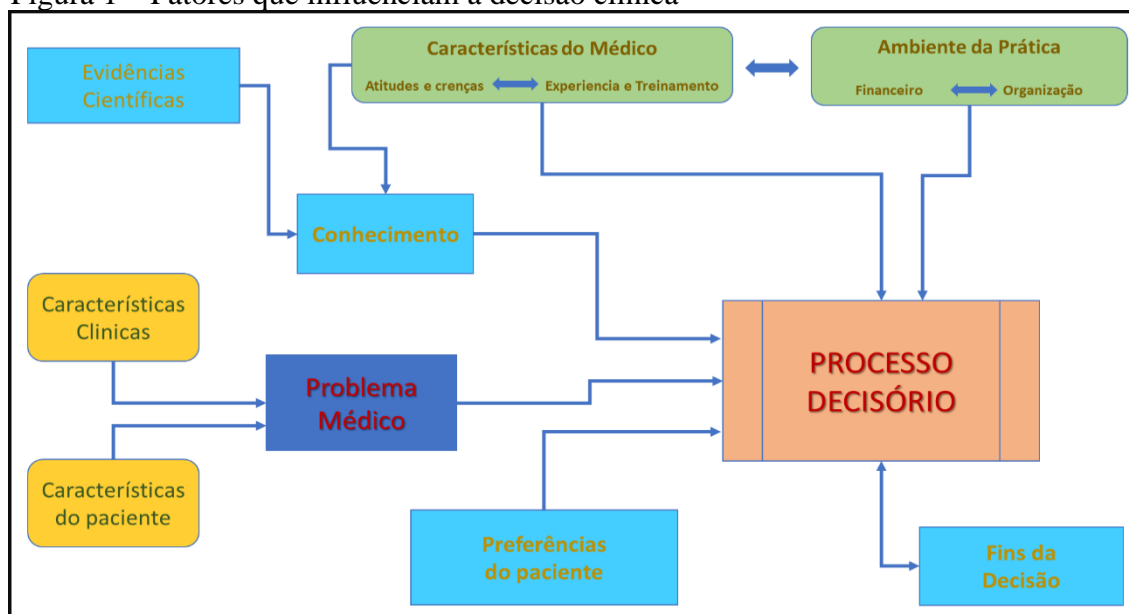
O processo de tomada de decisão já é utilizado há tempo no suporte de resolução de problemas nas mais variadas áreas de conhecimento, inclusive já bastante explorado pela academia. No entanto, o frequente avanço das TIC – entre estas, as tecnologias colaborativas que passaram a oferecer novas funcionalidades às diversas atividades, sejam elas individuais ou em grupo –, ainda não foi devidamente investigado a ponto de as TIC serem incluídas como um fator e de relevância para a configuração de um novo modelo de decisão.

Realizar esta pesquisa, adotando por objeto a tomada de decisão médica, justifica-se por meio da proposição feita por Silva (2013) de que esse procedimento se origina da realização da propedêutica médica para se chegar a um provável diagnóstico, e este processo demanda tempo e atenção, não só do profissional, mas também do paciente, que se encontra alijado pela pressa, impaciência e demanda financeira dos novos tempos. Isso também pode estar levando a um aumento de erro médico, mesmo com toda a evolução informativa e tecnológica da medicina, ocasionando uma transformação do trabalho médico, que, ao invés de simplesmente recordar à teoria e aos protocolos decorados, ele deve confrontar os dados e tomar uma decisão.

Soma-se a isto o surgimento da necessidade da incorporação das preferências dos pacientes nas tomadas de decisão, então conhecida como “[...] medicina baseada em preferências ou decisão compartilhada. Este método ocorre quando o médico explica as probabilidades diagnósticas e terapêuticas ao paciente e a decisão passa a ser tomada em conjunto.” (SILVA, 2013, p. 78). No entanto, para tal, o paciente deve apresentar nível de instrução adequada, demonstrar interesse pela decisão e gozar de estado psicológico e mental preservados (ABREU *et al.*, 2006).

Cardoso, Tibúrcio e Souza e Silva (2003), na Figura 1, elucidam os fatores que influenciam a decisão clínica, já considerando não só as preferências do paciente como também os fins dessa decisão, levando à indicação de que o atendimento desses fatores enriquece os efeitos desse recurso terapêutico. Como resultado, a Decisão Médica Compartilhada tornou-se um paradigma central no movimento de cuidados à saúde centrados no paciente; e as pesquisas sobre o potencial de melhoria dos resultados dos tratamentos, pelo direcionamento cultural e adaptação do auxílio à decisão, são muito limitadas (ALDEN *et al.*, 2014).

Figura 1 – Fatores que influenciam a decisão clínica



Fonte: Adaptado de Cardoso, Tibúrcio e Souza e Silva (2003).

Alden *et al.* (2014) trazem a necessidade de otimizar o entendimento do paciente em termos de cenário e alternativas de procedimentos como algo interessante à Decisão Médica Compartilhada, porque pode haver perdas de perspectivas, tanto por parte da equipe médica, no tocante a valores dos pacientes, quanto dos pacientes a respeito da assimilação das relações entre as alternativas e seus valores. Outro ponto a demonstrar é oriundo da revisão sistemática realizada por Bomhof-Roordink *et al.* (2019a), portanto, recente, nenhum dos quarenta modelos apresentados fazem menção ou está incluído em seus elementos o uso de tecnologias, sejam elas de qualquer classificação.

É nessa possível ausência que este estudo propõe se inserir, considerando a colaboração intermediada pelas tecnologias colaborativas como uma realidade, uma vez que os profissionais de saúde e pacientes se apropriaram das redes sociais virtuais na tomada de decisão e, somado a isso, o uso do *framework* i3C, proposto por Correia-Neto (2014), como lastro para esta pesquisa em virtude de suas dimensões: coordenação, comunicação, cooperação e interatividade, uma vez que este modelo foi configurado para análise e prescrição da colaboração, satisfazendo, assim, a dinâmica proposta pela Tomada de Decisão Compartilhada e não considerada nos *frameworks* já publicados sobre o tema.

Arelado a isso, o estudo das apropriações de tecnologias em sistemas colaborativos é, em sua maioria, voltado para as organizações e suas performances, como pode ser comprovado nos trabalhos de Chin, Gopal e Salisbury (1997), Desanctis; Poole e Dickson (2000), Salisbury *et al.* (2002), Dourish (2003), Payton e Kiwanuka-Tondo (2009), Naik e Kim (2010a), Avolio,

Kahai e Dodge (2000), Thomas e Bostrom (2010) e Kang *et al.* (2012). Um estudo a nível dos indivíduos, principalmente de saúde, na busca da forma como a apropriação é realizada, pode confirmar a presença/intenção da colaboração permeada pelas tecnologias no processo de Decisão Médica Compartilhada, trazendo todos os aspectos relevantes da comunicação e transição desse novo comportamento.

O contexto de pesquisa para esta investigação não é o local de trabalho exclusivamente, mas os espaços de colaboração existentes na interatividade permitida pelas mídias sociais e agora de forma móvel. Esses espaços, especificamente os relacionados à saúde, ainda possuem informação incipiente, e obter acesso a eles é difícil. Derivar dados válidos e úteis sobre o papel das tecnologias móveis na vida desses grupos requer novas combinações de métodos de pesquisa e conceitos, porque as teorias existentes, abordagens de pesquisa, fatores e medidas, em grande parte têm sido derivados de estudar o desenvolvimento e utilização das TIC nas organizações.

Outro ponto a ser destacado é que os dados e discussões desta pesquisa vão contribuir para clarificar o uso das tecnologias colaborativas nas organizações tradicionais, além de corroborar com o enunciado de que o seu emprego auxilia a tomada de decisão. Além disso, o estudo pode modificar os pressupostos básicos do processo decisório no que concerne à hierarquia na tomada de decisão e na inclusão de novos atores e processos, além de sugerir melhorias nas condições tecnológicas do ambiente da saúde e das condições de trabalho dos profissionais, corroborando com o pensamento de DeSanctis e Poole (1994) de que uma visão mais completa explicaria o poder das práticas sociais sem ignorar a potência das tecnologias avançadas para moldar a interação e, assim, após a adaptação e apropriação a estas *Advanced Information Technology* (AIT), seria percebido o impacto no cenário estudado.

Diante do exposto, revelam-se, por fim, algumas preocupações que nortearam a proposição do *framework* e da pesquisa, ilustradas no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 – Aspectos teórico-empíricos que justificam a proposição da pesquisa e do *framework* baseado em Whetten (2003)

Aspecto norteador	Contribuições da pesquisa
O que é novo?	O trabalho propõe uma produtiva articulação de perspectivas teóricas dentro do campo da Administração, da informação e da saúde, estabelecendo conexões que buscam integrar epistemológica e metodologicamente questões relacionadas à colaboração nas Tomadas de Decisões Médicas Compartilhadas.
E daí?	O trabalho propõe um <i>framework</i> baseado em construtos advindos de áreas de conhecimento diferentes, que até então vinham sendo trabalhados isoladamente, procurando esclarecer um fenômeno que se mostra interdisciplinar e que pode ser utilizado como ferramenta na prática do procedimento de Tomadas de Decisões Médicas Compartilhadas.

Por que dessa forma?	Mudanças sociais trazidas pelas tecnologias colaborativas fizeram-se presentes nas dimensões da atividade humana com reflexos nas atividades, papéis e competências dos profissionais de saúde e seus pares. Por outro lado, a Decisão Médica Compartilhada, baseada na medicina por evidências, parece não acompanhar essa nova dinâmica, deixando uma lacuna nos fatores influenciadores da decisão clínica. Entendendo o fenômeno por essa perspectiva, optou-se por investigá-lo metodologicamente e por propor um <i>framework</i> mais consistente à realidade da Tomada de Decisão Médica Compartilhada na era das redes sociais virtuais.
Bem feito?	Estudos anteriores e atuais foram considerados, e autores de diferentes áreas do conhecimento (nacionais e internacionais) foram adotados como aporte teórico. Houve uma construção gradativa das ideias dessa proposta e a perspectiva multiparadigmática foi adotada, culminando em uma argumentação construída coletivamente
Bem elaborado?	Buscou-se manter a coerência nos argumentos de modo a construir uma proposta de pesquisa robusta e acessível, dentro dos padrões científicos.
Por que agora?	A área de Administração da Informação está vivenciando agora esse momento da articulação teórica proposta, porque nos estudos realizados anteriormente os construtos eram tratados de forma isolada, e surgiram na área da saúde a prática de Telemedicina.
Quem se importa?	A pesquisa e o <i>framework</i> interessam a diversos atores em diferentes áreas do conhecimento, incluindo: Administração, Sistemas de Informação, Medicina, Psicologia Cognitiva e Social e Sociologia. Além desses, representa consistente contribuição às práticas dos profissionais de saúde e atores do campo de sistema de informação.

Fonte: A autora.

Explicitados os pontos anteriores – contextualização, problemática e justificativas –, esclarece-se a tese que se propõe defender: existe um conjunto de fatores influenciadores no processo de Tomada de Decisão Médica Compartilhada que incide na colaboração a que essa prática se propõe, comprometendo o aprendizado e o reconhecimento das potencialidades que as redes sociais virtuais causam no desempenho desse recurso.

A seguir, serão apresentadas as bases teórico-conceituais que se fizeram necessárias para dar conta do fenômeno estudado.

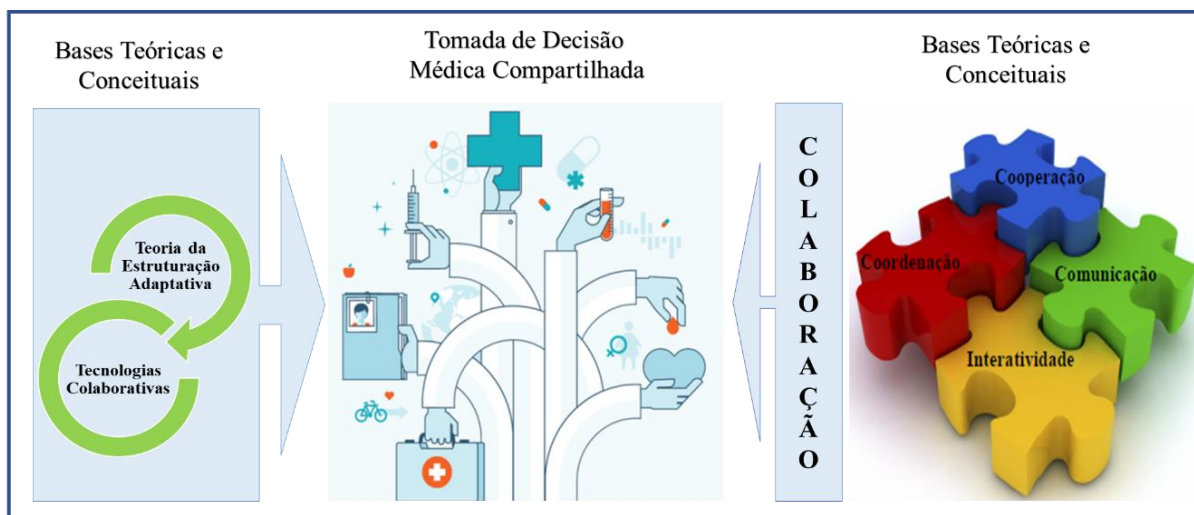


## 2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O presente capítulo serve de sustentação a este estudo, uma vez que será apresentada uma síntese da literatura, tanto no que concerne à posição de autores a respeito dos conceitos a serem utilizados quanto no intento de apresentar abordagens consideradas importantes para a área e suas perspectivas, as quais conduziram a pesquisa.

Em um primeiro momento, são apresentados os aportes teóricos que darão sustentação à relação proposta entre a colaboração, permeada pela tecnologia e a Tomada de Decisão Médica. Para tal, é preciso identificar quais e que tecnologias são essas, em seguida descrever a maneira como essa tecnologia está sendo usada ou apropriada, uma vez que a colaboração, intermediada por redes sociais virtuais, é vista como fator relevante no processo decisório de Decisão Médica Compartilhada. Para isso, teorias bem conhecidas no campo da Administração da Informação foram utilizadas para construção da lógica estrutural desta tese com o intuito de nortear o estudo. O diagrama conceitual da pesquisa, apresentado na Figura 2, traz a sugestão sintetizada da relação destas bases para a pesquisa.

Figura 2 – Diagrama Conceitual da Pesquisa



Fonte: A autora.

Ato contínuo, é apresentada uma revisão da literatura sobre o objeto sugestionado deste estudo: a Tomada de Decisão Médica.

### 2.1 Apropriação de Tecnologia

A oferta demasiada de TIC, a partir da *internet*, potencializou a sociedade no que

concerne à comunicação, uma vez que estas possibilitaram a reconfiguração da socialização e do diálogo entre os atores, além do quê, essas redes de comunicação aceleraram a conectividade, assim como possibilitaram que qualquer pessoa produza e divulgue conteúdos (KAPLAN; HAENLEIN, 2010; TERRA, 2009). Com isso, trouxe uma dinâmica ao campo de pesquisa de Sistema de Informações (SI) e contrariou as opiniões de que as tecnologias eram estáticas e que só podiam ser modificadas por seus desenvolvedores, além de determinísticas e autorreguladoras, sem a possibilidade de intervenção humana (CARROLL *et al.*, 2001; SILVA, 2019).

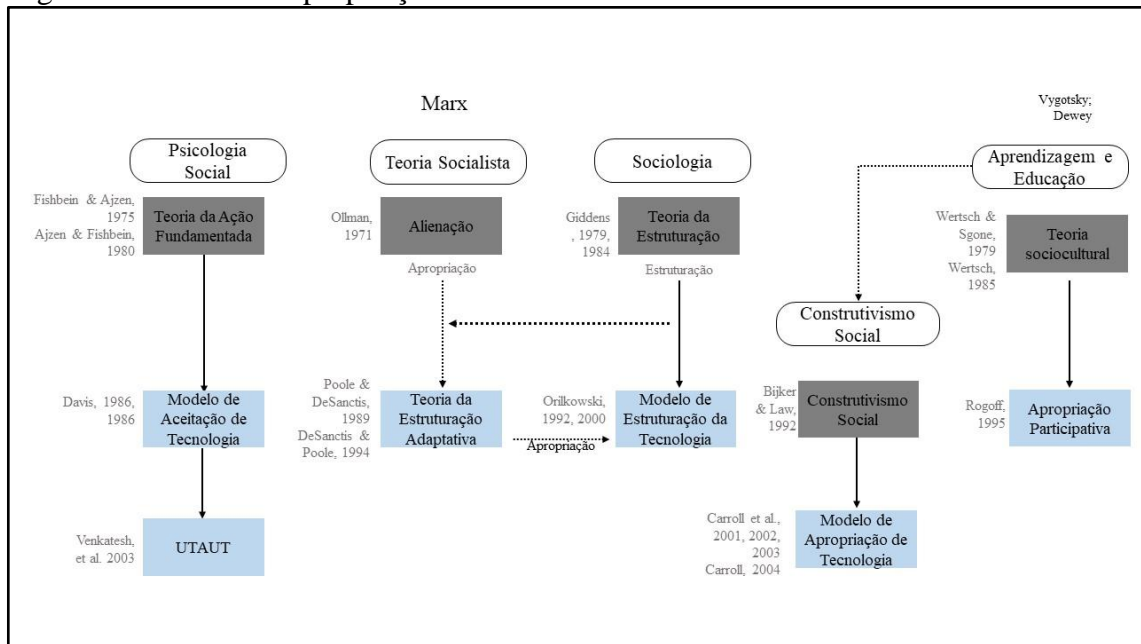
Na década de 2000, Carroll *et al.* (2001) contextualizaram o uso de TIC na interação social e lazer, indicando que a pesquisa em SI deveria ir além da organização, e estudar o *design*, adoção, uso e o impacto da tecnologia nos contextos em que as pessoas vivem, socializam e realizam quaisquer atividades. E que estes usuários não faziam apenas uso das TIC, mas também as adaptavam e, muitas vezes, as alteravam de acordo com as utilidades que davam a elas, customizando-as para novas finalidades. Tal processo denominou-se de apropriação.

Carroll *et al.* (2003) afirmam que usuários se apropriam de uma tecnologia por meio de um processo de avaliação que resulta na rejeição ou na adoção, adaptação e integração da tecnologia em suas atividades diárias. Já para Dourish (2003), apropriação é o processo pelo qual as pessoas adotam e adaptam tecnologias, ajustando-as às suas práticas de trabalho; isso pode envolver a personalização no sentido tradicional (ou seja, a reconfiguração explícita da tecnologia para atender às necessidades locais), mas também pode envolver, simplesmente, o uso da tecnologia para fins além daqueles para os quais foi originalmente projetada ou para servir novos fins.

Contudo, Alberts (2013), em sua tese, encerra que na pesquisa de SI, existem várias teorias que se concentram na relação entre comportamento humano e tecnologia, mas que estas não expressam coerência de como entender o uso da tecnologia, o que é corroborado pelo estudo bibliométrico de Silva e Santos (2018), que contabilizou, das mais de 4.000 publicações junto aos oito periódicos que compõem o *Information Systems Senior Scholars' Basket of Journals*, da *Association for Information Systems* (AIS), que apenas 29 tratam do tema apropriação em seus títulos ou palavras-chave.

No intuito de tentar explicar essa lacuna teórica, Alberts (2013) propõe, por meio da Figura 3, uma síntese da literatura de apropriação em SI e as diferencia a partir de bases teóricas, como: a psicologia social, que ele classifica como estudos de adoção; a teoria socialista, a sociologia e o construtivismo social, chamados de modelos de apropriação, e a Teoria Sociocultural, denominado de literatura sociocultural.

Figura 3 – Síntese de apropriação na literatura de SI



Fonte: Alberts (2013, tradução nossa).

Considerando os modelos de apropriação apresentados, este estudo optou por abordar a Teoria da Estruturação Adaptativa, uma vez que esta teoria se coloca como um modelo de análise da alteração processual resultante da utilização de TIC, corroborando, assim, com o significado de apropriação dado por Alberts (2013) como sendo o de importar uma tecnologia para um novo contexto e, no processo, transformar a tecnologia, uma vez que este estudo buscou identificar a forma como a apropriação das tecnologias colaborativas foi realizada, a fim de confirmar a presença da colaboração permeada por estas no processo de Decisão Médica Compartilhada.

Os argumentos da AST são consistentes com os escritos de vários pesquisadores que aplicaram conceitos de estruturação para explicar o processo pelo qual os sistemas colaborativos são incorporados ao trabalho em equipe (DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000), como é o caso do estudo de Kang *et al.* (2012), que utiliza os conceitos de consenso e fidelidade de apropriação desta teoria para examinar a questão dos membros de uma equipe serem coletivamente responsáveis pelos seus resultados, e seu acordo coletivo sobre como usar a Tecnologia Colaborativa para realizar seu trabalho se torna uma consideração importante.

### 2.1.1 Teoria da Estruturação Adaptativa

As teorias organizacionais de estruturação pautam-se em uma percepção processual da organização, assim como da sua estrutura. Tais teorias na Administração de Informação servem

como bases estratégicas para o estudo da apropriação que os atores sociais (NIEDERMAN *et al.*, 2008; CORREIA-NETO, 2014) fazem das plataformas de redes sociais virtuais que lhes são ofertadas, a fim de que participem dos processos de Decisão Médica Compartilhada.

Entre elas, DeSanctis e Poole (1994) propõem a AST como uma abordagem viável para estudar, do ponto de vista de processo, o papel das tecnologias de informação na mudança organizacional. A AST é derivada de teorias mais amplas de estruturação, como a Teoria da Ação Social (GIDDENS, 1984), e argumenta que a estrutura, tarefa e frequência de interação de um grupo afetarão a extensão em que e o como a AIT será usada. Além disso, a AST supõe que os resultados do uso da tecnologia dependem das práticas de uso da tecnologia, o que se chama de apropriação (DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000; OLLMAN, 1976).

As raízes teóricas da AST pautam-se na integração das principais perspectivas sobre tecnologia e mudança organizacional: a Escola de Tomada de Decisão, a Escola de Tecnologia Social (perspectivas integrativas) e a Escola Institucional, que, para os recém- citados autores, a sintetização das suposições dessas escolas concorrentes formam o que eles se referem como a perspectiva da tecnologia social.

Para DeSanctis e Poole (1990), a tecnologia social molda o usuário, mas o usuário também molda a tecnologia, exercendo algum grau de controle sobre seu uso e significado na ação social. Usuário e tecnologia são fundidos em uma unidade operacional e é difícil dizer onde um para e o outro começa. A AST examina o processo de mudança a partir de duas perspectivas: (1) os tipos de estruturas que são fornecidos por tecnologias; e (2) as estruturas que realmente emergem em ação humana à medida que as pessoas interagem com essas tecnologias. Para eles, tanto a estrutura da tecnologia quanto a estrutura emergente da ação social podem ser estudadas.

Para Correia-Neto (2014), a AST se concentra nas estruturas sociais, regras e recursos fornecidos pelas tecnologias e instituições como a base para a atividade humana, pois estruturas sociais servem como modelos para o planejamento e acompanhamento de tarefas. Mas, como antes da implementação de uma tecnologia várias estruturas já existiam, os desenvolvedores incorporam algumas destas estruturas à tecnologia e outras podem vir a ser modificadas durante sua utilização no novo formato.

Além disso, à medida que essas estruturas são trazidas à interação, elas são instanciadas na vida social. Markus e Silver (2008) acreditam que os efeitos das tecnologias são menos uma função das próprias tecnologias do que de como elas são usadas pelas pessoas, diferindo do impacto pretendido. E concluíram, em seus estudos, que os efeitos da tecnologia no comportamento humano dependem de práticas sociais, pois as pessoas adaptam os sistemas às

suas necessidades particulares de trabalho, ou resistem a eles, ou deixam de usá-los.

Então, conforme a proposição da AST, de que a adaptação a estruturas tecnológicas por atores organizacionais é um fator-chave na mudança organizacional, a teoria apresenta um modelo que descreve a relação entre tecnologias de informação avançadas, estruturas sociais e interação humana.

Assim, DeSanctis e Poole (1994) postularam os conceitos de estruturas sociais embutidas na tecnologia e estruturas sociais em ação e, então, consideraram a interação entre eles. As estruturas sociais embutidas na tecnologia foram caracterizadas em termos dos conceitos de características estruturais – “[...] tipos específicos de regras e recursos, ou capacidades, oferecidas pelo sistema.” – e espírito – “[...] a intenção geral em relação aos valores e objetivos subjacentes a um dado conjunto de características estruturais.” (DESANCTIS; POOLE, 1994, p. 126, tradução nossa)<sup>3</sup>.

Dessa maneira, os recursos trazem significado<sup>4</sup> e controle para interação grupal, ou seja, são a caracterização de atributos a regras, recursos e recursos específicos codificados no sistema. Uma dada TI avançada pode ser implementada de muitas maneiras diferentes. Por causa das muitas combinações possíveis de recursos, inúmeras dimensões para descrever as estruturas avançadas da tecnologia têm sido propostas, no entanto, tal dimensionamento pode ser realizado consultando os manuais do usuário, revisando as declarações dos *designers* ou profissionais de *marketing* da tecnologia ou observando os comentários das pessoas que usam a tecnologia (DESANCTIS; POOLE, 1994; ETUDO; WEISTROFFER; AL-ABDULLAH, 2015).

No que concerne ao espírito de uma tecnologia, referem-se aos princípios que motivam e governam as estruturas incorporadas na tecnologia (ETUDO; WEISTROFFER; AL-ABDULLAH, 2015). As características espirituais de uma tecnologia propiciam o que Giddens (1984) chama de “legitimação” da tecnologia, fornecendo uma estrutura normativa em relação aos comportamentos apropriados no contexto dela. Mas também pode funcionar como um meio de significação, porque ajuda os usuários a entender e interpretar o significado da tecnologia. Além disso, pode contribuir para processos de dominação, pois apresenta os tipos de movimentos de influência a serem utilizados com ela (DESANCTIS; POOLE, 1994). Assim, com esses argumentos e definições, os propositores comprovam a consistência com a Teoria da Estruturação.

---

<sup>3</sup> [...] types of rules and resources, or capabilities, offered by the system. [...] Spirit is the general intent with regard to values and goals underlying a given set of structural features.

<sup>4</sup> O que Giddens (1984) chama de significação e dominação.

DeSanctis e Poole (1994) esclarecem que o espírito é uma propriedade da tecnologia conforme é apresentada ao usuário, que ele não é a intenção do desenvolvedor nem a percepção ou interpretação do usuário, que as características espirituais de uma tecnologia são o *status quo*, o relato atual da interpretação do pesquisador.

Juntos, os conjuntos de recursos espirituais e estruturais de uma TI formam seu potencial estrutural, em que grupos podem utilizar para gerar estruturas sociais específicas em interação e que originaram as sete proposições (P) da AST, descritas abaixo e delineadas sistematicamente na Figura 4, conforme sugestão dos seus propositores, no intuito de dimensionar a tecnologia ao longo de dimensões significativas e comparáveis que refletem o espírito e o conjunto de recursos estruturais.

**P1:** As AIT fornecem estruturas sociais que podem ser descritas em termos de suas características e espírito. Na medida em que as AIT variam em seu espírito e características estruturais, diferentes formas de interação social são incentivadas pela tecnologia;

**P2:** O uso de estruturas de AIT pode variar dependendo da tarefa, do ambiente e de outras contingências que oferecem fontes alternativas de estruturas sociais;

**P3:** Novas fontes de estrutura emergem à medida que a tecnologia, a tarefa e as estruturas ambientais são aplicadas durante o curso da interação social.

Assim, as principais fontes de estrutura para os grupos que interagem com uma TI avançada são: a própria tecnologia, as tarefas e o ambiente organizacional. Nesse sentido, há fontes emergentes de regras e recursos sobre os quais as pessoas podem se relacionar à medida que a ação social se desenvolve e suas ações reafirmam as regras e os recursos que acabam de extrair (ALBERTS, 2013; DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000; ORLIKOWSKI, 1992).

**P4:** Novas estruturas sociais surgem na interação do grupo, pois as regras e os recursos de uma AIT são apropriados em um determinado contexto e, em seguida, reproduzidos na interação do grupo ao longo do tempo.

As apropriações não são determinadas automaticamente por projetos de tecnologia. Em vez disso, as pessoas selecionam ativamente como as estruturas de tecnologia são usadas e as práticas de adoção variam. Os grupos escolhem ativamente os recursos estruturais entre um grande conjunto de potenciais (DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000).

Os autores sugerem a existência de variação nos processos de interação e que pelo menos quatro aspectos da apropriação podem ser identificados para demonstrar, são eles:

1. Os grupos podem escolher se apropriarem de uma dada característica estrutural de maneiras diferentes, invocando um ou mais de muitos movimentos de apropriação

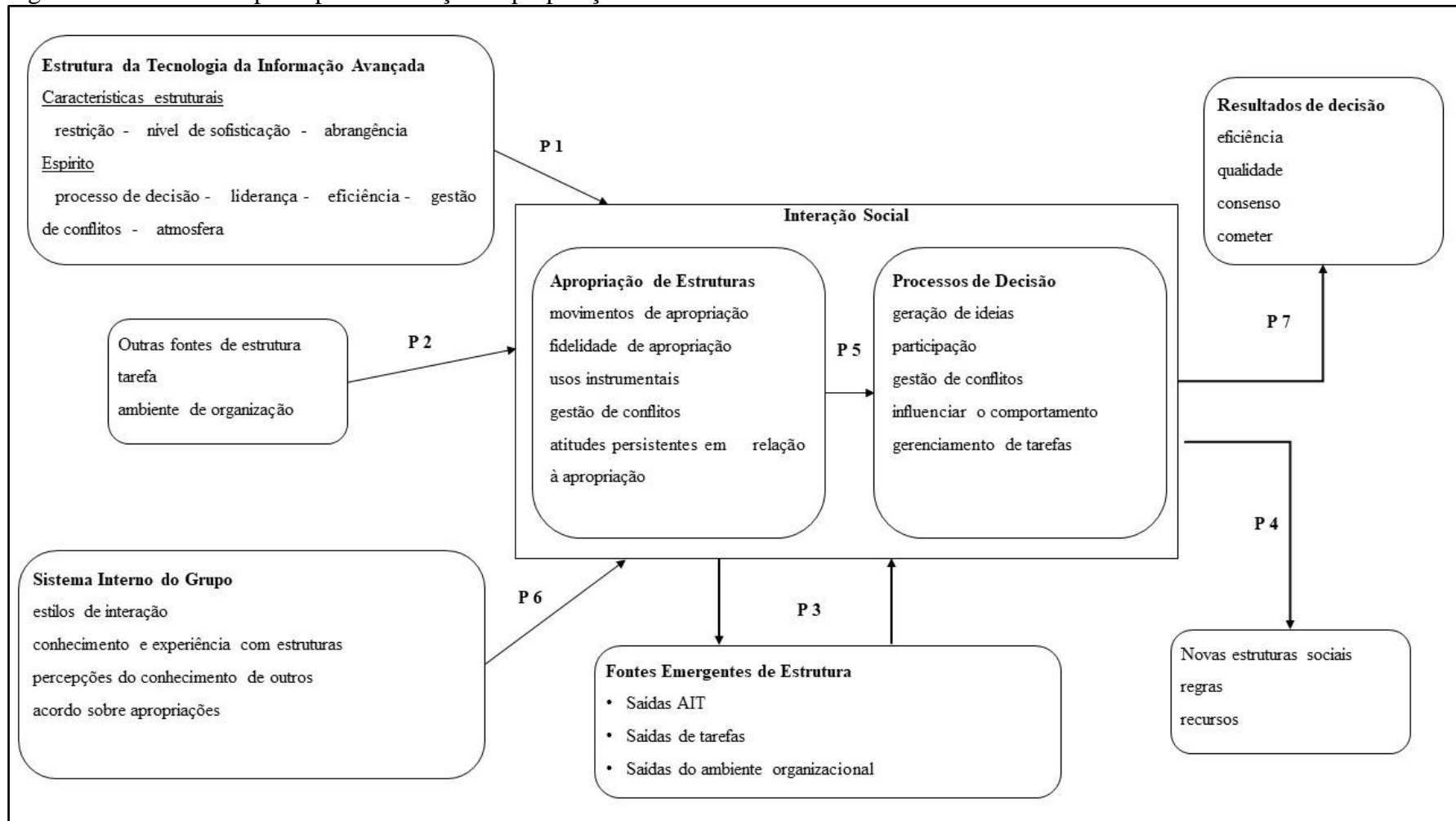
possíveis. Dada a disponibilidade de estruturas de tecnologia, os grupos podem optar por: (a) usar diretamente as estruturas; (b) relacionar as estruturas com outras estruturas (como estruturas na tarefa ou ambiente); (c) restringir ou interpretar as estruturas conforme são usadas; ou (d) fazer julgamentos sobre as estruturas (como afirmar ou negar sua utilidade);

2. As pessoas podem se apropriar dos recursos de um sistema fielmente – ou seja, de uma maneira “[...] consistente com o espírito e o design de recurso estrutural [...]” (DESANCTIS; POOLE, 1994, p. 130, tradução nossa)<sup>5</sup>– ou infielmente, levando a diferentes consequências (MARKUS; SILVER, 2008). Ressalta-se que dotações infieis não são “ruins” ou “impróprias”, mas simplesmente desalinhadas com o espírito da tecnologia;
3. Os membros do grupo podem escolher se apropriarem dos recursos para diferentes usos instrumentais ou propósitos;
4. São as atitudes do grupo, bem como as estruturas que são apropriadas, tais como: (a) à medida em que os grupos estão confiantes e relaxados no uso da tecnologia (conforto); (b) o quanto os grupos percebem a tecnologia como sendo de valor para eles em seu trabalho (respeito); e (c) sua disposição de trabalhar duro e se sobressair no uso do sistema (desafio).

---

<sup>5</sup> [...] are consistent with the spirit and structural feature design [...]

Figura 4 – Resumo das principais construções e proposições da AST



Fonte: Adaptado de DeSanctis e Poole (1994).



**P5:** Os processos de decisão do grupo irão variar dependendo da natureza das apropriações das AIT;

**P6:** A natureza das apropriações das AIT varia de acordo com o sistema interno do grupo;

**P7:** Dadas as AIT e outras fontes de estrutura social,  $n, \dots, n_k$ , e processos de apropriação ideais, processos de decisão que se ajustam à tarefa em mãos, os resultados desejados do uso das AIT surgirão.

DeSanctis e Poole (1994) apresentam quatro fatores que influenciam a apropriação de estruturas. Embora os processos de apropriação nem sempre sejam conscientes ou deliberados, os grupos fazem escolhas ativas sobre como a tecnologia ou outras estruturas são usadas em suas deliberações. Uma dada estrutura pode ser apropriada de maneira bastante diferente, dependendo do sistema interno do grupo, são eles: a) Estilo de interação dos membros; b) o grau de conhecimento e experiência dos membros; c) O grau em que os membros acreditam que os outros membros conhecem e aceitam o uso das estruturas; e d) O grau em que os membros concordam sobre quais estruturas devem ser apropriadas.

Desta feita, o desenvolvimento da tecnologia depende dos seguintes fatores: do potencial estrutural da tecnologia, de como a tecnologia e outras estruturas são apropriadas pelos membros do grupo e das novas estruturas sociais formadas ao longo do tempo. As apropriações que, inicialmente, ocorrem na interação em nível micro, podem ser reproduzidas para trazerem a adoção de tecnologia baseada em múltiplas configurações, grupos e organizações (MARKUS; SILVER, 2008; NAIK; KIM, 2010b). Em síntese, Correia-Neto (2014) sugere, a partir do Quadro 2, um resumo dos principais conceitos utilizados no âmbito da AST.

Quadro 2 – Síntese dos conceitos essenciais da Teoria da Estruturação Adaptativa

Conceito	Conceito
Funcionalidades estruturais	Funcionalidades-chave dos sistemas
Espírito do sistema	Intenções e valores subjacentes ao sistema implementado
Aspectos afetivos	Influenciadores subjetivos advindos da interação entre as pessoas

Fonte: Correia-Neto (2014) baseado em DeSanctis e Poole (1994).

DeSanctis e Poole (1994) sugerem que as características estruturais da tecnologia, juntamente com a tarefa, o ambiente organizacional e o sistema interno do grupo, atuam como oportunidades e restrições nas quais a apropriação ocorre e apresentam as seguintes propriedades para o processo de apropriação: os movimentos de apropriação, a fidelidade da apropriação, os usos instrumentais e as atitudes.

Os processos de apropriação são de difícil identificação e dizem respeito à maneira pela qual uma tecnologia é apropriada, incluindo se as estruturas são avaliadas, usadas e relacionadas a outras estruturas. Já a fidelidade da apropriação considera o grau em que uma tecnologia é apropriada de maneira consistente com seu espírito, podendo ser considerada fiel ou infiel. Os usos instrumentais incluem as atividades específicas para as quais a tecnologia é aplicada, e, por fim, as atitudes incluem o conforto dos indivíduos com a tecnologia, o valor percebido e a vontade de se envolver nos esforços para dominar a tecnologia (RAINS; BONITO, 2017)

DeSanctis, Poole e Dickson (2000) esclarecem que a apropriação ocorre em eventos ou ações específicas (como uma reunião) quando os membros do grupo escolhem usar uma tecnologia específica (como uma ferramenta de votação) de uma maneira específica (como envolver a participação de todos os membros do grupo). Mas a apropriação também ocorre em nível global, à medida que os grupos adotam padrões gerais de uso da tecnologia (como usar o voto regularmente para garantir que as opiniões de todos os membros da equipe sejam consideradas).

A AST argumenta que tecnologias avançadas de informação acionam processos estruturantes adaptativos que, com o tempo, podem levar a mudanças nas regras e recursos que as organizações usam na interação social. A mudança ocorre quando os membros dos grupos organizacionais trazem o potencial estrutural dessas novas tecnologias para a interação, apropriando-se das estruturas disponíveis durante o curso da ação até a decisão, ao passo que os membros do grupo podem optar por usar diretamente recursos tecnológicos, relacionar as estruturas a outras estruturas, restringir ou interpretar as estruturas ou fazer julgamentos sobre elas (ALBUQUERQUE; DORNELAS; CORREIA NETO, 2016; NAIK; KIM, 2010b).

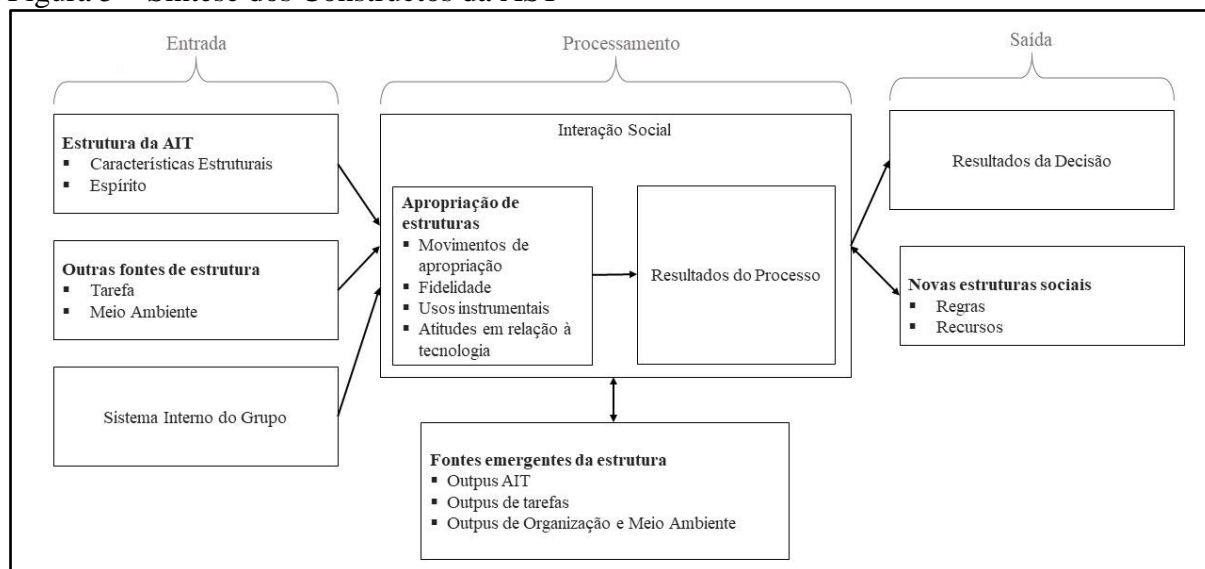
Alberts (2013) sugere que a AST proporcionou um avanço à literatura de SI, uma vez que a partir da atribuição de significados à tecnologia no processo de apropriação, tornando-a dinâmica, haja vista que a tecnologia está relacionada às estruturas sociais e ser ativada por usuários apropriados, com os usuários se apropriando de tecnologias, a tecnologia pode ser alterada.

Markus e Silver (2008) sinalizam os conceitos estruturais e espírito da tecnologia propostos pela AST como aportes aos estudos de SI de três formas: a) na caracterização em termos de intenções do *designer* e de percepção dos usuários; b) no foco desviando das funcionalidades para algo que reflita uma estrutura social; e c) no espírito do sistema, proporcionando uma análise com base nos valores humanos presentes.

Schmitz, Teng e Weeb (2016) afirmam que as interações sociais facilitadas por TI são organizadas pela AST como sequências de entrada, processo e saída. Conforme a Figura 5, eles

sugerem uma síntese dos constructos da AST, em que ela identifica as entradas de tecnologia, tarefa e ambiente organizacional para serem os objetos que mantêm e transmitem a estrutura social ao discurso do grupo. Além disso, fatores de contingência importantes são fornecidos pelo sistema interno existente de um grupo (seu estilo, modelos de memória, conhecimento e convenções).

Figura 5 – Síntese dos Constructos da AST



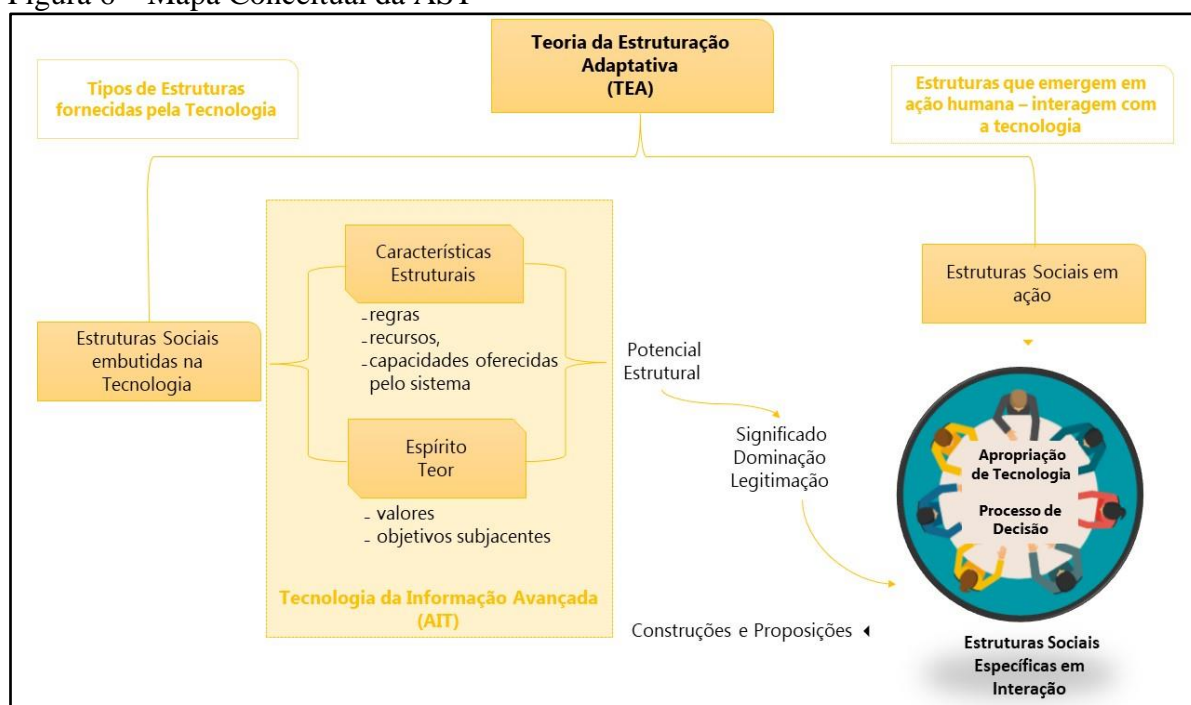
Fonte: Schmitz, Teng e Webb (2016, tradução nossa).

A AST contribuiu para a literatura de SI de várias maneiras importantes. Talvez o mais significativo deles tenha sido seu papel no pioneirismo no uso da Teoria da Estruturação e, por extensão, da Teoria Social em geral, no campo de SI. Indo além, estabelecendo conexões entre a estruturação e a pesquisa de SI tradicional, legitimando este trabalho no campo de SI de forma mais ampla. Isso fica claro a partir do fluxo contínuo de estudos de AST, especialmente em áreas como grupos de suporte à decisão e na extensão da citação dos documentos originais no campo da SI e em outros lugares.

Tais argumentos foram corroborados pela publicação da revisão crítica do trabalho de Giddens e sua aplicação no campo de SI de Jones e Karster (2008), que informaram que, dos 331 artigos de SI que utilizavam ideias sobre estruturação, cerca de 20% destes abordavam a AST de uma forma ou de outra, incluindo desde a sua aplicação em diferentes domínios, até sua adaptação e ampliação por meio da introdução de métodos novos e revisados de coleta e análise de dados, assim como pela combinação com outras teorias. Os autores citados há pouco, ressaltam ainda que muitos desses trabalhos posteriores citam apenas como fontes a Teoria da Estruturação Adaptativa AST, em vez de Giddens.

Assim, esta pesquisa propõe o mapa conceitual, apresentado na Figura 6, como forma de expressar visualmente as relações entre conceitos e ideias desta seção para esta pesquisa.

Figura 6 – Mapa Conceitual da AST



Fonte: A autora.

Desde a publicação da teoria da estruturação adaptativa AST, na década de 1990, foram diversos os estudos empíricos dedicados à aplicação da AST, a exemplo da pesquisa de Chin, Gopal e Salisbury (1997), que desenvolveram uma escala de medição da fidelidade da apropriação e, depois, outra escala para capturar o construto do consenso sobre apropriação (SALISBURY *et al.*, 2002), a proposição de Payton e Kiwanuka-Tondo (2009), que sugerem que a AST é uma estrutura de pesquisa que funciona como uma fonte para a noção de espírito. O espírito não pretendido inscrito nas TIC pode ser inclusivo em relação à população ou sociedade que pretende servir, e as pesquisas acerca de liderança de Naik e Kim (2010a), Avolio, Kahai e Dodge (2000) e Thomas e Bostrom (2010). No entanto, todos eles estão associados ao uso de sistemas organizacionais a nível macro.

Isto posto, destaca-se outro estudo dos próprios autores da AST: DeSanctis, Poole e Dickson (2000), que testaram várias hipóteses da AST, em que prevê os impactos das AIT nas equipes de trabalho; e o estudo de Schmitz, Teng e Webb (2016), que desenvolveram uma perspectiva teórica dos comportamentos de adaptação estendendo à AST ao nível dos indivíduos.

Esses trabalhos foram ressaltados por se realizarem no nível micro de análise e assim

nortearam a operacionalização desta pesquisa, uma vez que a análise de apropriação pode logicamente começar no nível micro, dado que é em instâncias específicas de discurso que a formação de novas estruturas sociais inicia. Discussões escritas ou faladas sobre a tecnologia são particularmente importantes, visto que são evidências de pessoas que trazem a tecnologia para o contexto social (DESANCTIS; POOLE, 1994).

O trabalho de DeSanctis, Poole e Dickson (2000) teve como objetivo observar como equipes com propriedades estruturais variadas, a interação do grupo e o foco da tarefa optaram por usar tecnologias avançadas de informação para apoiar seu trabalho, partindo do pressuposto de que a apropriação das estruturas tecnológicas é evidenciada na medida em que um grupo escolhe usar tecnologias avançadas e os propósitos e significados que os membros aplicam à tecnologia.

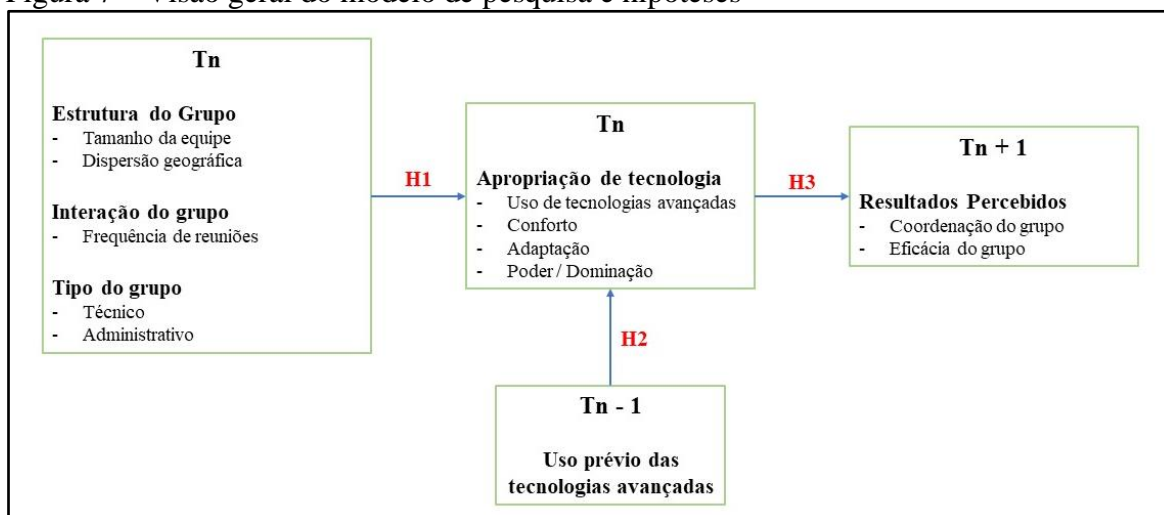
Os autores trabalharam com duas hipóteses, que, em suas opiniões, emergem da literatura sobre as tecnologias avançadas de informação.

Na primeira, os impactos da tecnologia nas equipes raramente são determinísticos. A eficácia aprimorada do grupo não é garantida pelo uso da tecnologia. A tecnologia combina com as características da equipe e usa práticas para produzir resultados. Na medida em que os usuários variam em suas escolhas sobre como e com que frequência usar a tecnologia, os resultados do uso da tecnologia podem variar entre os grupos.

Na segunda, o uso da tecnologia é um processo social e ocorre na interação social de uma equipe e envolve mais do que a seleção de um sistema específico ou conjunto de recursos técnicos. Inclui os propósitos, atitudes e acordo do grupo sobre como as capacidades do sistema são aplicadas à medida que os membros do grupo trabalham juntos (DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000).

Assim, ao absorver essas duas premissas, a AST postula que o como uma equipe se apropria de AIS é a chave para prever os resultados do grupo. A apropriação ocorre em eventos ou ações específicas, por  $T_n$  períodos, quando os membros do grupo escolhem usar uma tecnologia específica, de uma maneira específica. Dessa forma, os autores consideraram quatro aspectos da apropriação da tecnologia: grau de uso da tecnologia avançada, conforto com a tecnologia, usos criativos e rotineiros da tecnologia (adaptação) e uso da tecnologia para poder e domínio, em vez de colaboração, e propuseram um modelo de pesquisa baseado nas hipóteses conforme a Figura 7 (DESANCTIS; POOLE, 1994).

Figura 7 – Visão geral do modelo de pesquisa e hipóteses



Fonte: DeSanctis, Poole e Dick (2000, tradução nossa).

Conforto é o grau em que os membros da equipe se sentem à vontade usando tecnologias avançadas específicas em seu trabalho; adaptação é o grau em que a equipe personaliza os recursos de uma tecnologia avançada para atender às suas necessidades ou propósitos particulares e poder é o grau em que os membros da equipe usam a tecnologia para exercer domínio ou influência indevida um sobre o outro, em vez de recorrer aos recursos de todos os membros (DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000).

A pesquisa pressupõe que resultados positivos para o grupo são esperados após apropriações que incluem alto uso de tecnologias avançadas pela equipe, alto conforto com o uso da tecnologia e desenvolvimento de rotinas adaptativas para o uso da tecnologia. Além disso, é mais provável que a apropriação da tecnologia produza resultados positivos se as equipes não violarem o espírito colaborativo das AIT, evitando o uso da tecnologia para movimentos orientados ao poder e usando a tecnologia para atrair as contribuições de todos os membros da equipe. O trabalho questiona, então, quais fatores influenciarão a apropriação tecnológica. Prevê-se que os padrões de apropriação variem em função da estrutura do grupo, da frequência de interação do grupo e do tipo de trabalho que a equipe está realizando.

A proposta de análise prevê que as propriedades estruturais do grupo (tamanho e dispersão geográfica), a interação do grupo (frequência das reuniões da equipe) e o foco da tarefa (técnico ou administrativo) influenciarão a maneira como as equipes escolherão usar AIT.

O modelo propõe que as tecnologias para apoiar o trabalho em grupo podem ser classificadas pelo grau de adequação da colaboração, especialmente a intensa troca de informações necessárias para o trabalho técnico e administrativo. A ação de incorporar as práticas colaborativas de sistemas avançados na vida profissional da equipe significa que ela

poderá melhor se apropriar da tecnologia novamente no futuro.

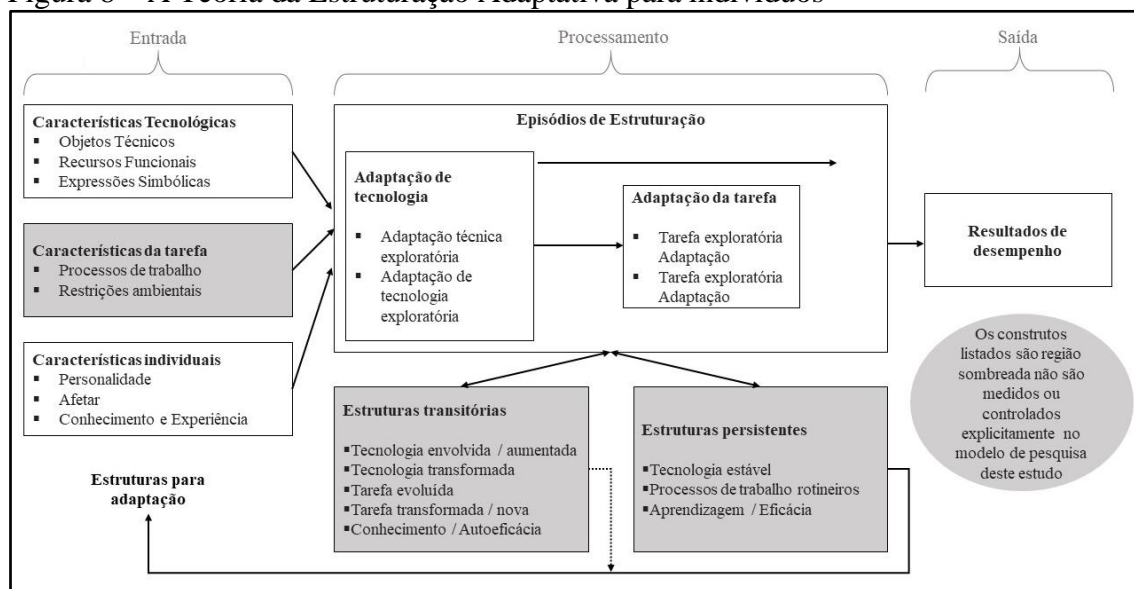
A pesquisa conclui que, enquanto o conforto e a adaptação facilitam o uso futuro e os resultados bem-sucedidos do uso da tecnologia, o poder se opõe ao espírito colaborativo das tecnologias avançadas. E a apropriação da tecnologia para fins de poder parece ser particularmente problemática. Os dados sugerem que um maior uso de tecnologias avançadas pode, em algumas circunstâncias, promover usos para dominação e controle, em vez de colaboração (DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000). É o que os estudos de Carroll e Fidock (2011) chamam a atenção para as maneiras pelas quais mudanças no poder e na política no nível do grupo ou organizacional afetam os usuários individuais e as ações que eles tomam para lidar com eles.

O estudo de Schmitz, Teng e Webb (2016) traz uma perspectiva teórica dos comportamentos de adaptação ao nível de indivíduo, fundamentada na AST e contextualizada na confluência da tecnologia maleável amplamente disponível e na tendência “traga seu próprio dispositivo” (*bring your own device* – BYOD), que cria uma nova dinâmica para a inovação da TI no local de trabalho em que usuários não técnicos têm o poder de adaptar tecnologia flexível no decorrer de episódios de uso normal.

É necessário salientar que, no nível dos indivíduos, o construto tecnológico abrange objetos técnicos (o artefato e suas partes componentes – a presença percebida pelos usuários), recursos funcionais (os usos potenciais de uma TI) e expressões simbólicas (as possibilidades comunicativas de um objeto técnico específico e seu relacionamento com outros ativos digitais) (MARKUS; SILVER, 2008).

As fontes de estrutura da AST têm paralelos claros entre o nível de grupos envolvidos na interação social e o nível de indivíduos envolvidos na adaptação, conforme mostrado na Figura 8. No caso da TI maleável, essas dimensões de uma tecnologia são editáveis por usuários que reorganizam, adicionam, excluem ou mesmo modificam interativamente elementos individuais. Essas características tecnológicas, o artefato e suas partes componentes identificadas como o primeiro bloco na coluna de entrada da Figura 8, fornecem as matérias-primas tecnológicas disponíveis para um usuário que entra em um episódio de uso (SCHMITZ; TENG; WEBB, 2016).

Figura 8 – A Teoria da Estruturação Adaptativa para indivíduos



Fonte: Schmitz, Teng e Webb (2016, tradução nossa).

As estruturas relacionadas à tarefa na AST incluem as estruturas do processo e as estruturas do ambiente presentes quando a interação ocorre (DESANCTIS; GALLUPE, 1987). No nível dos indivíduos, eles são mapeados para um agrupamento de processos de trabalho individuais e restrições ambientais nessas tarefas, conforme indicado no segundo bloco na coluna de entrada da Figura 8. O resultado é uma conceitualização coletiva que inclui requisitos específicos da situação para executar uma tarefa.

Schmitz, Teng e Webb (2016) sugerem, no bloco “Processamento” da Figura 8, a existência de uma distinção entre adaptação de tecnologia e adaptação de tarefas. Os movimentos tecnológicos dos indivíduos são paralelos às ações de apropriação de grupos na AST. A adaptação da tarefa é paralela ao processo de decisão da AST no nível do grupo. Definem, então, tarefa como as ações executadas ao transformar entradas em saídas, enquanto as tecnologias são as ferramentas usadas na realização dessas tarefas.

Dois *insights* adicionais estão associados ao modelo proposto. Primeiro, a adaptação da tecnologia precede a adaptação da tarefa. A precedência dos comportamentos de adaptação é guiada pela noção de que as tecnologias não geram resultados até que sejam aplicadas a uma tarefa. A adaptação da tarefa é teorizada para mediar o efeito da adaptação da tecnologia. Segundo, o espírito de uma tecnologia existe como um entendimento do usuário sobre os recursos e as vantagens dessa tecnologia. Esse conceito revisado de espírito não é mais determinado apenas pela intenção do desenvolvedor, mas está ligado à maneira como o usuário entende a tecnologia como está disponível em um determinado episódio de uso.

A AST também reconhece que estruturas emergentes e novas são saídas suplementares



(DESANCTIS; POOLE, 1994). Essas estruturas podem ser temporárias, afetando apenas a interação social atual ou podem ser reificadas ao longo de várias interações e, assim, criar estruturas sociais persistentes. Os resultados correspondentes ao nível dos indivíduos são estruturas transitórias e persistentes para adaptação.

À medida que os recursos e as capacidades tecnológicas de um artefato de TI são modificados pelos usuários, novas possibilidades são criadas que tornam o artefato qualitativamente diferente, com um novo valor além do que existia anteriormente. Finalmente, aspectos de um indivíduo, como suas atitudes emocionais em relação às estruturas e sua experiência com essas estruturas, podem mudar ao longo do tempo, mesmo quando essas características influenciam cada episódio de uso.

As adaptações pontuais das estruturas de entrada são descritas como estruturas transitórias, na Figura 8. Essas mudanças podem ser passageiras com significado e influência durante um único episódio, mesmo que sejam esquecidas logo depois. A negligência é esperada para adaptações com resultados desfavoráveis. As adaptações que criam valor têm mais probabilidade de serem retidas e persistirem nos eventos de uso.

Estruturas modificadas que persistem tornam-se institucionalizadas com influência que se estende através do tempo e do espaço. Estruturas que são reificadas através de múltiplos episódios tornam-se a nova norma, pois redefinem as estruturas de adaptação. Essas estruturas persistentes são um legado de episódios de estruturação que servem como matéria-prima para uso e adaptação futuros.

Para fins desta tese, portanto, optou-se pela construção de categorias a partir da junção das propostas dos estudos de DeSanctis, Poole e Dickson (2000) e de Schmitz, Teng e Webb (2016), por ser, dentre estas, as que caracterizam melhor o processo da apropriação e suas etapas para o objeto desta pesquisa, a Decisão Médica Compartilhada.

Na subseção seguinte, discute-se acerca dos estudos sobre colaboração, uma vez que essa abordagem integra relação proposta para esta tese.

## **2.2 Colaboração**

A colaboração envolve um número de pessoas com responsabilidades específicas unidas como uma equipe para um determinado objetivo ou um objetivo comum, e para que ela seja bem-sucedida exige a motivação dos participantes e o alinhamento dos objetivos. É imprescindível haver uma coerência entre os objetivos dos participantes, mesmo que parcial, caso contrário trabalharão em direções opostas, o que prejudica o resultado. Sem o alinhamento

de objetivos, dificilmente indivíduos teriam o ímpeto de colaborar (MASSEY, 2008; VIVACQUA; GARCIA, 2012).

Vivacqua e Garcia (2012, p. 38) sugerem ainda que “[...] trabalhar em conjunto envolve não apenas a realização conjunta de tarefas, mas também um nível de conhecimento e confiança entre os participantes.”. Embora a interação da equipe possa ser conceitualizada de maneiras diferentes, ela inclui amplamente a troca de informações, a tomada de decisões e os comportamentos interpessoais em apoio às funções da equipe e atividades subjacentes (MASSEY, 2008). Este pensamento é reforçado por Sales (2012, p. 65) quando afirma que “[...] o simples fato de agir em conjunto não significa que as pessoas estão em colaboração, pois é preciso que existam bases de igualdades na realização do trabalho.”.

Pesquisas anteriores, como a revisão sistemática realizada por Correia-Neto (2014), destacaram a natureza amorfa e mal definida da colaboração, o que permanece até hoje. Isso resultou em uma série de meta-análises focadas na definição do conceito de colaboração, destacando seus principais temas e identificando como ele é distinto de outros fenômenos sociais organizados. Essas meta-análises compreendem estudos das mais diversas áreas, desde as ciências organizacionais, gerenciamento, ergonomia, recursos humanos, sociologia, SI, até a construção e níveis de análise, sejam eles interpessoais, interequipes ou interorganizacionais (BEDWELL *et al.*, 2012).

Em Correia-Neto (2014), vamos encontrar uma síntese das várias perspectivas utilizadas de forma multidisciplinar, para refletir a colaboração, descritas na Figura 9:

Figura 9 – Múltiplas Perspectivas da Colaboração



Fonte: Correia-Neto (2014).

Ressalta-se, na Figura 9, a presença do *peering*, a colaboração em massa, assinalada por Tapscott e Williams (2007) como a mudança na forma com que bens e serviços vêm sendo inventados, produzidos, comercializados e distribuídos, já que, em muitos casos, os consumidores passaram a ser cocriadores ou coprodutores, seguindo a lógica de fortalecer o compartilhamento e a produção conjunta entre as pessoas.

Bedwell *et al.* (2012) também enfocam os diferentes estágios de colaboração, sejam eles pré-requisitos ou antecessores da colaboração, iniciação, o processo ou os resultados da colaboração (POIRIER; FORGUES; STAUB-FRENCH, 2016). O Quadro 3 destaca as diferentes definições que são emitidas a partir dessas meta-análises.

Quadro 3 – Definições de Colaboração

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Artigos Rev.</b>	<b>Área</b>	<b>Definição</b>
<b>Gray and Wood</b>	1991	7	Ciências Organizacionais	“A colaboração ocorre quando um grupo de partes interessadas autônomas de um domínio de problema se envolve em um processo interativo, usando regras, normas e estruturas compartilhadas, para agir ou decidir sobre questões relacionadas a esse domínio” (p. 146).
<b>Mattessich et al.</b>	2001	281	Serviços humanos e governo	“A colaboração é um relacionamento mutuamente benéfico e bem definido, firmado por duas ou mais organizações para atingir objetivos comuns. O relacionamento inclui um compromisso com relacionamentos e objetivos mútuos; uma estrutura desenvolvida em conjunto e responsabilidade compartilhada; autoridade mútua e responsabilidade pelo sucesso; e partilha de recursos e recompensas” (p. 4).
<b>Hartono and Holsapple</b>	2004	13	Sistemas de Informação	“A colaboração é um processo interativo, construtivo e baseado no conhecimento, envolvendo múltiplos participantes autônomos e voluntários que empregam habilidades e ativos complementares, com um objetivo coletivo de alcançar um resultado além do que a capacidade e a disposição dos participantes permitiriam realizar individualmente” (p. 20)
<b>Patet et al.</b>	2012	166	Sistemas de trabalho Colaborativo	“A colaboração envolve duas ou mais pessoas envolvidas em uma interação entre si, em um único episódio ou série de episódios, trabalhando em prol de um objetivo comum” (p. 1).
<b>Bedwell et al.</b>	2012	116	Gestão de Recursos Humanos	“Um processo em evolução pelo qual duas ou mais entidades sociais participam ativa e reciprocamente de atividades conjuntas destinadas a alcançar pelo menos uma meta compartilhada” (p. 130).

Fonte: Adaptado de Poirier, Forgues e Staub-French (2016, tradução nossa).

Percebe-se a presença constante nas definições de termos como: interativo, relacionamento, processo, compartilhamento e domínio, reforçando a reflexão de que os modelos de colaboração devem considerar elementos que reforcem os relacionamentos interpessoais, a fim de aumentar o engajamento entre os sujeitos e entre os sujeitos e os objetos na busca dos resultados almejados pelo grupo, por meio de artefatos cada vez mais interativos (CORREIA-NETO; DORNELAS, 2015).

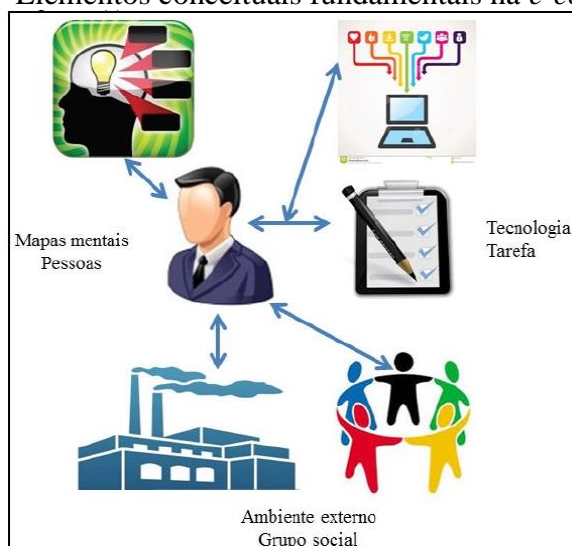
Diante do contexto a que esta pesquisa se propõe, é necessário apresentar um outro conceito, o da *e-collaboration* (colaboração eletrônica), proposto por Kock (2005, 2007), em que é definida operacionalmente como colaboração usando tecnologias eletrônicas entre indivíduos diferentes para realizar uma tarefa comum. Ele destaca ainda que essa é uma definição ampla que abrange não apenas o trabalho colaborativo mediado por computador, mas também o trabalho colaborativo suportado por outros tipos de tecnologias que não se encaixam na definição definitiva de um computador da maioria das pessoas, como o telefone que não é, a rigor, um computador.

Assim, ele aponta que a colaboração eletrônica pode ocorrer em situações em que não há comunicação propriamente dita, apenas como alimentação de sistemas colaborativos sem comunicação entre indivíduos, mas que, no final, produzirá um resultado único e comum (KOCK, 2005).

Outra contribuição de Kock (2005) é vista quando ele sugere que na *e-collaboration* existem seis elementos conceituais fundamentais a serem levados em consideração: a tarefa, a tecnologia de suporte, os indivíduos, seus esquemas mentais, o ambiente físico e o entorno social que os envolve.

Esses elementos foram representados por Correia-Neto (2014), na Figura 10, que, segundo ele, essa perspectiva social já demonstrava a importância das interações entre os participantes das atividades colaborativas, fornecendo ainda a consistência com os argumentos da Teoria da Estruturação Adaptativa de DeSanctis e Poole (2000) com os escritos de vários pesquisadores que aplicaram conceitos de estruturação para explicar o processo pelo qual os sistemas colaborativos são incorporados ao trabalho em equipe.

Figura 10 – Elementos conceituais fundamentais na *e-collaboration*



Fonte: Adaptado de Correia-Neto (2014).

Isto posto, Albuquerque, Dornelas e Correia-Neto (2016) afirmam que, para estudar o constructo colaboração deve-se compreender as categorias coordenação, cooperação e comunicação, que serão abordadas na próxima seção, que apresentará os modelos de colaboração relevantes e pertinentes a esta tese. Inclusive, a categoria interatividade, inerente ao uso de tecnologia, uma vez que esta pesquisa se encontra no contexto da *web 2.0*.

### 2.2.1 Modelos de Colaboração

No mapeamento sistemático de modelos de colaboração realizado por Correia-Neto (2014), quando de sua proposição do *framework i3C*, no contexto do *Computer-Supported Cooperative Work (CSCW)* (GRUDIN, 1991), o mesmo efetivou uma busca nas principais bases de pesquisa das áreas de administração e de computação, no intuito de identificar outras dimensões que potencializassem as questões de interatividade da tecnologia. Após a aplicação dos critérios de seleção, ele identificou 14 pesquisas situadas no contexto de CSCW, cujos objetivos estiveram relacionados com modelos de colaboração conceituais, propostos, aplicados na prática ou avaliados.

O levantamento constatou que a frequência de publicações com esta temática não pôde ser considerada contínua, haja vista um salto de quase uma década entre uma publicação e outra. Outra observação foi a de que o Brasil foi o país que mais desenvolveu trabalhos com essa temática. A partir deste, foram identificados 3 modelos de colaboração: o *model of distributed engineering collaboration*; o *information flow-participant model* e o modelo 3C, sendo o

modelo 3C o mais antigo e o mais recorrente (CORREIA-NETO, 2014).

Para este estudo, serão abordados o modelo 3C de colaboração proposto por Fuks, Raposo e Gerosa (2003), uma vez que o mesmo é o mais usado para classificar *groupware* e sistemas colaborativos, além de ter servido de base de escrutínio para o *framework* proposto por Correia-Neto (2014), o i3C, que representa uma atualização do modelo 3C, haja vista integralizar a categoria interatividade, e sugere a colaboração interativa mediada por plataformas tecnológicas, no contexto da *web 2.0* em processos de inovação aberta.

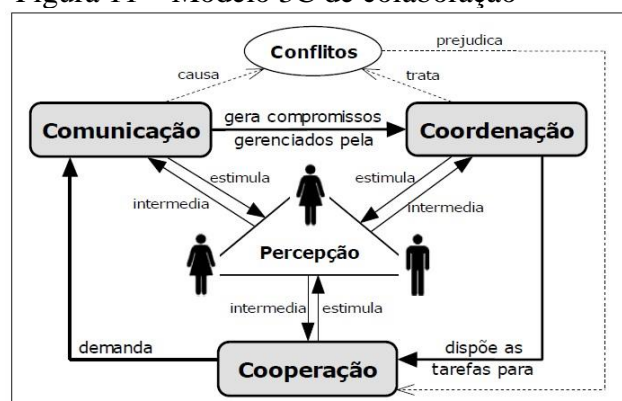
### 2.2.1.1 O Modelo 3C de Colaboração

O modelo 3C se apresenta como um refinamento da proposta de Ellis, Gibbs e Rein (1991) para análise de *Groupwares* definidos como sistemas baseados em computador que suportam grupos de pessoas envolvidas em uma tarefa comum (ou objetivo) e que fornecem uma interface para um ambiente compartilhado, tendo como objetivo auxiliar os grupos a se comunicarem, colaborarem e coordenarem suas atividades.

No Brasil, a tradução adotada para indicar *groupware* e CSCW foi Sistemas Colaborativos, sendo considerados como sinônimos. No entanto, alguns preferem utilizar o termo *groupware* para indicar “[...] especificamente os sistemas computacionais usados para apoiar o trabalho em grupo, e o termo CSCW para designar tanto os sistemas quanto os efeitos psicológicos, sociais e organizacionais do uso desses sistemas.” (PIMENTEL; FUKS, 2012, p. 5).

O Modelo 3C de Colaboração analisa a colaboração em três dimensões: comunicação, coordenação e cooperação e justifica a classificação em três dimensões apenas para análise; no entanto, encerra que a inter-relação entre elas é estritamente necessária para que a colaboração ocorra, conforme seu esquema reproduzido na Figura 11.

Figura 11 – Modelo 3C de colaboração



Fonte: Fuks *et al.* (2003).

Por sua vez, faz-se necessário o detalhamento dos elementos do diagrama e suas inter-relações.

Para os propositores do modelo, a **comunicação** é um processo de troca de mensagens permeado pela argumentação e negociação. Acrescentam ainda que este elemento, quando mediado por computador (Comunicação Mediada por Computador – CMC), capacitou novas formas de “[...] interação social: a assincronicidade, ausência de interação face a face, anonimato, privacidade, contato contínuo com interlocutores sempre conectados *on-line* e comunidades virtuais.” (PIMENTEL; FUKS, 2012, p. 66); o que, para Albuquerque, Dornelas e Correia-Neto (2016), confirma a principal característica do século XXI, a comunicação descentralizada e com criação de conteúdos pelos próprios usuários por meio dos *sites* de rede social e das mídias sociais.

Dessa forma, a comunicação compreende a mídia a ser transmitida em termos de tipo, modo de transmissão, em termos de sincronia, políticas de restrição de acesso, metainformações e estrutura da conversação (FUKS *et al.*, 2007a; CORREIA-NETO; DORNELAS; SANTOS, 2015).

Outro ponto a ser considerado é que em espaços colocalizados muita informação é distribuída de forma inconsciente para ser captada por qualquer um que esteja naquele espaço. A escolha do meio de comunicação afeta o processo de comunicação, assim como a forma de interação em que os participantes estão, a exemplo da comunicação face a face, é geralmente mais rica do que a comunicação mediada por computador. As restrições características do meio de comunicação afetam as possibilidades de codificação da mensagem a ser enviada (VIVACQUA; GARCIA, 2012).

Faraj, Jarvenpaa e Majchrzak (2011) ao sugerirem a colaboração do conhecimento, encerram que existem várias consequências positivas para tal, numa comunidade de indivíduos com identidades sociais ambíguas. Uma delas é que é mais provável que os indivíduos tenham maior satisfação na comunicação e maior desempenho em uma tarefa de comunicação *on-line* quando os parceiros de comunicação têm identidades ambíguas.

A **coordenação** é um processo de organização de esforços, recursos e atividades (PIMENTEL *et al.*, 2006) e pode ser analisada em três vertentes: a coordenação das pessoas, que se refere à relação da comunicação com o contexto; já a coordenação dos recursos diz respeito ao ambiente compartilhado onde ocorrem as interações; e a coordenação das tarefas significa o gerenciamento das interdependências entre tarefas que são finalizadas para se atingir um dado objetivo comum (FUKS *et al.*, 2007a; CORREIA-NETO, 2014).

Pollrock e Grudin (1997), ao publicarem suas análises a cerca de CSCW e o

desenvolvimento de *groupware*, trazem um olhar tecnológico para o elemento coordenação, e afirmam que as funcionalidades de coordenação embutidas nas ferramentas permitem que os usuários realizem os processos organizacionais internos das organizações, viabilizando aumento de qualidade e redução de custos, ao proporcionar o trabalho em conjunto.

Correia-Neto, Dornelas e Albuquerque (2016) inserem que no contexto da *web 2.0*, o espaço em que o trabalho realizado é voluntário e colaborativo, diminuindo assim os custos de coordenação, haja vista as ferramentas disponibilizadas terem baixo custo de manutenção e atualização de seus usuários. A categoria torna-se a menos significativa, posto já estar embutida na plataforma usada.

A última categoria do modelo 3C é a **cooperação**, sendo a atualização proposta quando de sua propositura, haja vista Ellis, Gibbs e Rein (1991) sugerirem as dimensões: comunicação, coordenação e colaboração para análise de *groupware*, e os propositores do modelo 3C divergirem, por entenderem que cooperação designa estritamente a ação de operar em conjunto, enquanto colaboração designa a ação de realizar todo o trabalho em conjunto (FUKS *et al.*, 2012).

Assim, Fuks *et al.* (2007b) esclarecem essa categoria em como os membros de um grupo produzem, manipulam e organizam informações, construindo e refinando objetos cooperativamente (CORREIA-NETO, 2014, p. 62). Em seguida, Fuks *et al.* (2007a), ao dar um enfoque mais tecnológico, definem cooperação como a produção de artefatos em um espaço compartilhado.

No intuito de congrega as funcionalidades do modelo 3C, Correia-Neto (2014) apresenta o Quadro 4, para facilitar entendimento e compreensão da proposta.

Quadro 4 – Dimensões e funcionalidades típicas do modelo 3C de colaboração

<b>DIMENSÃO</b>	<b>FUNCIONALIDADE</b>
<u>Comunicação</u>	Fóruns, listas de discussão e ideação, votação, conferências e troca de mensagens instantâneas
<u>Coordenação</u>	Articulação e gestão de tarefas, agenda e <i>workflow</i>
<u>Cooperação</u>	Criação e manipulação de conteúdos e objetos intelectuais

Fonte: Correia-Neto (2014).

Por fim, De Vreede *et al.* (2009) propõem padrões de colaboração no entendimento de que todo trabalho em grupo sintetiza atividade. Esses padrões constituem as unidades de análise colaborativas definidas como: geração, redução, esclarecimento, organização, avaliação e comprometimento.



### 2.2.1.2 O *framework* i3C de Colaboração Interativa

O modelo 3C foi atualizado pelo *framework* i3C de colaboração proposto por Correia-Neto (2014), que acrescenta uma nova dimensão à colaboração; a interatividade, por conta da maior sociabilidade provida pela tecnologia e pelo maior engajamento das pessoas devido aos processos de trocas sociais, passa a ser uma parte importante do modelo.

Com essa propositura, o autor mencionado no parágrafo anterior aproveita para confirmar a forte presença das dimensões comunicação e cooperação na colaboração interativa mediada por tecnologia; no entanto, ele percebe que a dimensão coordenação perde força uma vez que a interatividade possibilita o trabalho colaborativo de forma mais autorregulada e guiada do que estabelecido por uma coordenação central.

A propósito, é necessário detalhar a dimensão **interatividade** sugerida na construção do *framework* em análise, haja vista ser esta a base da colaboração interativa. Assim, traz-se a definição de Kiouisis (2002), que a sugere como o grau em que uma tecnologia de comunicação pode criar um ambiente mediado no qual os participantes podem se comunicar (um para um, um para muitos e muitos para muitos), de maneira síncrona e assíncrona, e participar de trocas recíprocas de mensagens (dependência de terceira ordem).

Para Massey (2008), as características de interatividade incluem, como exemplos, a simultaneidade e a continuidade da comunicação, o uso de múltiplas pistas não verbais, a espontaneidade do envolvimento e a capacidade de interromper ou antecipar-se.

Com relação à dimensão sugerida, a interatividade foi identificada em seu nível extremo, uma vez que ela encontrou “[...] o discurso mútuo, com existência de comunicação de mão dupla que se deixa nas mãos do receptor o controle dessa experiência comunicativa.” (CORREIA-NETO, 2014, p. 176). Assim, as dimensões interatividade e comunicação destacam-se, justamente por conta das atividades de cocriação desenvolvidas e dos aspectos sociais envolvidos, como apontam a teoria das trocas sociais (HOMANS, 1958) e as evidências empíricas apresentadas.

Dessa forma, Correia-Neto (2014) delinea a sua proposição de colaboração interativa mediada por plataformas tecnológicas no contexto da *web* 2.0 em processos de inovação aberta, como sendo composta por quatro dimensões. Dispostas conforme a Figura 12.

Figura 12 – *Framework* i3C de Colaboração

Fonte: Correia-Neto (2014, p. 178)<sup>6</sup>.

Essa proposição corrobora ainda com a ausência dos aspectos sociais existentes nas redes sociais abertas e que, “[...] certamente, devem ser levados em consideração nos processos de apropriação dessa lógica durante a implementação dos sistemas colaborativos que estão sendo criados pelas organizações.” (CORREIA-NETO, 2014, p. 179).

Seguindo essa lógica, assume-se que a Tomada de Decisão Médica pode se permitir espaços de colaboração, e as redes sociais podem assumir o papel da estrutura (DESANCTIS; POOLE, 1994), reforçando o papel da interatividade que pode garantir condições superiores para a relação médico-paciente. O’Grady e Jadad (2010) reforçam a orientação de que deve haver uma mudança no “pensamento”, bem como no “fazer” por médicos e pacientes, já que ambas as partes devem reconhecer que aprender umas com as outras e construir um conjunto comum de conhecimentos levará a uma forma de cuidado mais equilibrada, satisfatória e, finalmente, adequada.

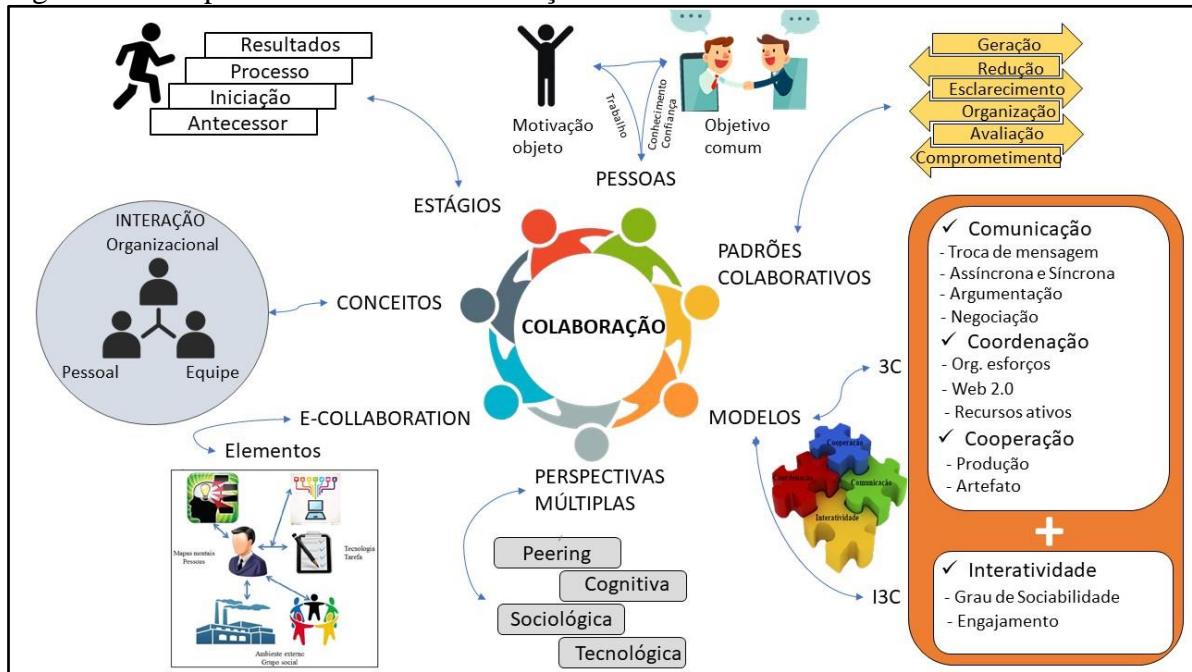
Ao utilizar o modelo i3C como uma das bases teóricas e conceituais, esta pesquisa pretende dar continuidade aos encaminhamentos sugeridos no trabalho de Correia-Neto (2014), no que concerne ao *design* e implementação dos sistemas colaborativos que estes devem focar na interatividade. Adicionalmente também será possível avaliar o uso das plataformas de colaboração interativa em outros processos, validando assim o *framework* i3C, propondo a

<sup>6</sup> Na figura 12 a palavra Comunicação está em duplicidade por erro na fonte consultada, o correto seria Coordenação, como descrito na figura 11.

partir dele um olhar factual no arcabouço de Decisão Médica Compartilhada.

Desse modo, a Figura 13 expõe a compreensão dos conceitos e fundamentos de colaboração aqui apresentados, assim como se propõe a sintetizar o entendimento da autora uma vez que estes princípios nortearam esta investigação.

Figura 13 – Mapa Conceitual da Colaboração



Fonte: A autora.

Neste ponto, emerge a necessidade de compreender o que são tecnologias colaborativas e como elas se apresentam no contexto da *web 2.0*, a ser discutido na próxima seção.

### 2.3 Tecnologias Colaborativas

Primeiramente, é preciso definir o que este estudo entende como tecnologias colaborativas. Para Kang *et al.* (2012), é qualquer tecnologia usada por um grupo de indivíduos. As tecnologias colaborativas são normalmente categorizadas em duas dimensões principais: tempo e espaço; mas além destas, as tecnologias colaborativas podem ser descritas em termos de características como riqueza, interatividade e presença social (MASSEY, 2008).

Markus e Silver (2008) sugerem que, para entender o uso da tecnologia colaborativa, as construções em nível individual não são suficientemente abrangentes porque os processos sociais modificam o efeito da tecnologia no comportamento dos usuários, portanto, suscetível à influência de condições institucionais e situacionais.

Com o advento da *web 2.0*, surgiu com ela a mudança de foco do estudo da sociedade a partir do conceito de rede. Redes estas chamadas a princípio de redes sociais na *internet*, que se configuraram como as principais plataformas da *web 2.0*, e que estabeleceram a era das redes colaborativas. Válido ressaltar que essas redes representam estruturas relacionais nas mídias sociais que possibilitam que as pessoas possam estabelecer relações sociais a partir dessas interações, desenvolvendo vínculos sociais ou não (KOEHLER *et al.*, 2015).

Antes de definir as redes sociais virtuais ou digitais, apresenta-se uma introdução acerca de redes sociais, seus contextos e evoluções até chegar nas redes sociais virtuais. As redes sociais são influências fundamentais no comportamento humano para a difusão de ideias e práticas, mas seus papéis são variados e complexos e desafiam uma fácil categorização. As redes sociais são medidas e definidas como conexões entre pessoas, organizações, entidades políticas e/ou outras unidades; são onipresentes e variadas. Assim, o paradigma da rede se concentra nos relacionamentos ou conexões entre as pessoas (CARRINGTON; SCOTT; WASSERMAN, 2005; VALENTE, 2010).

Compreende-se como estruturas sociais as formas padronizadas em que a vida cotidiana é socialmente organizada. Elas permitem e restringem a ação humana prescrevendo uma maneira de “fazer as coisas” e são reproduzidos toda vez que as pessoas “seguem a prescrição” (ABEELE; WOLF; LING, 2018, grifos do autor).

As redes de computadores são inerentemente redes sociais, a partir do momento que ligam pessoas, organizações e conhecimento. Para Wellman (2001), são instituições sociais que não devem ser estudadas isoladamente, mas integradas ao cotidiano.

Na opinião de Recuero (2009, p. 22), a pesquisa das redes sociais na *internet* se concentra nos questionamentos de como as estruturas sociais se manifestam e como se configuram “[...] através da comunicação mediada pelo computador e como essas interações mediadas são capazes de gerar fluxos de informações e trocas sociais que impactam essas estruturas.”.

Na seção seguinte, são apresentados os conceitos e classificações relevantes para o entendimento da relação existente entre as redes sociais, colaboração e Tomada de Decisão Médica, tema central deste estudo.

### 2.3.1 Contextos e definições das redes sociais na *internet* e mídias sociais

Na década de 1990, Wellman *et al.* (1996) já assumiam que, quando as redes de computadores ligam pessoas assim como máquinas, elas se tornam redes sociais, e que essas

redes sociais apoiadas por computador (*Computer-Supported Social Networks* – CSSNs) estavam se tornando bases importantes de comunidades virtuais, de trabalho cooperativo apoiado por computador e de teletrabalho.

Embora muitos relacionamentos funcionassem *off-line* e *on-line*, as CSSNs desenvolveram suas próprias normas e estruturas, com uma essência que é capaz de restringir e facilitar o controle social. Essas redes têm fortes implicações sociais, promovendo situações que combinam a conectividade global, a fragmentação das solidariedades, a falta de ênfase das organizações locais e a importância crescente de algumas bases (WELLMAN, 2001; WELLMAN *et al.*, 1996).

As redes sociais *on-line*, na visão de Recuero (2012), são manifestadas por intermédio de representações dos atores sociais. Além disso, os vínculos entre os indivíduos não são apenas laços sociais constituídos de relações sociais. No meio digital, as conexões entre os atores são estabelecidas e mantidas pelas ferramentas que proporcionam a emergência dessas representações.

O espaço digital também trouxe algumas alterações na representação do espaço social. Uma delas refere-se aos atores que, diante da virtualidade podem assumir várias representações dentro da mesma rede, perante a possibilidade de ter vários perfis. Outra alteração é retratada pelas conexões, já que nas redes sociais *on-line* elas são mantidas por sistemas, a exemplo dos *sites* de redes sociais, que são serviços baseados na *Web*, permitindo aos indivíduos: (1) construir um perfil público ou semipúblico dentro de um sistema limitado; (2) articular uma lista de outros usuários com os quais compartilham uma conexão; e (3) visualizar e percorrer sua lista de conexões e aquelas feitas por outras pessoas dentro do sistema, acrescenta-se aí a comunicação entre eles. A natureza e a nomenclatura dessas conexões ou nós podem variar de *site* para *site* (BOYD; ELLISON, 2007; KRASNOVA *et al.*, 2010; RECUERO, 2014).

Para Rabello (2015), esses *sites* são aplicativos de computador que permitem a organização complexa de pessoas por meio da conexão, que eles chamam de nós, com ferramentas capazes de armazenar e apresentar informação, além de comunicar, conectar e interagir com outras pessoas. No tocante à comunicação, Terra (2009) salienta que uma das características mais evidentes da comunicação digital é a possibilidade de interação e retorno (*feedback*). A esses dois atributos, chama-se de comunicação simétrica ou assimétrica de mão dupla.

Por conta dessas características, Recuero (2012) proclama que as redes sociais *on-line* proporcionam acesso a valores relevantes para os atores envolvidos, atuando tanto como elemento motivador quanto como resultado da participação, constituindo o capital social,

conceito adaptado de Bordieu (2007), em sua obra *Escritos da Educação*, um conceito complexo, porém metafórico, para demonstrar que existem vantagens aos atores em pertencer a grupos sociais, ou seja, a participação em redes sociais proporciona acesso a recursos e o principal deles é a informação, não a informação em si, mas o seu acesso e o seu conteúdo e com isso leva a apropriações.

As redes sociais *on-line* ganharam reconhecimento como sendo importantes fontes de informações que influenciam a adoção e o uso de produtos e serviços (SUBRAMANI; RAJAGOPALAN, 2003), ou seja, essa circulação de informações em uma rede social, efetivada pelo envolvimento dos atores, no que tange aos seus esforços, tempo na seleção do que deve ser multiplicado fazem com que as redes sociais *on-line* acabem por estabelecer e consumir capital social, na medida em que o produzem por meio de ações de cooperação e competição (RECUERO, 2012).

Como efeito do desenvolvimento das redes sociais *on-line*, tem-se a difusão da informação, uma vez que são capazes de levar as informações aos nós mais distantes. “O coletivo de atores, interconectado, funciona como um meio, por onde a informação transita. Embora a rede social seja um conjunto de atores e suas conexões, suas propriedades, enquanto sistema, vão além da soma desses elementos” (RECUERO, 2012, p. 5). Porém, os mecanismos de comunicação destas redes são permeados por estruturas informais de difusão de informações, caracterizadas pelas posições, interesses e perspectivas dos sujeitos (RECUERO, 2012).

Por ser um fenômeno que cresceu velozmente na *Web*, as redes têm o poder de trazer visibilidade para todos os seus nós, democratizando o acesso e a produção de informações. Com isso, estruturas mais descentralizadas permitem uma maior ação ativa na propagação de informações consideradas relevantes por pequenos grupos com interesses similares (KRASNOVA *et al.*, 2010).

As aplicações na *Web*, também chamadas TIC, em que se desenvolvem redes de usuários, podem ter diferentes modelos de interação e finalidades, desde *sites* de rede social, aos *microblogs* para troca de mensagens curtas e notícias, e às plataformas de *crowdsourcing*, em que grupos de pessoas contribuem financeiramente para fins específicos. No entanto, elas evidenciaram a comunicação como “[...] protagonista de um cenário transformador que reconfiguraram, com as ferramentas de socialização e de diálogo disponíveis na *Internet*, a sociedade contemporânea.” (TERRA, 2012, p. 3).

Na visão de Ângelo (2016, p. 73), a potência das redes sociais intermediadas pelas TIC está pautada na articulação entre a liberdade, a capacidade e o alcance do indivíduo, e afirma que a *Internet* ainda é um espaço de não direito onde muitas transformações têm lugar,

permitindo “[...] que saberes ocultos e relevantes para a humanidade, possam circular e ser de alguma forma capturados, entendidos e potencializados por outros autores de outros saberes.”

A intensa conexão e compartilhamento de conteúdo possibilitado pelas TIC formou uma rede de comunicação que acelerou a conectividade e proporcionou que qualquer indivíduo se torne um produtor e divulgador de conteúdo (KAPLAN; HAENLEIN, 2010).

Partindo desse entendimento, e com a disponibilidade de acesso à *Internet* que trouxe diversas aplicações, tais como os *sites* de redes sociais e os *blogs*, surge o termo mídia social, que é definido como “[...] um grupo de aplicações baseadas na Internet que se baseiam nos fundamentos ideológicos e tecnológicos da Web 2.0, e que permitem a criação e a troca de conteúdo gerado pelo usuário.” (KAPLAN; HAENLEIN, 2010, p. 61, tradução nossa)<sup>7</sup>.

Como principais características, as mídias sociais propiciam: o uso da *Internet* como plataforma, o aproveitamento da inteligência coletiva, o fim do ciclo de lançamento de versões, operação multiplataforma e, ainda, em sua maioria, possuem funcionalidades que permitem categorizar o conteúdo e assim promovem consultas futuras ao conteúdo gerado (SANTANA; MARTENS; FREITAS, 2017; WIJAYA *et al.*, 2011).

Mas, para Peters *et al.* (2013), as mídias sociais são fundamentalmente diferentes de qualquer mídia tradicional ou *on-line*, devido à sua estrutura de rede social e natureza igualitária.

Por conta da relativa volatilidade das redes sociais *on-line* e, em consequência das mídias sociais, é oportuno dizer que as referências acadêmicas quanto a esses conceitos e classificações são escassas, contudo, são muitas as de mercado, periódicos e especialistas do setor, o que se leva a buscar em outras áreas e aceitá-los como tal (TERRA, 2012).

Assim, Telles (2011, p. 7-8) define *sites* de relacionamento ou redes sociais na *internet* “[...] como ambientes que focam reunir pessoas, os chamados membros, que uma vez inscritos, podem expor seu perfil com dados como fotos pessoais, textos, mensagens e vídeos, além de interagir com outros membros, criando listas de amigos e comunidades.”, e as mídias sociais são “[...] plataformas na Internet construídas para permitir a criação colaborativa de conteúdo, a interação social e o compartilhamento de informações em diversos formatos.”.

Para Koehler *et al.* (2015), a interação social em rede e nas redes sociais na *internet* é a comunicação, síncrona e/ou assíncrona, entre, no mínimo, três atores, mediada pelo computador, em um *site* e/ou aplicativo (*app*) de rede social na *internet*.

---

<sup>7</sup> [...] is a group of Internet-based applications that build on the ideological and technological foundations of Web 2.0, and that allow the creation and exchange of User Generated Content.

Dessa forma, entende-se que o conceito de rede social na *internet* e mídias sociais contrapõem o fato de serem sinônimos, uma vez que mídia social é o uso de tecnologias para tornar interativo o diálogo entre pessoas; já rede social na *internet* tem como propósito a conexão de indivíduos. Diz, então, que as mídias sociais englobam as redes sociais, sendo esta última uma categoria da primeira (TELLES, 2011), haja vista os relacionamentos serem comuns nas mídias sociais.

Assim, entende-se que as redes sociais na *internet* são para a criação de relacionamentos, enquanto as mídias, a partir do compartilhamento de informações por meio da tecnologia, otimizam essas conexões por meio dos interesses comuns. Telles (2011) pondera ainda a existência de uma linha tênue ao definir mídia social e redes sociais *on-line*, e deve-se atentar para qual o seu objetivo principal, se o de compartilhamento de conteúdo ou criação de relacionamentos; além disso, a classificação em rede social ou mídia social também pode se dar no uso que uma pessoa dá à sua ferramenta.

### 2.3.2 Tipos e classificações de Mídias Sociais

Diante do contexto das mídias sociais, Kaplan e Haenlein (2010) publicam uma classificação para mídias sociais embasada pela associação de duas dimensões: com base na riqueza do meio e no grau de presença social que ele permite, e com base no grau de auto-divulgação que requer e no tipo de autoapresentação que ela permite.

No que concerne à riqueza do meio e presença social, os autores pontuam como baixo, médio e alto baseados nas possibilidades de troca de conteúdo e interações; quanto à autoapresentação e autorrevelação, são pontuadas em alto e baixo, a partir dos conteúdos específicos e a possibilidade de auto-divulgação, gerando assim seis tipos de mídias conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Classificação das mídias sociais

		Presença Social e Riqueza de Mídia		
		Baixo	Médio	Alto
Autoapresentação e autorrevelação	Alto	Blogs	Sites de Redes Sociais (ex.: Facebook)	Mundos Virtuais Sociais (ex.: <i>Second Life</i> )
	Baixo	Projetos Colaborativos (ex.: Wikipédia)	Comunidades de Conteúdo (ex.: Youtube)	Mundos de jogos Virtuais (ex.: <i>World of Warcraft</i> )

Fonte: Kaplan e Haenlein (2010).



Como projetos colaborativos, entende-se aquelas mídias que possibilitam a criação conjunta e simultânea de conteúdo por muitos usuários finais, vistos inclusive como o meio mais democrático de se obter conteúdo gerado pelo usuário. Tais projetos se diferenciam entre “[...] wikis, *sites* que permitem que usuários adicionem, removam e alterem conteúdo baseado em texto e aplicativos de *bookmarking* social, que permitem a coleta e classificação com base em grupo de links ou mídia da Internet.” Já os *blogs*, “[...] são tipos especiais de *sites* que geralmente exibem entradas com data em ordem cronológica inversa.” (KAPLAN; HAENLEIN, 2010, p. 63, tradução nossa)<sup>8</sup>.

Os autores, quando se referem a comunidades de conteúdo, denominam-nas como existentes nos mais variados tipos de mídias onde o principal objetivo é o compartilhamento de conteúdo de mídia entre os usuários. Para os *sites* de redes sociais, acrescentam, ao que já foi citado, apenas que esses perfis pessoais podem incluir qualquer tipo de informação, incluindo fotos, vídeos, arquivos de áudio e *blogs* (KAPLAN, 2015a; KAPLAN; HAENLEIN, 2010).

Ao inserirem os mundos virtuais e os jogos virtuais, Kaplan e Haenlein (2010) os caracterizam como a manifestação suprema das mídias sociais, uma vez que apresentam os maiores graus de presença social e riqueza de mídia de todos os aplicativos discutidos até agora, pois permitem que os habitantes escolham seu comportamento mais livremente e, essencialmente, vivam uma vida virtual semelhante à sua vida real, diferenciando-se dos jogos apenas nas regras de interação.

Com as oportunidades de geolocalização e maior sensibilidade ao tempo oferecidas pelos dispositivos móveis, Kaplan e Haenlein (2012) fazem uma reflexão em seu *framework*, e trazem o termo mídias sociais móveis, enunciando que elas estão ainda mais ligadas a como as pessoas se envolvem no mundo real do que as mídias sociais tradicionais, haja vista possuírem duas orientações contrárias. Por um lado, as mídias sociais móveis resgatam o mundo conduzido por indivíduos nos proémios da *Internet*, e por outro sentido elas se voltam para o futurismo da mistura entre virtual e real. Assim, como o compartilhamento excessivo de informações pelos consumidores com todas as suas oportunidades e ameaças.

Diante dessa onipresença das mídias sociais *on-line*, Peters *et al.* (2013) trazem a necessidade de gerenciamento para esses meios, devido à sua estrutura de rede social e natureza igualitária. Os autores argumentam ainda que as mídias sociais contrastam com outras mídias, ao se assimilarem a “[...] organismos dinâmicos, interconectados, igualitários e interativos, fora

---

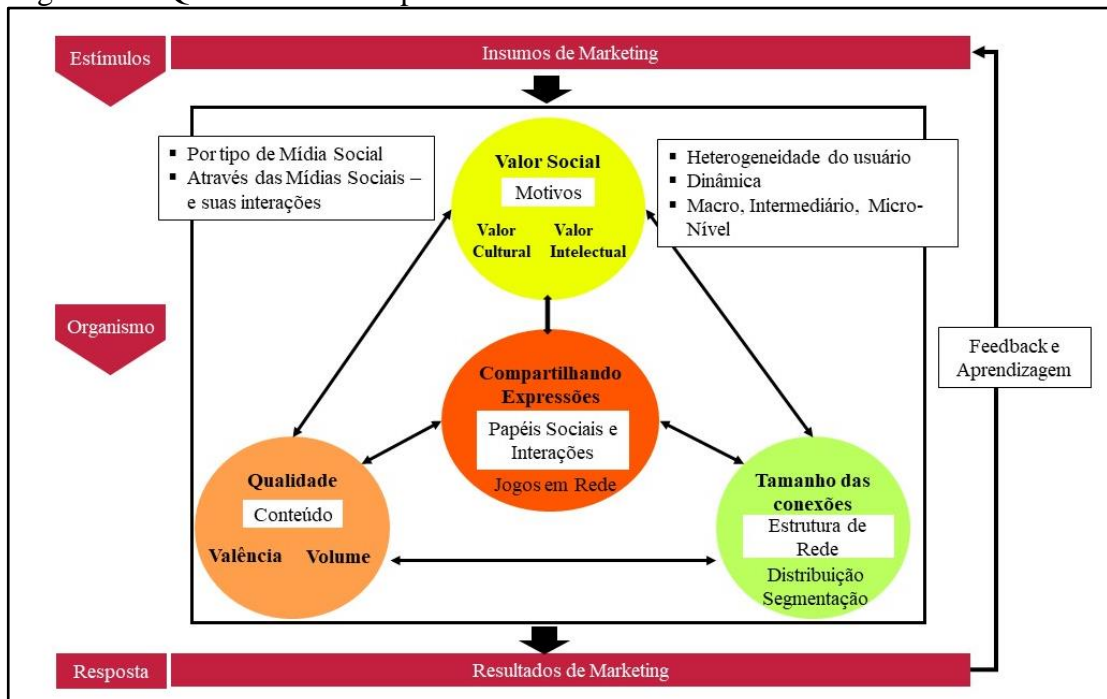
<sup>8</sup> *are special types of websites that usually display date-stamped entries in reverse chronological order*

do controle de qualquer organização.” (PETERS *et al.*, 2013, p. 281, tradução nossa)<sup>9</sup> e, assim, estabelecem uma abordagem distinta para medição, análise e, posteriormente, gerenciamento.

Então, os autores mencionados publicaram um *framework* com a preocupação em absorver os principais elementos de uma mídia social, ou seja, “motivos”, “conteúdo”, “estrutura de rede” e “papéis sociais e interações”, que denominam de quadro S-O-R (estímulos, organismo e resposta) para métricas de mídia social apresentado na Figura 14, e argumentam que a partir da análise apenas das definições de mídias sociais, elas, por si só, já sugerem a exigência de métricas distintas em comparação com as mídias tradicionais, capturando em particular os seguintes elementos:

- Suas características de rede, ou seja, atores e laços diádicos;
- As dinâmicas que refletem sua natureza imediata e multidirecional;
- Os aspectos contingenciais das informações trocadas; e
- As especificidades do respectivo meio social (ou aplicativo) (PETERS *et al.*, 2013, p. 283, tradução nossa).

Figura 14 – Quadro de S-O-R para métricas de mídia social



Fonte: Peters *et al.* (2013, tradução nossa).

<sup>9</sup> they rather resemble dynamic, interconnected, egalitarian and interactive organisms beyond the control of any organization.

Como motivos, eles descrevem os estímulos pelo quais os atores se engajam nas mídias, que são os valores sociais, culturais e intelectuais. Sendo estes a força motriz das ações. Para conteúdo, Peters *et al.* (2013, p. 287, tradução nossa)<sup>10</sup> definem três aspectos distintos:

(1) qualidade de conteúdo, considerando características de conteúdo (por exemplo, interatividade, vivacidade), domínio de conteúdo (por exemplo, educação, entretenimento, informação) e estilos de narrativa; (2) valência de conteúdo, subsumindo emoções (por exemplo, raiva, ansiedade, alegria) e tonalidade (por exemplo, positivo, negativo); e (3) volume de conteúdo, contagem de contagens e volumes.

No que tange à estrutura da rede, esta deve ser descrita quanto ao tamanho, conexões, distribuições e segmentação, descrevendo assim a infraestrutura social subjacente. E, nesse contexto, os papéis sociais e as interações acontecem, e eles, permeados pelos conceitos da teoria social interacionista, sugerem quatro formas de interações sociais: compartilhamento, jogos, expressão e *networking*. Porém, sugerem a emergência de pesquisas para sedimentá-las (KAPLAN, 2015b; PETERS *et al.*, 2013).

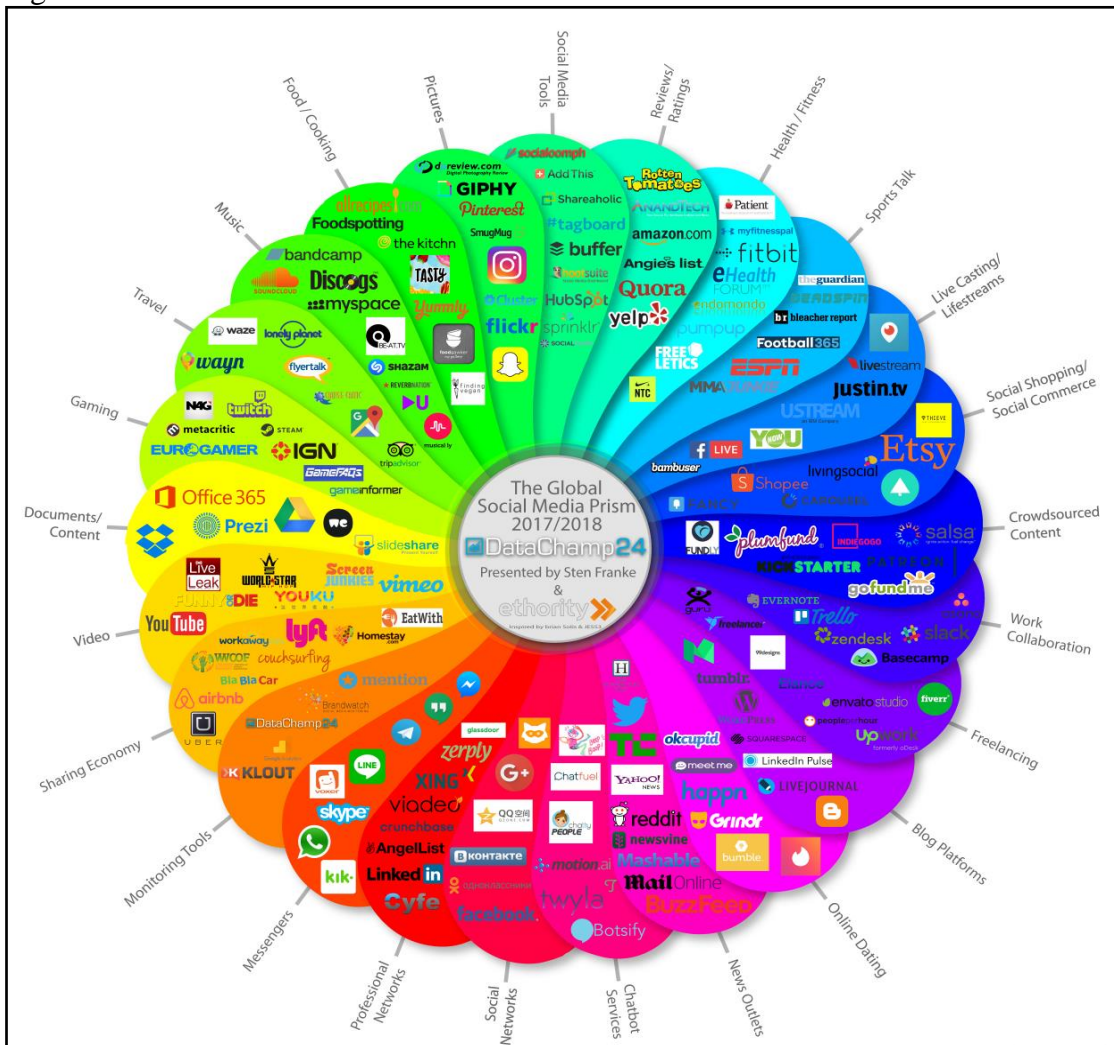
Diante da diversidade e quantidade de mídias sociais disponíveis na *web 2.0*, além das inúmeras categorias propostas, a agência alemã Ethority, por meio de um de seus integrantes, o Sten Franke, apresenta o prisma global das mídias sociais, apresentado na Figura 15, expondo a cartografia dos canais de mídia social e *sites* onde as interações mais relevantes estão ocorrendo, visando auxiliar na geração e monitoramento do engajamento social no mundo.

O prisma apresenta 25 categorias, entre elas, as de imagens, mensagens, trabalhos colaborativos, jogos, e mais de 100 *sites* ou *apps*, inclusive os mais conhecidos como *Instagram*, *WhatsApp*, *Facebook*, *Trello*, o que fornece uma percepção ampliada dos canais e ferramentas relevantes para navegar no mundo social de hoje.

---

<sup>10</sup> *These aspects are (1) content quality, subsuming content characteristics (e.g., interactivity, vividness), content domain (e.g., education, entertainment, information), and narrative styles; (2) content valence, subsuming emoticons, (e.g., anger, anxiety, joy) and tonality (e.g., positive, negative); and (3) content volume, subsuming counts and volumes.*

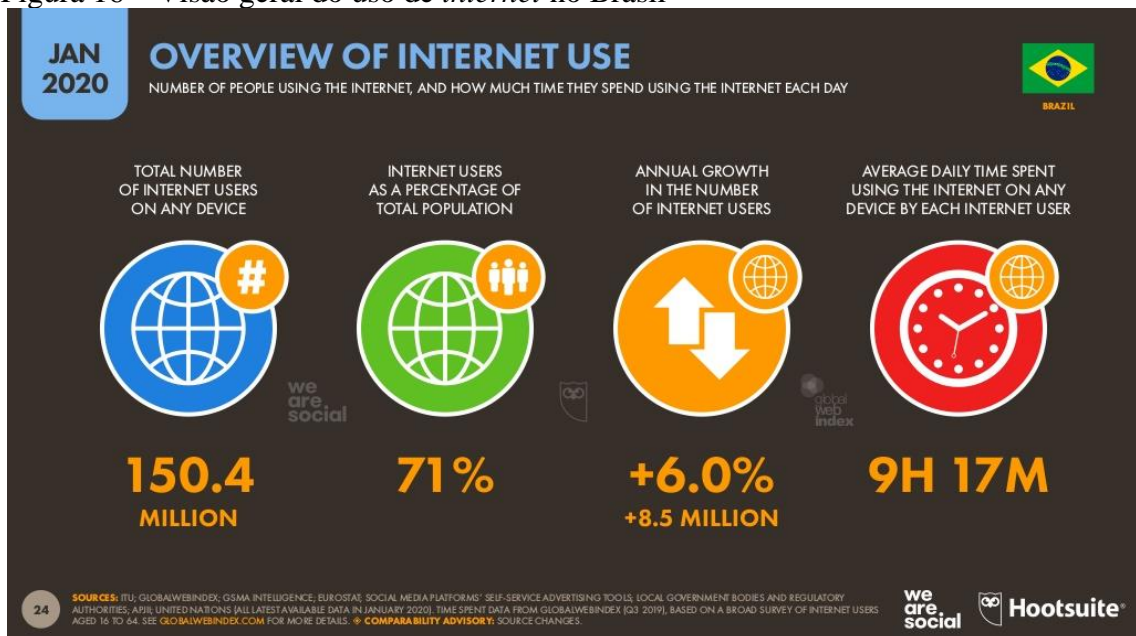
Figura 15 – Prisma Global das Mídias Sociais 2017/2018



Fonte: Franke (2017).

Diante do exposto, duas agências mundiais de gerenciamento de mídias sociais, a *Hootsuite* e a *We are social*, publicam trimestralmente o Relatório de Visão Geral Global do Digital, trazendo as estatísticas essenciais para uso digital em todos os países do mundo e vários outros territórios importantes.

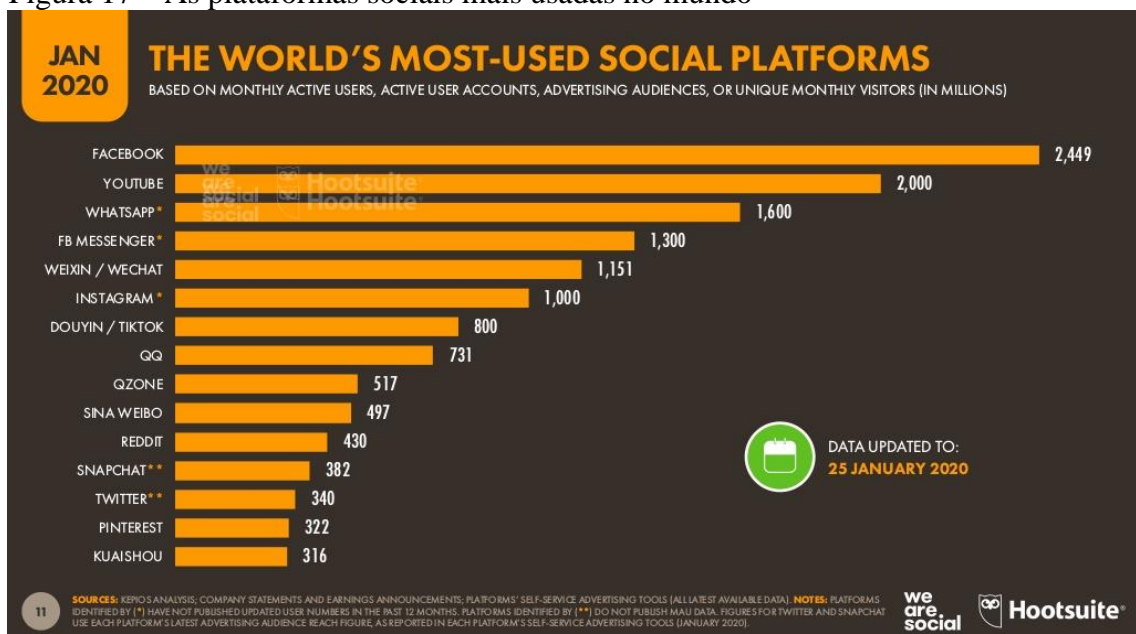
O Relatório Digital 2020:Brasil (WE ARE SOCIAL; HOOTSUITE, 2020) expõe que há 150,4 milhões de usuários de *internet* no Brasil em janeiro de 2020, o que equivale a um aumento de 6% em relação a 2019, perfazendo em 71% a penetração da *internet* no país; desses, 143 milhões acessam de forma móvel, conforme a Figura 16.

Figura 16 – Visão geral do uso de *internet* no Brasil

Fonte: We are social e Hootsuite (2020).

Outro dado é de que, destes usuários de *internet*, 140 milhões fazem uso de mídia social, e o Brasil acompanha o *ranking* no que tange às mais usadas, conforme a Figura 17, que traz as estatísticas mundiais de uso e a Figura 18, que traz as plataformas sociais mais usadas nacionalmente, o que é acompanhado pelo uso móvel, de acordo com a Figura 19.

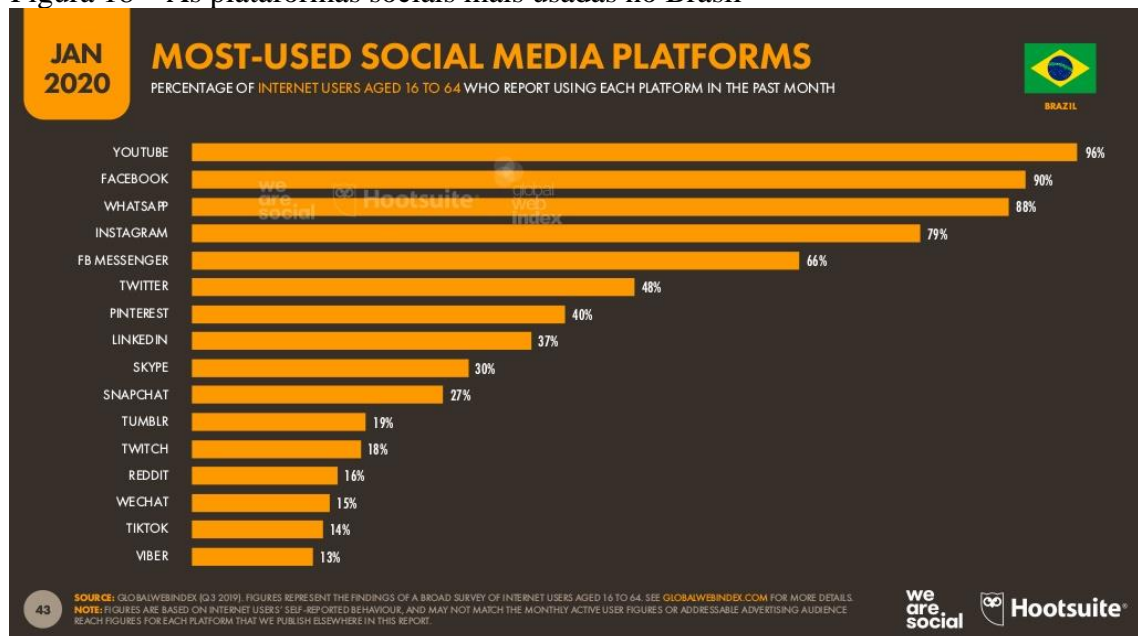
Figura 17 – As plataformas sociais mais usadas no mundo



Fonte: We are social e Hootsuite (2020).



Figura 18 – As plataformas sociais mais usadas no Brasil



Fonte: We are social e Hootsuite (2020).

Figura 19 – Classificações de aplicativos para dispositivos móveis: usuários ativos



Fonte: We are social e Hootsuite (2020).

Koehler *et al.* (2015, p. 714), diante do contexto das relações pessoais e profissionais estarem baseadas não só nas interações face a face, mas também em textos, *e-mails*, chamadas de celular, fotos, vídeos, documentos, *slides* e jogos, afirmam que os “[...] modelos de redes

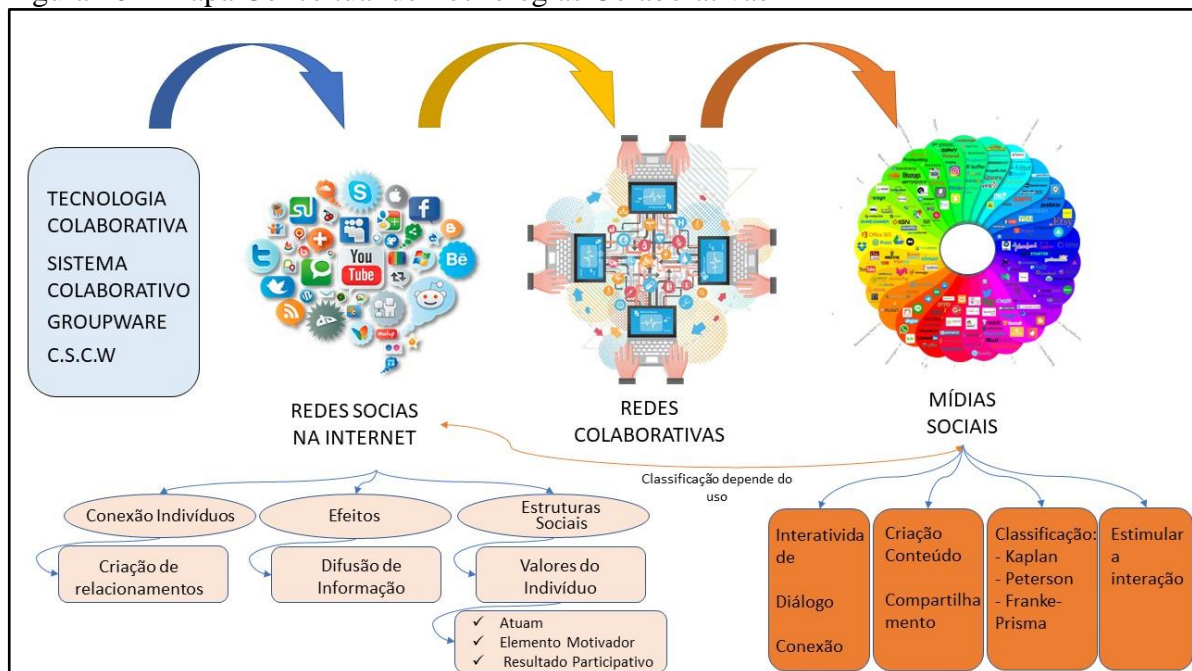
são perfeitos para estudar muitos dos processos sociais.”.

Assim, partindo do rápido aumento da apropriação de mídia social globalmente pelos usuários em diferentes contextos de uso, tem-se o estudo de Isika, Mendoza e Bosua (2020), que, de acordo com esse fenômeno, realizam um estudo de caso interpretativo e constatam que houve um aumento no número de adultos com doenças crônicas que utilizam as ferramentas de mídia social como parte de sua prática de gerenciamento de doenças. Destacam os processos de apropriação do *Instagram*, que incluem: criar uma conta separada para compartimentar a doença da “vida normal”; apropriação sem fronteiras de várias ferramentas de mídia social e padrões de uso adaptáveis para fornecer suporte no *Instagram*.

Entre uma série de influências, as informações apoiam trocas para gerenciar melhor a vida com a comorbidade, trocas e validação de apoio emocional, benefícios monetários/financeiros: atingir um público-alvo mais amplo; a acessibilidade e a facilidade de uso do *Instagram* influenciam, positivamente, a apropriação do *Instagram* por adultos com doenças crônicas.

Desse modo, a Figura 20 ilustra de forma delineada a evolução do conceito mídias sociais assim como, o entendimento sobre sua transformação, a partir do conteúdo e características expostos nessa seção.

Figura 20 – Mapa Conceitual de Tecnologias Colaborativas



Fonte: A autora.

Considerando a influência desses processos na Tomada de Decisão Médica Compartilhada, na próxima seção, discutem-se algumas de suas nuances específicas.

## 2.4 A Tomada de Decisão Médica Compartilhada

A decisão é um processo pelo qual os indivíduos selecionam, organizam, armazenam e recuperam informações. Essas informações percebidas são usadas para avaliar e escolher entre várias possibilidades de ação, culminando na decisão (HOLLENBECK, J. R.; WAGNER III, 2012).

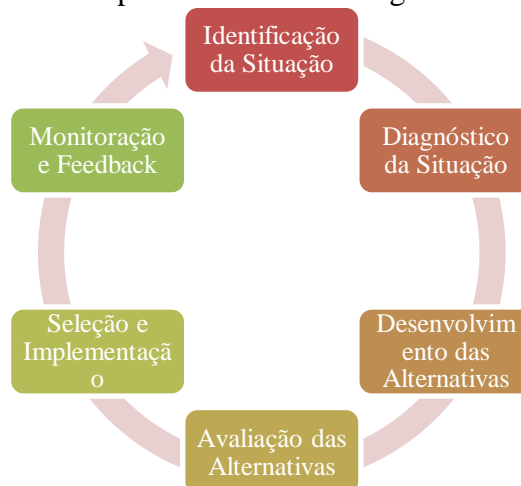
O indivíduo, no processo de Tomada de Decisão coleta, recolhe e refuta inúmeras informações e, a partir do conjunto de elementos finais, procede à decisão. Contudo, não existe decisão que seja exclusiva e essencialmente racional ou emocional; a decisão é sistêmica, multifacetada e multidisciplinar. Dessa forma, o julgamento e a escolha podem ser suscetíveis à influência de inúmeras variáveis (FREITAS; LÖBLER, 2017).

Para Sobral e Peci (2013), a maior compreensão dos fatores que condicionam o comportamento humano em conjunto com os avanços tecnológicos tem permitido desenvolver um conjunto de ferramentas que melhora, significativamente, a eficácia da tomada de decisão.

A partir dos estudos de Chester Barnard (1979), Herbert Simon (1971), James March (1972) e Henry Minstzberg (1973), precursores dos estudos de processo decisório em administração, foi proposta uma classificação quanto à natureza da situação das decisões, que podem ser programadas e não programadas.

Diante desse contexto, com o intuito de orientar os indivíduos na tomada de decisão, foi construído o processo decisório, que consiste em seis etapas sequenciais de análise, conforme expressa a Figura 21. Destaca-se que esse procedimento adota uma forma cíclica, uma vez que, após a avaliação da decisão, surge uma nova situação e deve-se iniciar um novo processo.

Figura 21 – O processo decisório organizacional



Fonte: Sobral e Peci (2013).



Logo, considerando a situação e a natureza da decisão médica, em que a realidade se apresenta, predominantemente, como não programável e mutável, de modo que decisões contingenciais acabam por ser tomadas, muitas delas baseadas em múltiplas racionalidades e na intuição (MOTTA, 1988; SIMON, 1967; VERGARA, 1991), é recomendado um segundo pilar para a proposição do *framework* sugerido por esta pesquisa, representado pelas descrições e análises dos modelos analíticos de Tomada de Decisão Médica Compartilhada, apresentados na próxima seção, o que servirá de aporte para compreender o processo de colaboração mediado pelas redes sociais *on-line*, uma vez que a Decisão Médica Compartilhada se configura como foco deste estudo.

#### 2.4.1 Conceito e Contexto da Decisão Médica Compartilhada

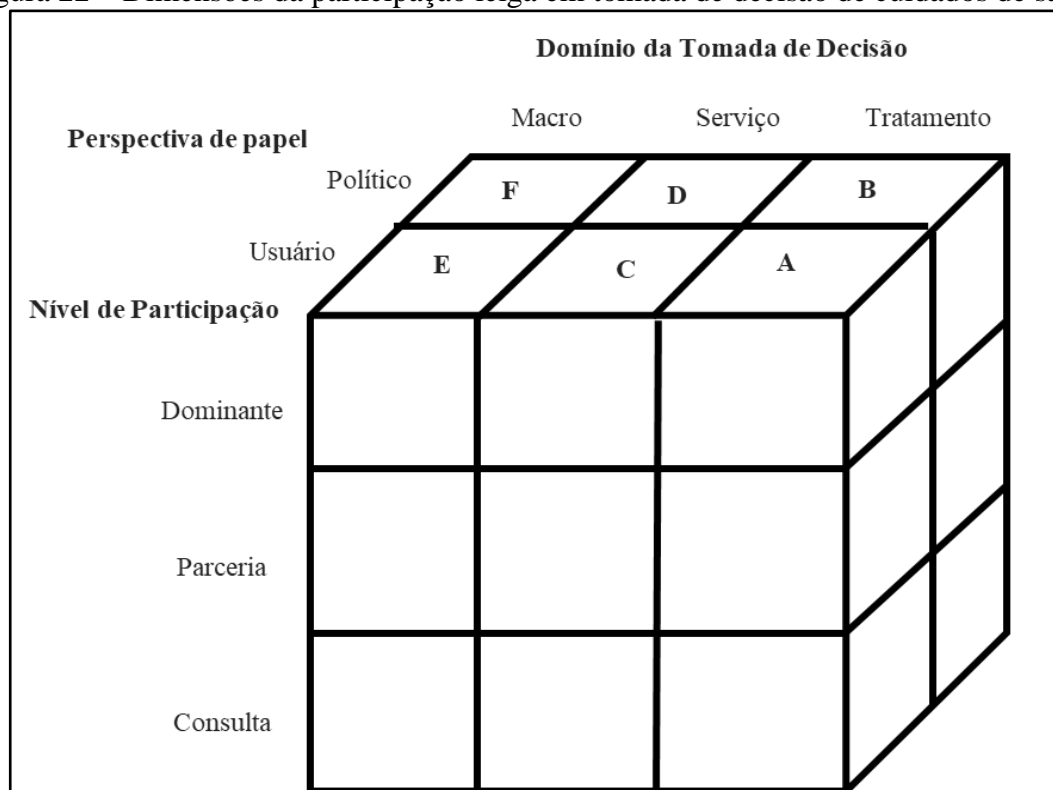
Desde a década de 1970 que se iniciaram as discussões sobre a participação leiga em decisões de saúde. Segundo Charles e Demaio (1993), a ênfase foi dada à participação pública na tomada de decisões em planos de saúde, por meio de relatórios do governo canadense e norte-americano, tentando colocar a questão da participação dos leigos em um contexto político, social e histórico mais amplo. No entanto, a linguagem usada para descrever as recomendações relacionadas a essa participação é um tanto ambígua e permanece aberta a múltiplas interpretações do nível e tipo de envolvimento leigo previstos.

Da mesma forma, as expectativas quanto ao comportamento dos indivíduos leigos nos diferentes contextos de tomada de decisão em cuidados de saúde raramente são discutidas. Portanto, as expectativas e suposições que os indivíduos trazem para seus papéis de tomada de decisão podem ser bastante variáveis e possivelmente conflitantes.

No entanto, os citados autores questionam o “se” e o “como” essa participação leiga pode levar a uma melhor (grifo dos autores) tomada de decisão médica, e os critérios pelos quais deve ser julgada, propondo para tal o *framework* apresentado na Figura 22, no qual assumem a participação como um conceito não homogêneo, sugerindo uma série de diferentes tipos e gradações de participação.

As dimensões propostas são: a) tipos de decisão de cuidados de saúde, em que os contextos ou domínios são analisados, que são o macro, o serviço e o tratamento; b) duas perspectivas de papel que os indivíduos podem adotar na tomada de decisões de cuidados de saúde: como político ou usuário; e c) o nível de participação na tomada de decisões de cuidados de saúde ou a medida em que os indivíduos têm controle sobre o processo de tomada de decisão, que pode ser dominante, parceria e consulta (CHARLES; DEMAIO, 1993).

Figura 22 – Dimensões da participação leiga em tomada de decisão de cuidados de saúde



Fonte: Adaptado de Charles e Demaio (1993, p. 891, tradução nossa).

O interesse pela Tomada de Decisão Compartilhada também tem suas origens no movimento pelos direitos do consumidor. A preocupação com a participação do paciente na tomada de decisão do tratamento foi muito além do consentimento informado para incluir princípios mais amplos de autonomia do paciente, controle e desafio do paciente à autoridade do médico (CHARLES; GAFNI; WHELAN, 1997).

A Tomada de Decisão Compartilhada torna-se particularmente importante para abordar o encontro médico. Em primeiro lugar, porque várias opções de tratamento existem com diferentes resultados possíveis e incerteza substancial; em segundo lugar, muitas vezes não há uma resposta clara ou errada; e, em terceiro lugar, os tratamentos variam em seu impacto no bem-estar físico e psicológico do paciente (CHARLES *et al.*, 2006; CHARLES; GAFNI; WHELAN, 1997)

Autores como Charles, Gafni e Whelan (1997) , Murray, Charles e Gafni (2006), Barry e Edgman-Levitan (2012) e Alden *et al.* (2014) partilham e defendem quatro características fundamentais para que ocorra a Decisão Médica Compartilhada, que são:

- (1) pelo menos dois participantes – médico e paciente envolvidos;

- (2) ambas as partes compartilhem informações;
- (3) ambas as partes tomem medidas para construir um consenso sobre o tratamento preferido; e
- (4) que seja alcançado um acordo sobre o tratamento a implementar.

Alguns desafios para medir a Tomada de Decisão Compartilhada ainda são discutidos, bem como os benefícios potenciais de um modelo compartilhado de tomada de decisão para os médicos e pacientes. Para Bomhof-Roordink *et al.* (2019a), a Tomada de Decisão Compartilhada entre pacientes e profissionais de saúde está gradualmente se tornando uma norma nas sociedades ocidentais, como o modelo para tomar decisões de assistência médica centradas no paciente e obter cuidados baseados em valor.

Reconhece-se, ainda, que existem diferentes tipos de contextos de tomada de decisão de tratamento (por exemplo, tratamento de emergência e monitoramento de longo prazo de medicamentos no tratamento de transtornos crônicos, como hipertensão, cuidados paliativos) e que diferentes modelos de tomada de decisão de tratamento podem ser mais ou menos apropriados ou viáveis em contextos específicos (ALDEN *et al.*, 2014; BARRY; EDGMAN-LEVITAN, 2012; CHARLES; GAFNI; WHELAN, 1997; MURRAY; CHARLES; GAFNI, 2006).

Os estudos de Alden (2014), Alden *et al.* (2015) e Hamilton *et al.* (2017) levantam a necessidade de atenção à questão de medição da Decisão Médica Compartilhada, que vai desde a forma como medir constructos específicos ao uso de medidas notificadas pelo paciente *versus* observação. Sugerem, então, alguns fatores a serem analisados para uma “boa” (grifos do autor) decisão médica, que são os fatores interpessoais, as limitações estruturais, as influências afetivas e os métodos de esclarecimento de valores.

No que concerne aos fatores interpessoais, Alden (2014) se refere às múltiplas fontes de desequilíbrio entre pacientes e equipe médica de um determinado contexto de decisão de saúde – desequilíbrios na experiência em decisões, poder, influência, emoções que podem interferir na capacidade dos pacientes para alcançar um bom processo de decisão e/ou resultado.

Atribui-se, ainda, que a qualidade de uma determinada decisão pode precisar ser julgada no contexto de como essa decisão afeta as relações contínuas e fluidas entre os pacientes e seus pares (MCMULLEN, 2012), além da “[...] noção de empatia e como ela pode ser considerada no processo de apoio à decisão.” (HAMILTON *et al.*, 2017, p. 56, tradução nossa)<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> the notion of empathy and how it can be factored into the decision support process.

É importante também considerar os papéis desempenhados por pessoas na rede social de um tomador de decisão, como sua família e amigos, pois as crenças das pessoas sobre os valores, expectativas e preferências de outros próximos podem influenciar as escolhas que eles fazem. Destaca-se, ainda, a importância de integrar fontes efetivas de apoio social para a tomada de decisões médicas em encontros clínicos.

As limitações estruturais são os fatores contextuais que afetam as habilidades dos pacientes para tomar decisões médicas (GRUSKIN *et al.*, 2013). Essas restrições podem ocorrer em vários níveis de influência: o individual, interpessoal, organizacional, comunitário e político. Em termos das barreiras encontradas, tem-se as barreiras para participar do próprio processo decisório e as próprias barreiras para a tomada de decisões de qualidade (HAMILTON *et al.*, 2017).

Outro ponto levantado quanto à estrutura refere-se à falta de acesso às informações adequadas sobre diferentes opções de tratamento e seus potenciais benefícios e danos – um desequilíbrio no poder entre o médico e o paciente e as barreiras de prática clínica. A restrição mais proeminente foi que muitos pacientes não sabem que têm voz na tomada de decisões sobre seus cuidados médicos; além disso, a fragmentação do cuidado (outras alternativas) também foi identificada como limitação da informação que é apresentada aos pacientes (ALDEN, 2014; ALDEN *et al.*, 2015).

Pacientes que não têm acesso a um transporte confiável, uma cobertura de saúde suficiente, uma licença paga do trabalho e serviços alternativos de assistência à infância ou de assistência à terceira idade podem não ser capazes de escolher uma opção desejada porque, assim, é logisticamente inviável ou tem um impacto negativo e traz consequências para outros aspectos de suas vidas em que a escolha é praticamente inviável. Isto leva a inferir que fornecer informações sem considerar as restrições estruturais pode causar sofrimento emocional (HUNLETH *et al.*, 2016).

No que diz respeito às influências afetivas, a pesquisa demonstra que diferentes estados afetivos, por exemplo, medo, raiva, felicidade, tristeza, repulsa, influenciam as decisões de forma diferente. As pessoas não só experimentam diretamente estados afetivos no momento, mas também antecipam como elas podem sentir no futuro, e estas que se antepõem a esse amargor por uma decisão, principalmente se os resultados forem negativos, tendem a adotar comportamentos de proteção à saúde (HAMILTON *et al.*, 2017).

Com relação aos métodos de esclarecimento de valores (*Values clarification methods* – VCMs), esses mesmos autores os caracterizam como procedimentos para ajudar os pacientes a pensar sobre a desejabilidade ou atributos de opções, dentro de um contexto de decisão

específico, para identificar qual alternativa ele prefere. Tais esquemas são fundamentados na psicologia social e têm uma história rica em uma variedade de campos, incluindo resolução de conflitos, teoria da utilidade econômica e teorias do processo de decisão.

Witteman *et al.* (2016), ao se aprofundarem nessa análise, descrevem que os VCMs incluem, mas não estão limitados, as avaliações de classificação, balanço e análise conjunta e experiências de escolha discreta que utilizam séries de opções hipotéticas para estimar valores de opções e resultados, e que análises recentes apontaram que estes não possuem fundamentação teórica sistemática, resultando em uma ausência de clareza de como alcançar ou mesmo identificar os objetivos dos VCMs.

Bomhof-Roordink *et al.* (2019b) relatam, em sua revisão sistemática dos modelos de Tomada de Decisão Médica Compartilhada, que há apelos para estender a sua conceitualização, como concentrando-se na pessoa que está enfrentando a decisão e não em uma consulta, ou mudando o foco da Decisão Médica Compartilhada para o cuidado centrado no relacionamento ou para a comunicação humanística.

Admitindo-se que em cada situação há peculiaridades que levam a análises específicas e que esse contexto é acompanhado de um conjunto mais ou menos característico de condutas próprias, a próxima seção ocupa-se de apresentar os modelos sugeridos para auxiliar na Tomada de Decisão Médica Compartilhada.

#### 2.4.2 *Frameworks* de Tomada de Decisão Médica Compartilhada

Cabe-se apresentar que o processo decisório de tratamento é subdividido em três estágios analiticamente distintos, embora, na realidade, possam ocorrer juntos ou em um processo iterativo, que são: troca de informações, deliberação sobre opções de tratamento e decisão sobre o tratamento a ser implementado. Este último é o resultado do processo de deliberação. A partir da configuração destes elementos, compõem-se os três modelos de decisão de tratamento: o Paternalista, a Decisão Médica Compartilhada e a Decisão Informada (CHARLES; WHELAN; GAFNI, 1999). As principais características de cada modelo e como estas diferem umas das outras estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6 – Modelos de tomada de decisão de tratamento

Estágios Analíticos	Modelos	Paternalista	Tomada de Decisão Compartilhada	Informada
Transferência de Informação	Fluxo	Um caminho (em grande parte)	Nos dois sentidos (em grande parte)	Um caminho (em grande parte)
	Direção	Médico → paciente	Médico ↔ paciente	Médico → paciente
	Tipo	Médico	Médico e Pessoal	Médico
	Montante	Mínimo necessário para o consentimento informado	Todas as informações médicas necessárias para tomada de decisão	Todas as informações médicas necessárias para tomada de decisão
Deliberações		Médico sozinho ou com outros médicos	Médico e paciente (mais potenciais outros)	Paciente (mais potenciais outros)
Decisão sobre implementação tratamento		Médicos	Médicos e pacientes	Pacientes

Fonte: Adaptado de Charles, Whelan e Gafni (1999, tradução nossa).

Tanto os modelos informados quanto o compartilhado de tomada de decisão sobre o tratamento foram desenvolvidos em grande parte em reação ao modelo paternalista e para compensar as supostas falhas dessa abordagem.

A indicação de abordagens intermediárias traz a possibilidade de que os médicos em um encontro clínico podem não usar um modelo puro, mas um híbrido de elementos de mais de um modelo.

Um dos primeiros quadros conceituais destinados a abordar as realidades, informar o desenvolvimento e a avaliação de intervenções para promover uma “boa” (HAMILTON *et al.*, 2017, grifos do autor) tomada de decisão médica é o *framework* de suporte à decisão de Ottawa, elaborado por O’Connor *et al.* (1998).

Essa estrutura faz uma distinção entre tomada de decisão de qualidade e resultados de qualidade, porque boas decisões ainda podem resultar em resultados ruins, devido à natureza aleatória dos eventos clínicos. Como decisões que dependem dos valores do cliente não podem ser julgadas certas ou erradas, o *framework* define uma decisão de alta qualidade como informada, consistente com os valores pessoais e adotada, e na qual os tomadores de decisão expressam satisfação com o processo de tomada de decisão e a decisão (O’CONNOR *et al.*, 1998).

Esse arcabouço pressupõe que a tomada de decisão médica é um processo multidimensional afetado por alguns atributos, que são: a) características específicas da decisão, a exemplo da urgência da decisão; b) conflito de decisão, isto é, incerteza sobre o curso de ação; conhecimento e expectativas da situação de saúde e opções de tratamento e resultados; c) valores e preferências pessoais; apoio e recursos necessários para fazer e implementar a decisão em múltiplos níveis de influência, ou seja, opiniões de familiares; d) apoio financeiro, interesse em tomar uma decisão; e) características pessoais como idade e gênero; e f) características clínicas, por exemplo, educação e estilo de aconselhamento. Seus propositores sugerem, conforme o Quadro 7, os significados e uma forma de operacionalização de tais características para a decisão médica.

Quadro 7 – *Framework* de suporte à decisão de Ottawa

<b>1. Avaliar Determinantes do Cliente e Praticante da Decisão</b>	<b>2. Fornecer Suporte à Decisão</b> a) preparar o praticante e o cliente para tomada de decisão; b) interação de acompanhamento da estrutura	<b>3a. Avaliar a Qualidade da Decisão e do Processo Decisório</b>	<b>3b. Avaliar os Resultados do Cliente da Decisão</b>
<b>Características clínicas e sociodemográficas</b>	Adequa as características dos participantes	Satisfação com o apoio à decisão e processo de tomada de decisão	Melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde
<b>Percepção da decisão</b>  Conhecimento Expectativas Valores Conflito Decisional	Fornecer acesso a informações Esclarecer / modificar expectativas Esclarecer valores Adequar o apoio a fatores que contribuem para o conflito de decisão	Melhor conhecimento Expectativas realistas Maior clareza de valores e congruência de valor com a decisão Redução do conflito decisional Atraso de decisão reduzido Satisfação com a decisão	Redução do sofrimento das consequências Lamento reduzido Persistência apropriada com decisão
<b>Percepção de outras normas importantes</b>  Pressão Apoio, Suporte Papéis de Participação na Decisão	Esclarecer/modificar normas percebidas Esclarecer a pressão; Facilitar as habilidades de autoajuda para lidar com a pressão Facilitar o acesso ao apoio Adequar suporte de decisão Preferências de participação	Percepção realista de normas e pressões Satisfação com o suporte a decisão	Persistência apropriada com decisão

<b>Recursos para tomar a decisão de implementar</b>			
Recursos Pessoais Experiência Autoeficácia Habilidades Motivação Outros Recursos	Melhorar as habilidades de autoajuda preparando, tomando e implementando decisões e lidando com as consequências	Autoeficácia melhorada melhores habilidades de tomada de decisão implementação de decisão	Redução do sofrimento das consequências persistência apropriada com decisão
Fontes externas	Facilitar o acesso aos recursos	Melhor conhecimento dos recursos apropriados	Uso adequado e eficiente dos recursos satisfação com cuidado

Fonte: Adaptado de O'Connor *et al.* (1998).

Diante do argumento de que a Tomada de Decisão Compartilhada é cada vez mais defendida como um modelo ideal de decisão de tratamento no encontro médico e que o conceito tem sido mal e vagamente definido, Charles, Gafni e Whelan (1997, 1999) publicam uma análise e, depois, uma revisitação ao modelo de Decisão Médica Compartilhada no intuito fornecer maior clareza conceitual ao pensar sobre tomada de decisão; além de identificar algumas características básicas e discutir questões de medição. Esse modelo e a revisitação são os mais proeminentes e amplamente discutidos na literatura de tomada de decisão sobre tratamento.

Tal fato é confirmado pela revisão sistemática realizada por Bomhof-Roordink *et al.* (2019b), que forneceu além de uma visão geral atualizada dos modelos de Tomada de Decisão Compartilhada, trouxe também informações sobre a proeminência dos componentes presentes nesses modelos, descrevendo quem é identificado como responsável dentro dos componentes, se paciente, profissional de saúde, ambos ou nenhum, além de mostrar a ocorrência de componentes de Tomada de Decisão Compartilhada ao longo do tempo, apresentando um mapa dele para identificar os seus componentes, vistos como chave, por ambiente de saúde, sendo este levantamento o mais atual e completo acerca de Tomada de Decisão Compartilhada e que será aqui detalhado.

Foram incluídos, nesta revisão, os 34 primeiros autores diferentes, cada um descrevendo um modelo único. Dessa forma, quarenta artigos foram incluídos, publicados de 1997 até 2 de setembro de 2019. As características gerais dos modelos foram apresentadas adotando a seguinte ordem: configurações de assistência médica, tipos de decisão, processos de desenvolvimento, componentes dentro dos modelos, atores e tendências de tempo; tais propriedades foram sintetizadas e descritas no material suplementar disponibilizado por



Bomhof-Roordink *et al.* (2019b).

No entanto, a propriedade denominada componentes está retratada no Quadro 8, classificada em 24 tipos e agrupada em 53 elementos diferentes. Destes, descrever as opções de tratamento foi o componente mais presente em qualquer um dos modelos de Tomada de Decisão Compartilhada – incluído em 35 dos 40 modelos (88%). Os outros componentes mencionados em mais de 50% dos modelos foram: tomar a decisão (75%), preferências do paciente (65%), informações baseadas em si (65%), deliberar (58%), criar consciência da escolha (55%) e aprender sobre o paciente (53%).

Quadro 8 – Frequência dos Componentes e elementos constitutivos dos modelos de Tomada de Decisão Compartilhada

<b>Componentes</b>	<b>Elementos</b>	<b>Frequência</b>
Defenda as opiniões dos pacientes	Defesa do paciente A opinião do paciente é importante	12 (30%)
Criar consciência de escolha	Equilíbrio Tomar necessidade de decisão Explícito	22 (55%)
Deliberar	Deliberação Negociação	23 (58%)
Descrever opções de tratamento	Benefícios/riscos (prós/contras) Viabilidade de opção(ões) Opções da lista Apresentar evidência	35 (88%)
Determinar funções no processo de tomada de decisão	Todas as partes têm um interesse legítimo na decisão Formulação da igualdade de parceiros Envolve pelo menos duas pessoas Preferência do papel decisional do paciente Determinação ou avaliação de processos	14 (35%)
Determinar o próximo passo	Organizar acompanhamento Implementação	19 (48%)
Fomentar parceria	Respeito mútuo Parceria	12 (30%)
Reunir suporte e informações	Paciente acessa informações Apoio com decisão	8 (20%)
Experiência profissional em saúde	Conhecimento médico	4 (10%)
Preferências do profissional de saúde	Preferências do profissional de saúde Valores dos profissionais de saúde	7 (18%)
Aprenda sobre o paciente	Verificar/esclarecer a compreensão do profissional de saúde Aprenda sobre o paciente	21 (53%)
Tomar a decisão	Documente (discussão sobre) a decisão Faça ou adie explicitamente a decisão O paciente mantém a autoridade final sobre a decisão Revisitando a decisão	30 (75%)
Tempo da oferta	Tempo da oferta	8 (20%)
Experiência do paciente	Experiência do paciente	3 (8%)
Preferências do paciente	Preocupações do paciente	26 (65%)

	Objetivos de atendimento do paciente Preferências do paciente Valores do paciente	
Perguntas do paciente	Perguntas do paciente	8 (20%)
Preparar	Preparar (antes da consulta)	6 (15%)
Fornecer informações	Intercâmbio de informações Informação médica Informação do paciente	17 (43%)
Forneça informações neutras	Informação imparcial	8 (20%)
Fornecer recomendação	Recomendação do médico	10 (25%)
Chegar a um acordo mútuo	Acordo mútuo	14 (35%)
Definir agenda	Decidir sobre a agenda da consulta Definir/explicar problema	9 (23%)
Suporte ao processo de tomada de decisão	Avalie o que o paciente precisa para tomar uma decisão Orientação médica no processo de tomada de decisão Identifique e lide com emoções	11 (28%)
Informações sob medida	Verificar informações preferenciais (formato) Verificar/esclarecer a compreensão do paciente Flexibilidade/abordagem individualizada Use linguagem clara	26 (65%)

Fonte: Adaptado de Bomhof-Roordink *et al.* (2019b).

No decorrer da década de 2000, as publicações, em volta da decisão compartilhada, giraram em torno do *framework* proposto por Charles, Gafni e Whelan (1999), propondo apenas aplicações práticas e as especificidades das áreas médicas, a exemplo dos estudos de Abreu *et al.* (2006), Murray, Charles e Gafni (2006), Breslin, Mullan e Montori (2008) e o de Bekker (2009), o que é comprovado na revisão sistemática de Bomhof-Roordink *et al.* (2019b), que fornece um inventário dos 40 modelos de Tomada de Decisão Compartilhada atualmente disponíveis.

Muitos desses modelos são de data relativamente recente: metade dos modelos incluídos foi publicada em 2015 ou posteriormente. As semelhanças entre os modelos existem, mas a heterogeneidade significativa ainda permanece, como outros já notaram, considerando que quase metade dos modelos foi desenvolvida para uma variedade de decisões relacionadas à triagem, testes diagnósticos ou decisões de tratamento, e que 28 dos modelos não genéricos foram desenvolvidos para 13 diferentes configurações de assistência médica, conforme Bomhof-Roordink *et al.* (2019b).

Esse levantamento mostra ainda que os autores se referiram à literatura existente sobre Tomada de Decisão Compartilhada quando não basearam seu próprio modelo em um modelo anterior de Tomada de Decisão Compartilhada. Além disso, especialmente os modelos

relativamente mais antigos que Charles, Gafni e Whelan (1997, 1999), Towle e Godolphin (1999), Elwyn *et al.* (2000, 2012) e Makoul e Clayman (2006) desenvolveram, estavam cada um em, pelo menos, seis outros modelos de Tomada de Decisão Compartilhada.

Dos 40 modelos listados por Bomhof-Roordink *et al.* (2019b), destaca-se que em um quarto dos modelos, apenas o profissional de saúde é identificado como o ator na Tomada de Decisão Compartilhada, ou seja, é visto como responsável pela ocorrência do processo de Tomada de Decisão Compartilhada, o que não está em acordo com o reconhecimento formal do papel dos pacientes em fazer com que essa tomada de decisão aconteça conforme a declaração de Salzburgo realizada em 2011 sobre a de Tomada de Decisão Compartilhada (THE SALZBURG..., 2011).

Observa-se ainda que sendo essa revisão publicada em 2019, nenhum dos quarenta modelos apresentados fazem menção, ou está incluído em seus elementos o uso de tecnologias, sejam elas de qualquer classificação, o que valida a proposta desta tese de que a tecnologia é hoje um elemento interventor no processo de Decisão Médica Compartilhada.

Isto posto, O’Grady e Jadad (2010, p. 1, tradução nossa)<sup>12</sup> apresentam uma revisão à abordagem de Tomada de Decisão Compartilhada sugerindo uma reflexão, pautados no argumento de que “[...] apesar de seu apelo teórico, o conceito de tomada de decisão compartilhada no encontro clínico ainda precisa se traduzir em prática.”. Ponderação esta que sugere uma alternativa à qual chamaram de tomada de decisão colaborativa.

Na propositura de levar a resultados mais justos e favoráveis, definem a tomada de decisão colaborativa como um processo de engajamento no qual profissionais de saúde e pacientes e seus entes trabalham juntos, frequentemente usando TIC para entender questões clínicas e determinar o melhor curso de ação. Contudo, não formulam nenhum construto que descreva explicitamente um novo modelo do processo de Tomada de Decisão Compartilhada, ou sugeriram um novo processo de decisão médica incluindo as TIC.

Indo além da troca de conhecimento bidirecional proposta no modelo de Tomada de Decisão Compartilhada, delineiam um cenário em que a troca de informações leva ao desenvolvimento de uma parceria mais forte entre os pacientes e os profissionais de saúde. Sugerem ainda que uma estrutura de prontidão para mudança de organização seja usada para explorar como a TIC pode facilitar parcerias efetivas com pacientes, à medida que a assistência à saúde se torna cada vez mais complexa e desafiadora.

---

<sup>12</sup> *Despite its theoretical appeal, the concept of shared decision making in the clinical encounter has yet to translate into practice.*

O Quadro 9 traz a síntese dos modelos de decisões clínicas apresentada por O’Grady e Jadad (2010), partindo do pressuposto de que o médico e o paciente reúnem em conjunto a decisão do tratamento, com base na confluência de fatores médicos e não médicos. Embora decisões compartilhadas e colaborativas sejam distintas, não devem ser vistas como excludentes, mas como abordagens complementares que poderiam contribuir para o surgimento de parcerias bem equilibradas entre pacientes e profissionais de saúde no campo clínico (O’GRADY; JADAD, 2010).

Quadro 9 – Modelos de Tomada de Decisão Clínica

<b>Modelos de Interação Médico-Paciente</b>	<b>Papel dos Médicos</b>	<b>Papel dos Pacientes</b>	<b>Fluxo de conhecimento</b>	<b>Objetivo</b>
<b><u>Paternalista</u></b>	Diretivo	Passivo	Transferência de conhecimento unidirecional (médico para paciente)	Conformidade do paciente com a diretriz dos médicos
<b><u>Autônomo</u></b>	Receptivo	Diretivo	Transferência de conhecimento unidirecional (paciente para médico)	Conformidade do médico com a diretriz dos pacientes
<b><u>Tomada de Decisão Compartilhada</u></b>	Informativa	Informativa	Troca de conhecimento bilateral	Equidade no processo de tomada de decisão
<b><u>Tomada de Decisão Colaborativa</u></b>	Suporte	Proativo	Construção do conhecimento que vai além das questões clínicas (aprendizagem compartilhada pela troca de informações)	Plano de ação ideal para melhorar a saúde

Fonte: Adaptado de O’Grady e Jadad (2010).

A essência da tomada de decisão colaborativa entre paciente e médico está no reconhecimento de como o aprendizado poderia e deveria acontecer de forma colaborativa e bidirecional entre médico e paciente. Uma vez que se concentra no “como” e não no “quem” (grifos do autor), como os modelos de decisão já fizeram. A construção do conhecimento, nesse contexto, pode ser entendida como a atividade social pela qual as comunidades criam conhecimentos por meio de um processo de melhoria colaborativa e interativa das ideias. Desencadeando, assim, um modo mais colaborativo no processo de tomada de decisão.

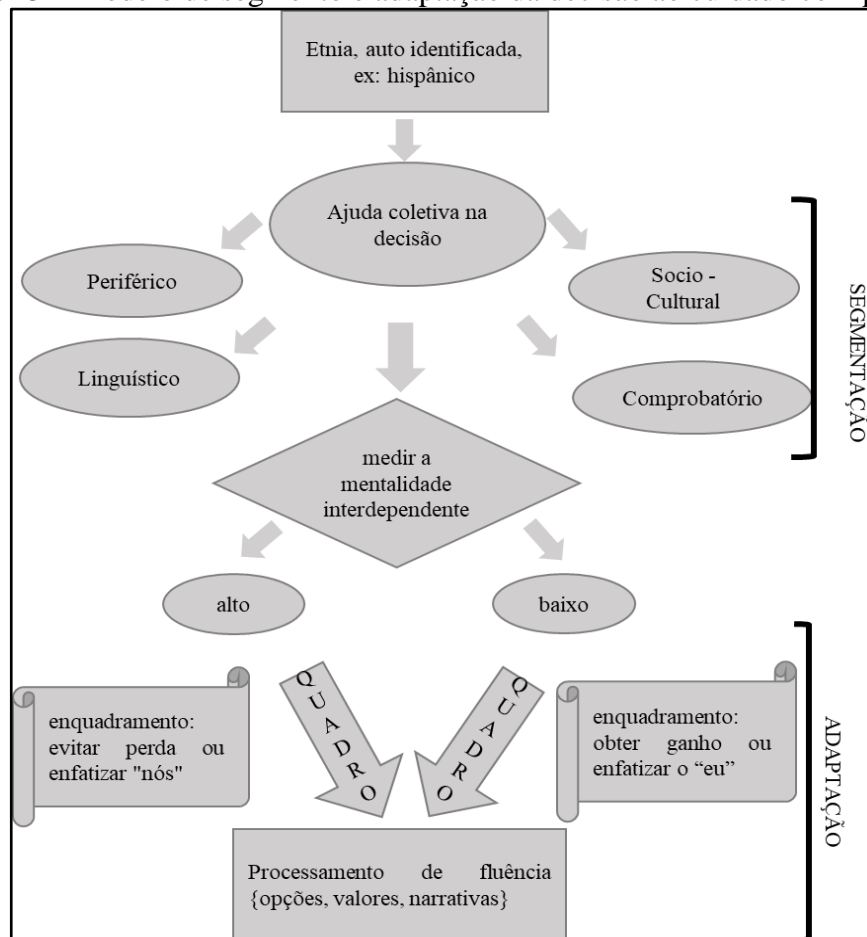
Seus propositores sugerem, ainda, que os desenvolvimentos tecnológicos poderiam facilitar esse processo, como moderadores de uma relação colaborativa entre médicos e pacientes, promovendo a colaboração, uma vez que as TIC permitem a redução de custos e eliminam barreiras tradicionais, particularmente aquelas relacionadas à interoperabilidade de dados e à localização física, mas não se debruçam sobre a forma como essa tecnologia pode

promover essa mudança, e lançam um questionamento: “[...] os médicos estarão dispostos a participar e promover a transformação de seu relacionamento com os pacientes?” (O’GRADY; JADAD, 2010, p. 5, tradução nossa)<sup>13</sup>.

A propósito, deve-se considerar a limitação de estudos focando os efeitos culturais na experiência do paciente que, em parte, é atribuída à ausência de um roteiro teórico que auxilie o desenvolvimento de hipóteses. A partir dessa necessidade, Alden *et al.* (2014) propõe uma nova estrutura conceitual para melhorar os resultados da Tomada de Decisão Compartilhada, denominada de modelo de segmento e adaptação da decisão ao cuidado com paciente, apresentado na Figura 23, que também não é contemplado na revisão sistemática de Bomhof-Roordink *et al.* (2019b).

Essa proposta de arcabouço teórico baseia-se em teorias psicológicas que os autores consideram relevantes e incorpora conceitos culturais no processo de delineamento e auxílio às decisões do tratamento. Com isso, apresentam um *framework* de dois estágios.

Figura 23 – Modelo de segmento e adaptação da decisão ao cuidado com paciente



Fonte: Alden *et al.* (2014).

<sup>13</sup> Will clinicians be willing to join in and foster the transformation of their relationship with patients

A especificação do *framework* começa com a revisão das teorias da psicologia cognitiva e social que fornecem orientação a pesquisadores e praticantes interessados em melhorar a relevância cultural do auxílio à decisão. Essa ênfase inicial é importante porque tem sido largamente desenvolvidas teorias, nas ciências sociais, com o potencial de melhorar o auxílio à decisão em diferentes culturas.

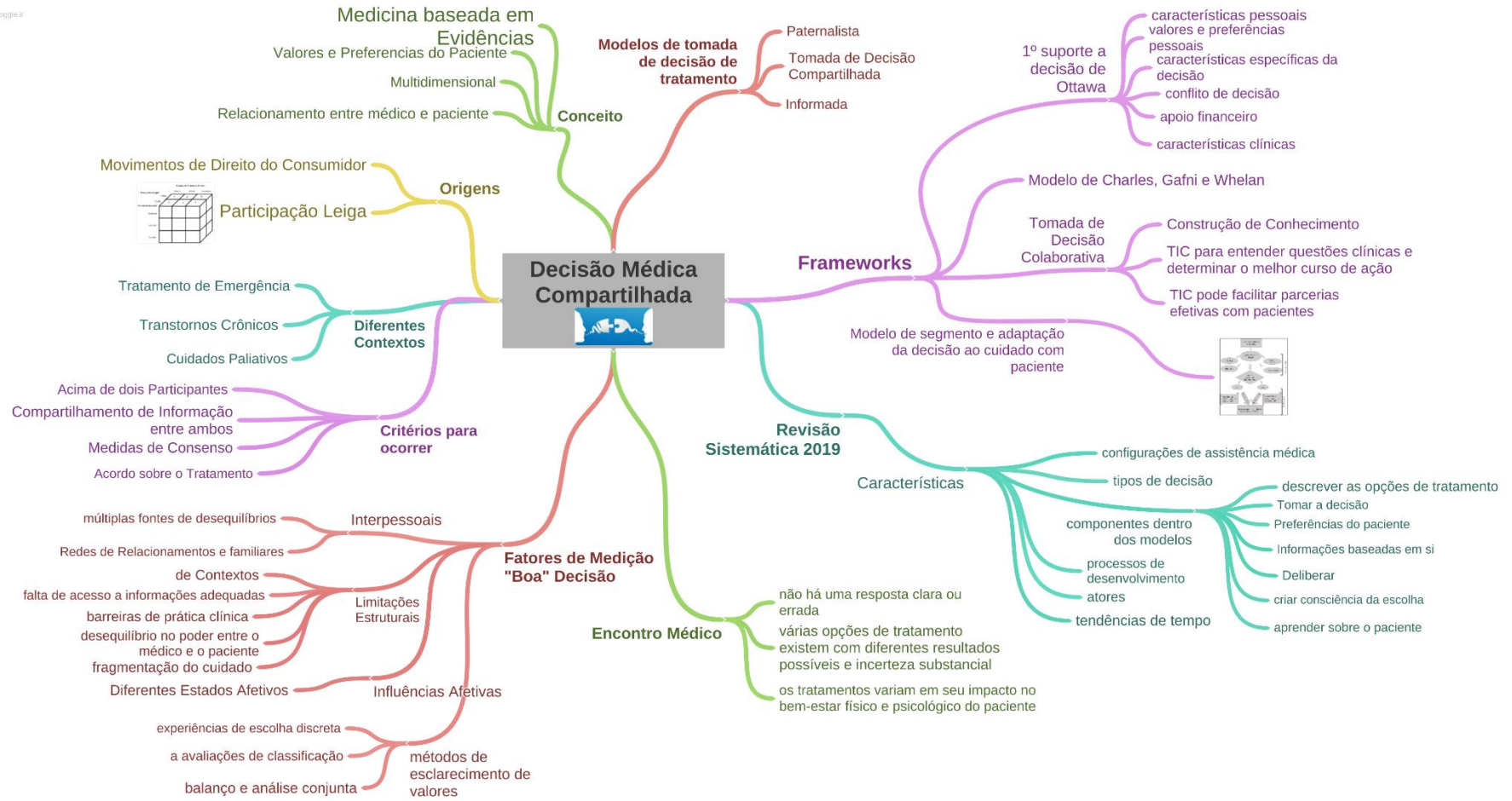
Para Alden *et al.* (2015), a cultura fornece informações importantes e meios para que indivíduos dentro dos grupos melhorem a compreensão mútua e a autorregulação, aumentando a probabilidade de sobrevivência genética e perpetuação. Diversos estudos mostram que a falta de comunicação culturalmente e linguisticamente apropriada sobre saúde é a principal barreira no cuidado com a saúde de certos grupos minoritários.

A primeira fase recomenda o uso de construtos culturais como coletivismo e individualismo para diferentes pacientes-alvo, cujas culturas reconhecidamente variam nessas dimensões; e a segunda fase do *framework* é baseada na evidência de que indivíduos variam em termos de quão fortemente as normas culturais influenciam sua abordagem à solução de problemas e à tomada de decisão.

A segmentação é definida como o uso de dados em nível de grupo para personalizar mensagens de saúde para um grupo ou segmento de público específico que é relativamente homogêneo, e a adaptação é utilizada com menos frequência em comunicações de saúde persuasivas e educativas e refere-se à personalização de informações com base em características individuais (ALDEN *et al.*, 2014).

Destarte, após a apresentação das informações acerca do objeto desta tese, a Figura 24 expõe o mapa conceitual que norteia esta pesquisa em relação aos conceitos e os princípios da Decisão Médica Compartilhada.

Figura 24 – Mapa Conceitual da Decisão Médica Compartilhada



Fonte: A autora.

Com isso, leva-se a crer que a Decisão Médica Compartilhada é um processo que, por intermédio das redes sociais *on-line*, pode-se aumentar a colaboração. E para tal é necessário o incremento nas estruturas de Tomada Decisão Médica Compartilhada a partir da realidade mais interativa e social possibilitada pelas tecnologias colaborativas, facilitando assim a ocorrência da colaboração defendida pela proposta desta pesquisa.

## 2.5 Diagrama Operacional da Pesquisa

Após a integralização das bases teóricas e conceituais que fundamentam o estudo, apresentadas no diagrama conceitual, na Figura 2, apresenta-se na Figura 25, o diagrama que delinea a operacionalização da investigação em campo, conforme os aspectos considerados e explicitados nos argumentos apresentados a seguir.

Recobrando os aspectos teóricos desta seção, salientam-se as trilhas percorridas pela pesquisa no esforço de analisar como a colaboração, mediada pelas mídias sociais, tem potencializado o processo de Decisão Médica Compartilhada nas relações médico, paciente e pares.

Então, inicialmente ao escolher os profissionais de saúde, pacientes e pares para o estudo, assimila-se a proposição da TEA de que as estruturas fornecidas pela tecnologia geram significados, dominação e adquirem legitimação, a partir das estruturas sociais em ação (JONES; KARSTER, 2008), e esses indivíduos, ao interagirem por meio das funcionalidades que as mídias sociais ofertam, podem comprovar a adaptação tecnológica precedendo a adaptação de tarefa, uma vez que ao se configurar o processo de apropriação, estas podem vir a constituir espaços de colaboração interativa, amparados pela comunicação, coordenação, cooperação e interatividade, verificando assim, os *insights* do modelo proposto por Schmitz, Teng e Webb (2016).

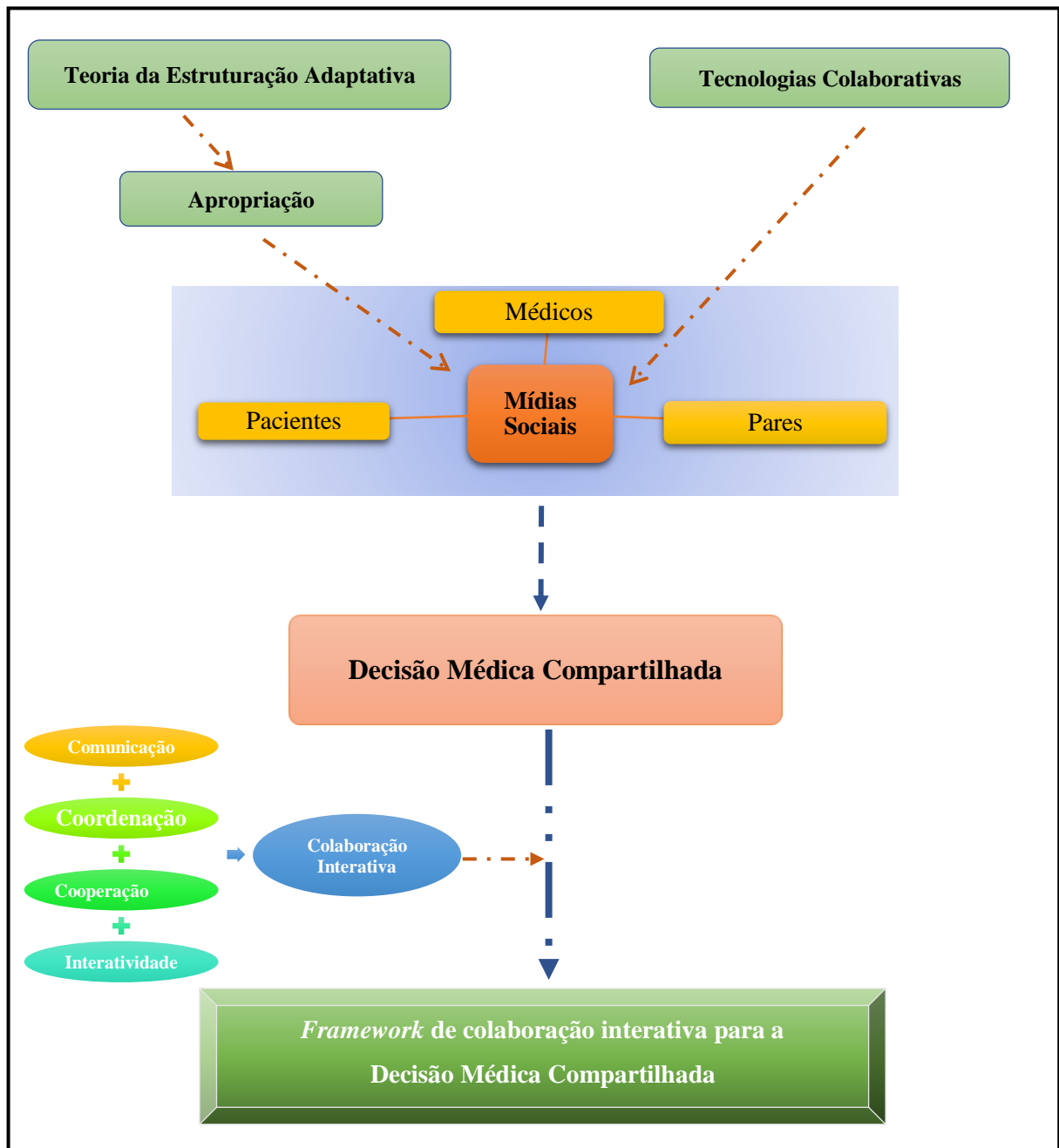
Outro ponto analisado parte do pensamento de que as mídias sociais também dão sustentação ao incremento de conhecimento e compartilhamento de conteúdo nessa interação, reificando ao longo das interações, e possibilitando a criação de novas estruturas sociais persistentes (MARKUS; SILVER, 2008), além de verificar a revisão do conceito de espírito da tecnologia sugerido por Schmitz, Teng e Webb (2016).

E a Decisão Médica Compartilhada corporifica-se, a princípio, como resultante da mudança comportamental do relacionamento entre médicos, paciente e pares, transformação esta ocasionada por estes indivíduos à medida que reconhecem e modificam os recursos e as capacidades tecnológicas de um artefato de TI, visualizando novas possibilidades que tornam



o artefato qualitativamente diferente, com um novo valor além do que existia anteriormente.

Figura 25 – Diagrama Operacional da Pesquisa



Fonte: A autora.

### 3 OS CAMINHOS DA PESQUISA

Segundo Lakatos e Marconi (2017), uma pesquisa é um processo formal que deve ter um método de pensamento reflexivo, que exige tratamento científico e se estabelece como o caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais, ou seja, procura responder às questões da investigação por meio de métodos científicos. Para Minayo *et al.* (2011), estas questões se relacionam a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, já que são resultado de inserções no real e nele encontrando suas razões e seus objetivos.

Creswell (2007) sugere que uma pesquisa esteja estruturada desde a sua identificação da postura epistemológica, que reflete a postura filosófica do pesquisador diante de seu objeto de pesquisa, até os procedimentos de coleta e análise dos dados. Em consonância com esse autor, Myers (1997) aponta que os itens imprescindíveis para uma pesquisa na área de SI são: perspectiva filosófica, métodos, técnicas de coleta de dados e modos de análise e interpretação dos dados.

Nesta seção, configuram-se os aspectos metodológicos concernentes à presente investigação, quais sejam: a postura epistemológica, a abordagem e o método da pesquisa, o desenho da pesquisa, definições constitutivas e operacionais das categorias de análise, o lócus e os participantes da pesquisa, o processo de coleta e as técnicas de análise dos dados.

#### 3.1 Postura epistemológica

Toda pesquisa deve se fundamentar em pressupostos filosóficos, uma vez que estes representam o “como” e “o que” o pesquisador vai aprender com o projeto (DINIZ *et al.* 2006). Ao assumir um posicionamento paradigmático, este fornecerá coerência e consonância entre as teorias, princípios, conceitos, definições, métodos e técnicas da pesquisa (RICHARDSON, 2017).

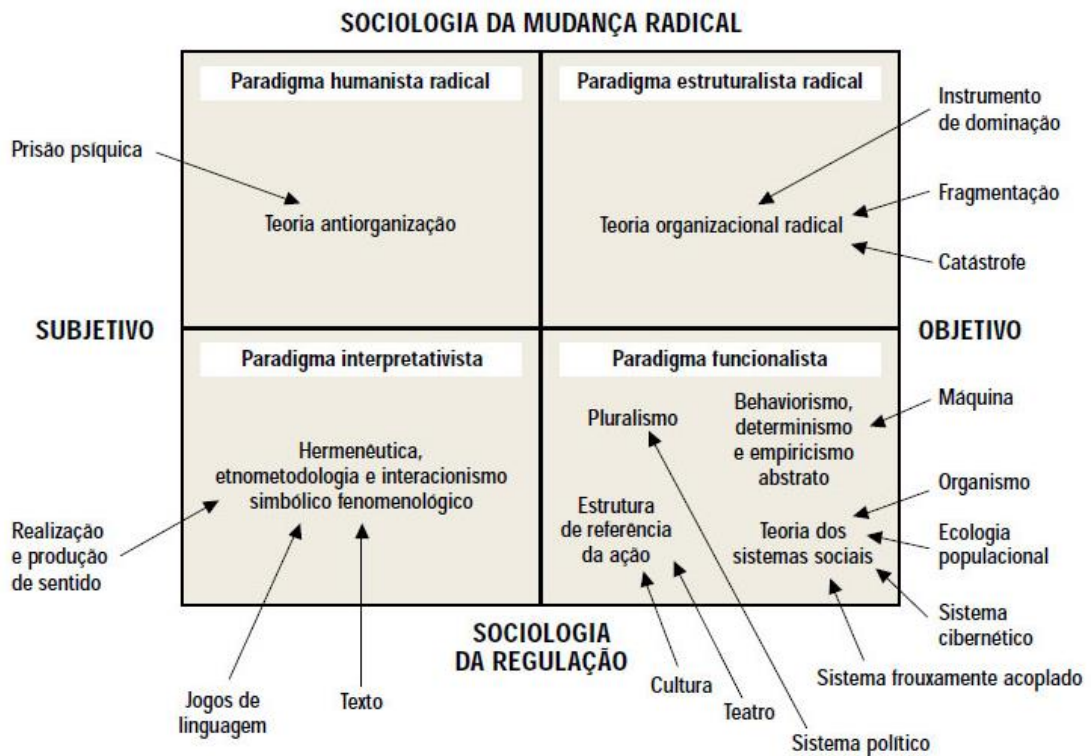
Nas ciências sociais, os paradigmas que servem de referência para definição da atitude do pesquisador são os apresentados por Burrell e Morgan (1979a), que, para eles, denotam uma visão implícita ou explícita da realidade e devem ser vistos como os fundamentos das teorias organizacionais modernas, apresentados em forma de diagrama, com dois eixos sobrepostos, um retratando a natureza da ciência opondo-se entre o objetivismo e o subjetivismo, e o outro simbolizando a natureza da sociedade em que contrastam a sociologia da regulação e a da mudança radical.

O diagrama de Burrell e Morgan (1979b) foi amplamente aceito e popularizado pelas

perspectivas críticas em organizações, haja vista tais autores terem justificado sua proposta, afirmando que estavam indo de encontro à dominação do paradigma funcionalista.

Morgan (2005), na tentativa de refinar e aprofundar o conceito de analogia utilizado no livro com seu professor Burrell, traz sua visão de metáfora da teoria organizacional e sugere ainda que o papel do paradigma em teoria social deve resultar na análise das principais suposições que caracterizam e definem uma dada visão de mundo e que qualquer paradigma pode conter variadas escolas de pensamento com suas diversas percepções de realidade e visão de mundo, obtendo-se a maximização da reflexividade e da capacidade analítica. Assim, como sintetiza a Figura 26, os paradigmas sociológicos que esta pesquisa se orienta são o funcionalista, interpretativista, humanista radical e estruturalista radical (MORGAN, 2005).

Figura 26 – Paradigmas, metáforas e as escolas de análise organizacional relacionadas



Fonte: Adaptado de Morgan (2005).

O paradigma funcionalista é pautado na existência concreta e real da sociedade com um caráter sistêmico orientado a produzir um sistema social ordenado e regulado; o interpretativista é baseado na perspectiva de que o mundo social não existe em qualquer sentido concreto, mas é um produto da experiência subjetiva e intersubjetiva dos indivíduos, por isso a sociedade é entendida com base no ponto de vista do indivíduo em ação; o humanista-radical enfatiza como a realidade é socialmente construída e sustentada, atrelando sua análise ao interesse no que pode

ser descrito como distúrbio da consciência, por meio da qual os seres humanos se tornam aprisionados nos limites de realidade que eles mesmos criam e sustentam; e o paradigma estruturalista radical percebe sua realidade baseada na visão da sociedade como uma força potencialmente dominante e é ligada a uma concepção materialista do mundo social, definido por estruturas sólidas e concretas (BURRELL; MORGAN, 1979a; CALDAS, 2005; MORGAN, 2005).

Uma outra proposta mais simplificada com três perspectivas é apresentada por Gephart (2004), para quem os pesquisadores precisam usar metodologias que sejam consistentes com as suposições e objetivos da visão teórica que está sendo expressa: o positivismo/pós-positivismo, interpretativismo e pós-modernismo crítico. O positivismo adota, assim como o funcionalista, uma atitude de realismo concreto e confia no pressuposto de um mundo objetivo externo à mente, e o pós-positivismo afirma que a realidade somente pode ser conhecida probabilisticamente, mas ambos buscam descobrir a verdade ou a realidade correta. O objetivo do interpretativismo é compreender a produção real dos significados e conceitos usados por atores sociais no local onde eles interagem. Por fim, o crítico combina teoria crítica e pensamento pós-moderno.

Considerando os trabalhos apresentados sobre os paradigmas sociológicos funcionalista, interpretativista, humanista-radical e estruturalista-radical, conforme Burrell e Morgan (1979a), e as tradições de pesquisa existentes – o positivismo/pós-positivismo, interpretativismo e pós-modernismo crítico –, e ponderando as propriedades deste estudo proposto que envolve pessoas, tecnologia e suas interações, em um contexto bem definido que é o encontro médico para Decisão Médica Compartilhada, esta pesquisa se situa no paradigma interpretativista. Mesmo que, assim como a abordagem funcionalista/positivista, baseie-se também na suposição e crença de que há um padrão implícito e uma ordem no sistema social, o interpretativismo tem o objetivo de entender o mundo do ponto de vista daqueles que o vivenciam.

Assume-se, assim, o caráter multiparadigmático, que é comum aos estudos de Administração e seus objetos de estudos, haja vista manter conexão com outras áreas de conhecimento. “Daí a necessidade de se produzir um encontro, com profundidade e competência, com *insights* e abordagens pertencentes a metodologias múltiplas e fundamentos teóricos multidisciplinares” (CARDOSO; SERRALVO, 2009, p. 4).

Assim, comunga-se com o pensamento de Barbosa *et al.* (2013) de que não há uma forma única de produzir conhecimento, não há uma explicação única para um fenômeno social, não há uma forma única de interpretar dados, assim como também não há verdade única e

inquestionável. O mesmo fenômeno pode ser compreendido a partir de diferentes abordagens epistemológicas e cada uma delas levará a um ponto de chegada diferente (MARTINHO; DA SILVA MARTINS; ANGELO, 2013).

Para que a postura multiparadigmática se configure reflexiva, Ferreira e Alencar (2010) alertam que deve ser estruturada em três dimensões: o diálogo, a contextualização e a interdisciplinaridade. Nesse entendimento, procurou-se edificar o referencial teórico com assuntos oriundos de diversas matérias, o que possibilitou uma perspectiva analítica de multicategorias, algo defendido por Denzin e Lincoln (2018) como bricolagem.

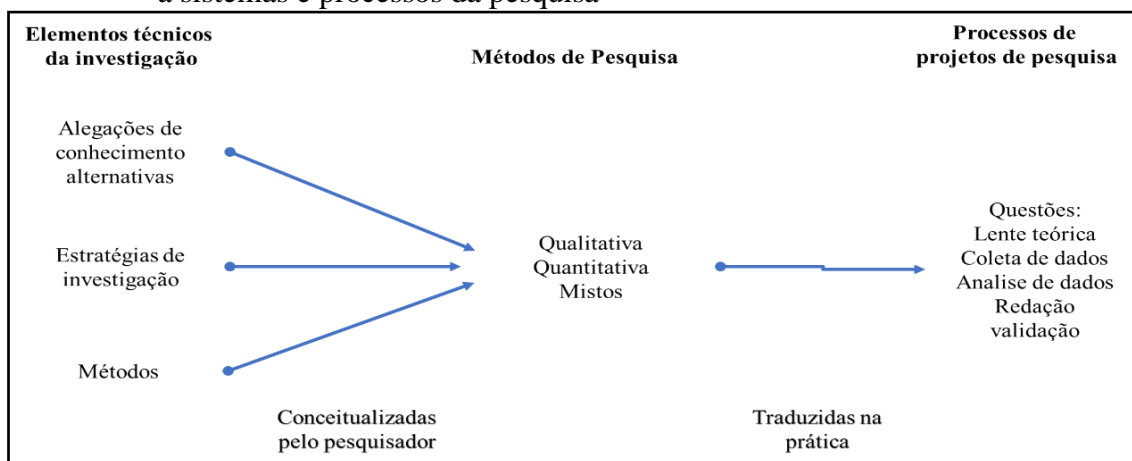
Nessa perspectiva, o objeto desta pesquisa é entendido como construído socialmente pelos atores, sendo examinado em seu local de ocorrência e a partir das perspectivas dos participantes; e na qual os pesquisadores não impõem *a priori* seu entendimento de alguém exterior à situação. Outro ponto a destacar é o fato de a teoria utilizada neste estudo estar pautada na integração de pressupostos das escolas decisórias e institucionais, aplicando abordagens de pesquisa tanto positivistas quanto interpretativas (DESANCTIS; POOLE, 1994). Assim, foi nesse formato que essas concepções filosóficas e epistemológicas guiaram a pesquisadora em suas opções metodológicas e operacionais nesta pesquisa.

### **3.2 Abordagem e método de pesquisa**

Uma pesquisa científica como uma atividade orientada, para adquirir legitimidade, é caracterizada pela sua finalidade e pelo seu método, ou seja, procura responder às questões da investigação por meio de métodos científicos (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002).

Creswell (2007) demonstra, na Figura 27, uma sugestão de como definir o método e as técnicas de sua pesquisa, a partir da combinação de três elementos técnicos de investigação, são eles: as alegações de conhecimento, como a postura epistemológica e a perspectiva teórica, as estratégias de investigação que vão nortear os procedimentos da pesquisa e o método de coleta e análise dos dados que posteriormente são traduzidos em processo no projeto de pesquisa e, após essa análise, o pesquisador poderá identificar a abordagem da pesquisa a ser utilizada.

Figura 27 – Alegações de conhecimento, estratégias de investigação e métodos que conduzem a sistemas e processos da pesquisa



Fonte: Adaptado de Creswell (2007)

Isto posto, tem-se que a pesquisa qualitativa deriva do entendimento de que existe uma associação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números, tornando-se em si mesma um campo de investigação, premissa defendida pela postura interpretativista, que objetiva entender o mundo das experiências vividas sob o ponto de vista daqueles que a vivenciam. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa (DENZIN; LINCOLN, 2018; PATTON, 2014).

Assim, esta investigação procurou analisar como a colaboração permeada pelo uso de ferramentas de tecnologias colaborativas tem atuado no processo de Tomada de Decisão Médica Compartilhada, adotando uma abordagem de natureza qualitativa, uma vez que, ao “[...] definir seu campo de interesse, torna possível um diálogo rico com a realidade.” (MINAYO *et al.*, 2011, p. 52) e pode, em maior nível de profundidade, permitir o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 2017, p. 39), adquirindo assim um caráter exploratório-descritivo, uma vez que o processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

Freitas (2009) argumenta que a pesquisa qualitativa é adequada para ambientes de diversidade, como são os fenômenos sociais, assumindo que não há uma verdade única a ser encontrada. Assim sendo, a escolha por metodologias qualitativas se justifica quando o objetivo é capturar informações e particularidades acerca de aspectos relacionados a condições estruturais, normas, processos, padrões e sistemas envolvidos nos fenômenos sociais que dificilmente seriam capturados pelas técnicas tradicionais (CHARMAZ, 2006).

Entretanto, Richardson (2017) salienta que é a forma como se pretende analisar o

problema, ou seja, o enfoque adotado, que vai exigir uma metodologia qualitativa ou quantitativa. Assim, deve-se observar uma outra classificação de pesquisa quanto à sua finalidade. Logo, em virtude de o fenômeno analisado resultar de processos ainda pouco estudados e registrados na literatura e que, portanto, demandam observação, descrição e análise criteriosa, este trabalho adota um caráter exploratório (CRESWELL, 2007).

Com esta proposta, por meio do contato direto da pesquisadora com a situação estudada, pretendeu-se obter dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos, na intenção de compreender o fenômeno da colaboração permeada pelas redes sociais na Decisão Médica Compartilhada, segundo a perspectiva dos sujeitos da situação em estudo, as indagações sobre processo (como ou por que algo acontece), bem como questões de entendimento (o que aconteceu, o que significou para os envolvidos na situação), guiarão a presente investigação (DENZIN; LINCOLN, 2018; MERRIAM; TISDELL, 2015), no intento por avanços em relação às concepções teóricas iniciais ou revisão da estrutura teórica proposta para o estudo (VIEIRA, 2006).

### **3.3 Estratégia da pesquisa**

Várias são as estratégias de pesquisa associadas ao método qualitativo, a exemplo da etnografia, *grounded theory*, estudo de caso e fenomenologia, compartilhadas por diversos autores, como Eisenhardt (1989), Creswell (2007), Merriam e Tisdell (2015) e Yin (2015), afora o estudo de caso, que às vezes faz uso de procedimentos quantitativos, com resultados positivos para a assimilação do problema, possibilitando o uso combinado de diferentes instrumentos de coleta e análise de dados (MARIZ *et al.*, 2005).

Para esses mesmos autores, é inquestionável a versatilidade do estudo de caso, mesmo que em sua maioria assumam cunho qualitativo. E é a partir dessa versatilidade, em conjunto com a não exclusividade de ser uma estratégia qualitativa, sugerida muitas vezes como adequada para abordagens multimetodológicas, que a popularidade do estudo de caso, nas pesquisas das mais diversas áreas da Administração, tem favorecido para gerar confusões em sua caracterização, o que pode afetar a clareza dos procedimentos, a exemplo dos levantamentos feitos por Mariz *et al.* (2005), nos estudos organizacionais, e por Diniz *et al.* (2006) e Oliveira, Gastaud Maçada e Goldini (2006), na área de SI.

Para Merriam e Tisdell (2015), a estratégia de estudo de caso é usada, na maioria das vezes, por exclusão: se a pesquisa não se caracteriza como um experimento, um levantamento ou uma história, então é um estudo de caso. Dessa forma, qualquer estudo focado em um único

caso é assim denominado, independente da complexidade e profundidade da análise, requisitos fundamentais do estudo de caso genuíno, conforme seus principais autores: a própria Merriam e Tisdell (2015), Yin (2015) e Stake (2018).

Contraopondo a essa hegemonia, Merriam e Tisdell (2015), a partir de estudos constituídos por aproximações ao tema ou a situações genéricas, que objetivam a identificação de padrões recorrentes por meio da aplicação de teorias, modelos, conceitos, emparelhamento de dados com teorias, propõem uma nova estratégia de identificá-los positivamente sob o conceito amplo de “estudo qualitativo básico” (grifos do autor) ou genérico.

Merriam e Tisdell (2015, p. 24, tradução nossa)<sup>14</sup> descrevem um estudo de pesquisa qualitativa básica como sendo usado por pesquisadores interessados em: “(1) como as pessoas interpretam suas experiências, (2) como eles constroem seus mundos e (3) que significado eles atribuem às suas experiências. O objetivo é entender como as pessoas compreendem suas vidas e suas experiências.”.

Com isso, sabe-se, entretanto, que uma grande parte dos estudos classificados como estudo de caso/multicasos constitui o que os autores mencionados, no parágrafo anterior, chamam de estudo qualitativo básico ou genérico. Tais estudos não são de caso intensivo; simplesmente buscam descobrir e compreender um fenômeno, um processo, ou a perspectiva de visão de mundo das pessoas envolvidas; os dados são coletados por meio de entrevistas, observações e análise documental; a análise geralmente resulta na identificação de categorias, fatores, variáveis, temas.

Trata-se da forma mais comum da pesquisa qualitativa em Administração e, ao que parece, também predominante em SI, sendo essa diferenciação proposta bem adequada, porém não é adotada na caracterização das pesquisas. Os estudos qualitativos básicos, como uma modalidade de pesquisa, têm se tornado comuns em muitas áreas do conhecimento e campos aplicados, inclusive em Administração (GODOY, 2005; MARIZ *et al.*, 2005).

Coerente com o paradigma interpretativo (GEPHART, 2004), a orientação metodológica deste estudo seguirá a proposta do estudo qualitativo interpretativo básico ou genérico de Merriam e Tisdell (2015).

Concentra-se, esse tipo de estudo, na perspectiva e visão de mundo das pessoas envolvidas no contexto investigado, e os diferentes significados atribuídos pelos pares que participam do processo de Decisão Médica Compartilhada, de maneira a entender como o

---

<sup>14</sup> (1) *how people interpret their experiences, (2) how they construct their worlds, and (3) what meaning they attribute to their experiences. The overall purpose is to understand how people make sense of their lives and their experiences.*



processo de colaboração é realizado por intermédio das redes sociais virtuais, bem como de que maneira esse método de decisão é desenvolvido e traduzido em prática, uma vez que o estudo qualitativo básico inclui descrição, interpretação e compreensão dos dados.

A estratégia de pesquisa adotada neste estudo contribui significativamente para a pesquisa de SI. Pela sua própria natureza, as redes sociais virtuais envolvem interação humano-tecnologia em contextos diversos e dispersos; esses contextos são pouco compreendidos e é difícil obter acesso a eles. Foi usada uma combinação eficaz de perspectivas para obter dados válidos e úteis sobre o papel das redes sociais virtuais na vida dos participantes.

As abordagens tradicionais de pesquisa de SI que se concentram no estudo das práticas de trabalho em ambientes organizacionais foram consideradas quando aplicadas ao contexto de interesse (médicos e pacientes em processo de Tomada de Decisão Médica Compartilhada), ao nosso foco tecnológico (apropriação de tecnologias colaborativas) e ao nosso conjunto de atividades (que é mais amplo que o trabalho, incluindo atividades de lazer, sociais e educacionais).

As denominações propostas por essa estratégia não têm conotação valorativa, mas contribuem para uma melhor caracterização do estudo, demarcando com mais clareza as propriedades da estratégia de pesquisa adotada. Além das imprecisões que rondam a definição e aplicação da estratégia de estudo de caso e pela relativa novidade da pesquisa qualitativa básica, como alternativa para caracterizar um tipo específico de estudo, esta pesquisa tem o intuito de gerar sentido e criar padrões analíticos harmônicos.

### **3.4 O desenho da pesquisa**

Desenhar uma pesquisa visa esboçar o estudo de forma a ilustrar lógica e cronologicamente os mecanismos metodológicos de um estudo científico (LAKATOS; MARCONI, 2017). A figura 28 demonstra e aponta o desenho metodológico proposto para a pesquisa. Ressalta-se que, nos procedimentos iniciais, o item 1, o mapeamento sistemático dos modelos de Decisão Médica Compartilhada, foi utilizado o trabalho de Bomhof-Roordink *et al.* (2019a, 2019b), já apresentado no capítulo 2 desta tese.

Figura 28 – Desenho da pesquisa



Fonte: A autora.

### 3.5 Definições constitutivas e operacionais das categorias de análise

Entende-se que o fenômeno em estudo no presente trabalho envolve uma complexa articulação de conceitos e de níveis de análise. Então, parece adequado que algumas categorias de análise sejam definidas, porém não se descarta a possibilidade de surgirem outras durante a realização da pesquisa.

De acordo com Kerlinger (1979), a definição das categorias de análise pode ser realizada

de duas formas. A primeira, definição constitutiva, que se caracteriza por uma definição conceitual já utilizada por algum autor e em consonância com a teoria utilizada. Como esse tipo de definição nem sempre é suficiente para atender às especificidades da pesquisa científica, torna-se necessário tecer as definições operacionais, as quais permitem que seja conferido um significado para a categoria de análise por meio da especificação de seus indicadores.

### 3.5.1 Definições constitutivas das categorias de análise

Os termos relevantes a serem abordados na pesquisa são:

**Apropriação de Tecnologia** – é o processo quando os membros dos grupos se utilizam do potencial estrutural dessas novas tecnologias para a interação, apoderando-se das estruturas disponíveis durante o curso da ação até a decisão. A apropriação ocorre em eventos ou ações específicos quando os membros do grupo escolhem usar uma tecnologia específica de uma maneira específica. É onde os usuários experimentam e avaliam a tecnologia, selecionam e adaptam alguns de seus atributos e, assim, tomam posse de suas capacidades, a fim de satisfazer suas necessidades (DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000; CARROLL *et al.*, 2001; CORREIA-NETO, 2014).

**Colaboração** – processo interativo que envolve duas ou mais pessoas compartilhando informações complexas na busca de um objetivo ou propósito comum, compreendendo o estudo das seguintes dimensões: coordenação, cooperação e comunicação e interatividade, uma vez que o estudo se realiza no contexto da *web 2.0* (CORREIA-NETO, 2014; POIRIER; FORGUES; STAUB-FRENCH, 2016).

É indispensável dizer que foi retirada a categoria mídias sociais virtuais, proposta no projeto qualificado desta pesquisa, haja vista ser imperativo o levantamento de quais tecnologias colaborativas são usadas e não de como estas se configuram estruturalmente.

### 3.5.2 Definições operacionais das categorias de análise

A identificação e análise das categorias serão operacionalizadas em função dos quadros 10 e 11, a seguir:

Quadro 10 – Categoria de análise Apropriação de Tecnologia

Dimensão	Categorias	Elementos	Detalhamento
Apropriação de Tecnologia	Grau de uso da tecnologia avançada (alto/baixo)	Estrutura de uso	Conhecimento das regras e recursos da AIT
		Interação	Frequência de uso
		Tipo de uso	<u>Tarefas</u> : técnicas ou administrativas; <u>processo</u> : para gerenciar a comunicação e outros processos; <u>sociais</u> : estabelecer ou manter relações sociais; <u>individualista</u> : Uso da AIT por um indivíduo puramente por motivos particulares; <u>exploratório/diversão</u> : Uso da AIT por si só, com nenhum objetivo específico em mente que não seja entender como ela funciona; <u>confuso</u> : não há um foco claro de atenção.
	Conforto com a tecnologia (alto/baixo)	É o grau em que os usuários se sentem à vontade usando tecnologias avançadas específicas em seu trabalho.	
	Adaptação da tecnologia (alto/baixo)	É o grau em que o usuário personaliza os recursos de uma tecnologia avançada para atender às suas necessidades ou propósitos particulares; o desenvolvimento de rotinas de adaptação.	
	Uso da tecnologia para poder e domínio	É o grau em que usuários usam a tecnologia para exercer domínio ou influência indevida um sobre o outro, em vez de recorrer aos recursos de todos os membros de uma equipe.	

Fonte: A autora.

Quadro 11 – Categoria de análise Colaboração

Dimensão	Categorias	Elementos	Detalhamento
Colaboração	Comunicação		Refere-se ao processo de troca de mensagens permeado pela argumentação, negociação.
	Coordenação		Descreve o processo de organização dos esforços, recursos e atividades para a realização da ação.
	Cooperação		Representa a produção de algo por mais de uma pessoa em um espaço compartilhado.
	Interatividade		É o recurso que permite o acesso associativo e intuitivo aos conteúdos digitais, além da quantidade e intensidade com que se dá essa interatividade.

Fonte: A autora.

### 3.6 Lócus da pesquisa

Como lócus, atribui-se o que Minayo *et al.* (2011) definem como campo de pesquisa,

ou seja, o recorte espacial realizado pelo pesquisador, em que este representa a realidade empírica estudada a partir das formulações teóricas que embasam a investigação. Assim, na presente seção, caracteriza-se a cidade de Aracaju, capital de Sergipe, no que concerne a uma representatividade da classe médica a partir de diferentes especialidades e de pacientes.

É sabido que cada contexto possui uma dinâmica diferenciada. Uma vez que a pesquisa se deu em um município do Nordeste brasileiro, é pertinente apontar singularidades desse campo, que representam desafios à realização da Decisão Médica Compartilhada e, ao mesmo tempo, justificam sua escolha para a presente pesquisa. Dentre eles:

- a) O Relatório Digital Global janeiro 2020 informa que o país possui 150,4 milhões de pessoas com acessos à internet, atingindo um índice de 71% de penetração na população, e destes 96% fazem uso por meio do celular (WE ARE SOCIAL; HOOTSUITE, 2020);
- b) Outro dado é o de que 100% destes visitou ou utilizou uma rede social ou serviço de mensagens no mês passado, sendo os aplicativos móveis (*app*) de mensagens os quatro primeiros do *ranking* de *downloads*, e na categoria de *app* de saúdes e *fitness*, atingiu 21% (WE ARE SOCIAL; HOOTSUITE, 2020);
- c) A pesquisa TIC Domicílios de 2018 – até o encerramento deste estudo, a de 2019 não havia sido publicada. Dos domicílios com acessos à *internet*, 44% são da região rural e 70% urbana. No caso específico da região Nordeste, chega a um percentual de 57% de domicílios (NIC.br, 2019);
- d) No que abrange aos usuários de *internet*, por atividades realizadas na *internet* – comunicação: 72% fazem uso de redes sociais, apenas 7% participam de fóruns de discussões e 6% usam *microblogs*;
- e) No que concerne aos usuários de *internet*, por atividades realizadas na *internet* – busca de informação, 45% buscaram informações relacionadas à saúde ou a serviços de saúde;
- f) Enquanto nas regiões Centro-Oeste (64%) e Norte (63%) foram observadas proporções de domicílios conectados à *Internet* próximas às registradas no total do país, o Nordeste apresentou o menor percentual (57%). Por ser uma das regiões mais populosas do país, o Nordeste apresentou uma das maiores quantidades de domicílios com *Internet* – 10,5 milhões –, ao mesmo tempo que possuía um dos maiores números absolutos de domicílios desconectados (cerca de 8,2 milhões no Sudeste e 7,9 milhões no Nordeste).

- g) O uso de *Internet* exclusivamente pelo telefone celular, como mostra a pesquisa TIC Domicílios (NIC.br, 2019), é um fenômeno que cresceu especialmente entre parcelas mais vulneráveis da população, como entre usuários de classes e rendimento familiar mais baixos. As disparidades também se apresentaram no território, afetando negativamente residentes de áreas rurais e das regiões Norte e Nordeste do país.
- h) Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua, de 2018) (IBGE, [20--]), em conjunto com o levantamento de desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil, ambos publicados pelo IBGE, Aracaju é a capital nordestina com maior proporção de pessoas com acesso à *internet*, 89,6%. Enquanto, no Nordeste, o número é de 64,8%. Assim como a proporção de pessoas em Sergipe com 10 anos ou mais de idade que possuem telefone celular móvel é de 76,4%, essa porcentagem é acima da registrada no Nordeste.

Com efeito, o município de Aracaju, ao encontrar-se no Nordeste, pode ser considerado como de referência de complexas condições socioculturais que envolvem a situação, e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes no dado fenômeno em estudo.

Tendo sido apresentadas as razões que levaram à escolha do município de Aracaju como lócus da investigação, a próxima seção esclarece os critérios adotados para a escolha dos participantes da pesquisa.

### **3.7 Participantes**

Antes de apresentar o perfil dos participantes desta pesquisa, é preciso esclarecer que eles são indivíduos sociais e políticos, portanto, não se aguardava que estes, durante a coleta de dados, estivessem despidos de seus valores, pressupostos ou pontos de vista. Para isso, Richardson (2017) sugere que, para se ter uma compreensão detalhada dos significados exibidos pelos sujeitos, compete ao pesquisador considerá-los como inseparáveis do processo de pesquisa.

Para Merriam e Tisdell (2015), a seleção de amostras na pesquisa qualitativa é geralmente não aleatória, proposital (PATTON, 2014) e pequena, levando o pesquisador, em pesquisa qualitativa, comumente, a ficar uma quantidade substancial de tempo no campo do estudo, geralmente, em intenso contato com os participantes.

A amostragem proposital é baseada no pressuposto de que o investigador deseja descobrir, entender e obter *insights* e, portanto, deve selecionar uma amostra da qual mais se pode aprender (PATTON, 2014). Isto posto, esta pesquisa se orienta como tal e adotou os seguintes critérios de seleção para a definição da amostra: ser médico ou paciente que possuísse encontros médicos no município de Aracaju; e no caso do paciente, que tivesse contato com os profissionais de saúde via alguma tecnologia; independentemente de ser ou não paciente do médico entrevistado, confirmando assim a intenção de identificar o uso das tecnologias colaborativas e a forma de sua apropriação.

Para a construção da amostragem intencional, foram utilizados dois tipos de abordagens: o critério de acessibilidade, uma vez que os participantes da pesquisa foram escolhidos considerando-se a facilidade de acesso a eles em conjunto com a rede de relacionamentos da pesquisadora (FLICK, 2014), e o critério bola de neve, proposto por Patton (2014), que o define como uma abordagem para localizar informantes-chave ou fontes críticas ricas em informações. E assim foi realizado: quando da realização da entrevista zero, foram solicitadas ao entrevistado sugestões sobre pessoas que têm uma perspectiva semelhante ou diferente, o que gerou uma cadeia de entrevistados com base em pessoas que conhecem pessoas que conhecem pessoas que seriam boas fontes, dado o foco da investigação.

Obtivemos assim uma amostra única baseada em atributos ou ocorrências únicas, atípicas, talvez raras, do fenômeno de interesse (MERRIAM; TISDELL, 2015). Salienta-se que, a fim de manter a confidencialidade, letras foram usadas para identificar os participantes, cujo perfil classificado como médico pode ser visualizado no Quadro 12, e para o perfil classificado como paciente no Quadro 13, para que se possa corroborar a escolha dos mesmos de acordo com os critérios acima detalhados.

Quadro 12 – Perfil dos Participantes Médicos

<b>Médico</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Residência</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo Atuação</b>	<b>Esfera de Atuação</b>
<b>RB</b>	Cardiologista	35 a 39 anos	Aracaju	Masculino	10 a 14 anos	As duas
<b>TA</b>	Oncologista	35 a 39 anos	Aracaju	Feminino	5 a 9 anos	As duas
<b>UB</b>	Cardiologista	40 a 44 anos	Aracaju	Feminino	15 a 19 anos	Privada
<b>RBU</b>	Intensivista	35 a 39 anos	Aracaju	Masculino	10 a 14 anos	Pública
<b>SK</b>	Proctologista	40 a 44 anos	Aracaju	Feminino	15 a 19 anos	As duas
<b>BC</b>	Oftalmologista	40 a 44 anos	Aracaju	Masculino	acima de 20 anos	Privada

<b>LR</b>	Oftalmologista	35 a 39 anos	Aracaju	Feminino	5 a 9 anos	As duas
<b>BQ</b>	Hematologista	35 a 39 anos	Aracaju	Feminino	5 a 9 anos	As duas
<b>LFP</b>	Cardiologista	40 a 44 anos	Barra dos Coqueiros	Masculino	15 a 19 anos	Privada
<b>MM</b>	Fisiatra	30 a 34 anos	Aracaju	Feminino	5 a 9 anos	As duas
<b>MH</b>	Oftalmologista	35 a 39 anos	Aracaju	Feminino	10 a 14 anos	Privada
<b>MF</b>	Cardiologista	35 a 39 anos	Aracaju	Masculino	5 a 9 anos	As duas
<b>AV</b>	Intensivista	40 a 44 anos	Aracaju	Masculino	15 a 19 anos	As duas
<b>OS</b>	Mastologista	35 a 39 anos	Aracaju	Feminino	15 a 19 anos	Privada
<b>JAB</b>	Cardiologista	acima de 45 anos	Aracaju	Masculino	acima de 20 anos	As duas
<b>ACS</b>	Cardiologista	acima de 45 anos	Aracaju	Masculino	acima de 20 anos	As duas
<b>VD</b>	Geriatra	35 a 39 anos	Aracaju	Feminino	10 a 14 anos	As duas
<b>FA</b>	Cirurgião Plástico	40 a 44 anos	Aracaju	Masculino	5 a 9 anos	As duas
<b>RL</b>	Endocrinologista	40 a 44 anos	Aracaju	Feminino	10 a 14 anos	As duas
<b>ACM</b>	Clínico Geral	acima de 45 anos	Aracaju	Masculino	acima de 20 anos	Privada

Fonte: A autora.

Quadro 13 – Perfil dos Participantes Pacientes

<b>COD</b>	<b>Profissão</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Residência</b>	<b>Sexo</b>	<b>Identificação da Comorbidade</b>
<b>LF</b>	Docente	40 a 44 anos	Aracaju	Feminino	0 a 5 anos
<b>JS</b>	Docente	40 a 44 anos	Aracaju	Masculino	0 a 5 anos
<b>AKA</b>	Assistente Social	35 a 39 anos	Aracaju	Feminino	6 a 11 anos
<b>TL</b>	Servidora Pública	35 a 39 anos	Aracaju	Feminino	0 a 5 anos
<b>PG</b>	Jornalista	35 a 39 anos	Aracaju	Feminino	6 a 11 anos
<b>EA</b>	Advogada	acima de 45 anos	Aracaju	Feminino	0 a 5 anos
<b>LR</b>	Aposentada	acima de 45 anos	Aracaju	Feminino	acima de 11 anos
<b>MCS</b>	Docente	acima de 45 anos	Aracaju	Feminino	0 a 5 anos
<b>MIF</b>	Aposentada	acima de 45 anos	Aracaju	Feminino	0 a 5 anos
<b>CS</b>	Fonoaudióloga	25 a 29 anos	Itabaiana	Feminino	0 a 5 anos
<b>LO</b>	Do lar	35 a 39 anos	Itabaiana	Feminino	0 a 5 anos
<b>AG</b>	Do lar	30 a 34 anos	Itabaiana	Feminino	0 a 5 anos
<b>DA</b>	Docente	25 a 29 anos	Itabaiana	Feminino	0 a 5 anos
<b>RR</b>	Enfermeira	25 a 29 anos	Itabaiana	Feminino	6 a 11 anos

Fonte: A autora.



Após apresentados os perfis dos participantes, o lócus da pesquisa e as categorias de análise, serão apresentados, nas próximas seções, os instrumentos e técnicas da coleta de dados realizados nesta investigação.

### **3.8 Técnicas de coleta dos dados**

Para Silva, Godoi e Bandeira-de-Melo (2010), a pesquisa qualitativa não busca regularidades, e sim o entendimento dos atores e do que os levou à ação, e essa tarefa só é possível se os sujeitos forem ouvidos a partir da sua lógica.

Como fontes para a coleta e análise dos dados, propõe-se a consulta à literatura técnica, literatura não técnica e entrevistas pessoais, sendo esta última a principal fonte de dados, uma vez que representa as versões dos participantes sobre eventos percebidos como relevantes para eles e relacionados à questão de pesquisa.

Por literatura técnica, entende-se livros, capítulos de livros, artigos em periódicos, anais de congressos, estudos de pesquisa e trabalhos teóricos ou filosóficos característicos da redação profissional que possa servir de material de apoio contra os quais é possível comparar resultados dos dados atuais. Já a literatura não técnica compreende matérias de jornais, relatórios de organizações não científicas e as conversas realizadas entre a pesquisadora e os participantes, devidamente registradas por intermédio de aplicativo de mensagens, o *WhatsApp*.

O processo de coleta de dados se deu em duas etapas distintas, que compõe a coleta de dados primários e coleta de dados secundários.

Na primeira etapa, inicialmente coletou-se informação preliminar em documentos, manuais, mensagens, outros meios de divulgação, com o intuito de conhecer o processo. Yin (2015) salienta que o maior objetivo da utilização de documentos é corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes.

Dessa forma, como sugere Flick (2009), a utilização de documentos exige a construção de um *corpus*, o que se refere a ter uma representatividade do que foi utilizado. Assim, este estudo optou pela escolha de documentos de autoria oficial e pública, com acesso público e aberto (FLICK, 2009), representados por relatórios de pesquisas de dados estatísticos sobre o uso digital, infográficos e mensagens que foram empregados ao longo do texto.

Em um segundo momento, mediante o objeto se tratar de algo em processo de desenvolvimento, sendo a primeira etapa muito vaga, sabe-se da ocorrência de perdas de perspectivas. Por isso, foi realizada a técnica de entrevistas individuais do tipo semiestruturadas com as partes envolvidas: profissionais da saúde, pacientes e seus pares.

Para Gaskell (2017, p. 64),

A entrevista qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação, e tem como objetivo uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

Ainda para este artífice, a entrevista qualitativa tem como finalidade real explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão (GASKELL, 2017), sendo esse argumento a justificativa para a escolha por entrevistas semiestruturadas individuais – como o próprio autor corrobora, pode-se obter esclarecimentos e acréscimos em pontos importantes.

De acordo com Richardson (2017), a entrevista semiestruturada oferece todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a pesquisa. Entende-se por entrevista semiestruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (ALVESSON, 2011).

Diante do exposto, foram elaborados dois roteiros de entrevistas contendo questões, baseados nos elementos operacionais das categorias definidas na seção secundária 3.4, disponibilizado nos apêndices B e C, sendo o roteiro B aplicado aos pacientes e o roteiro C aplicado aos médicos, alcançando assim todos os entrevistados, seguindo assim as orientações de Gaskell (2017) quanto à elaboração dos mesmos.

Foi realizada uma entrevista zero para levantar necessidades de adaptações ou inclusões no roteiro B – e, de fato, alguns refinamentos foram realizados, antes da entrada definitiva no campo. Adotou-se cautela em não formular perguntas que levassem à aquisição de respostas tendenciosas. Note-se que o roteiro não restringiu a autonomia e a flexibilização na realização da entrevista, sequer deixou de se atentar ao objetivo da investigação; contrariamente, o roteiro permitiu à pesquisadora flexibilidade para ordenar e formular as perguntas conforme o contexto da entrevista era apresentado (GASKELL, 2017).

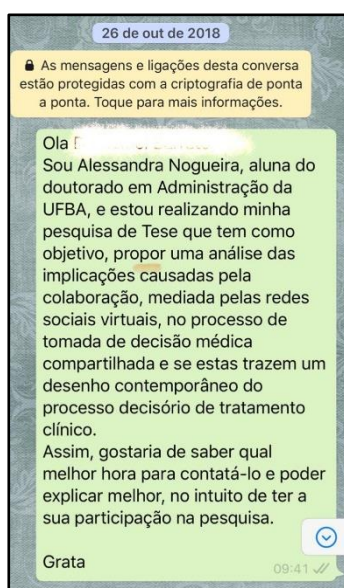
Foram conduzidas entrevistas com 20 participantes da classe médica e 14 pacientes, totalizando 34 entrevistas, realizadas entre os meses de novembro e dezembro de 2018 e no período de janeiro a abril de 2019, com duração média de 22 minutos, perfazendo um total 776 minutos.

Na sequência, com o intuito de manter a perspectiva qualitativa de não preocupação

com a representatividade estatística, mas, sim, com a compreensão analítica do fenômeno, ou a representatividade teórica, defendida por Yin (2015). Então, o princípio da saturação teórica orientou sobre a quantidade de entrevistas realizadas. Dessa forma, as entrevistas findaram a partir do momento em que as respostas se concentraram de tal forma que nenhum novo conceito ou categoria pôde ser acrescentado à análise (FLICK, 2009). Certamente, a amostragem não representa a população de usuários(as) da TIC em nenhuma das classes. O espectro de pessoas, contextos sociais, culturais e políticos envolvidos é muito mais amplo do que o tratado nesta pesquisa, por isso, o fenômeno aqui estudado não tem a pretensão de ser generalizável, dado o caráter qualitativo da pesquisa.

Em seguida, iniciou-se o planejamento das entrevistas. Decidiu-se por iniciá-las com os da classe médica, e tendo em vista que estes, em geral, acumulam diversas atividades, inclusive em horários diferenciados do comercial, considerou-se adequado agendá-las. Para tanto, a pesquisadora, a partir das disponibilizações do critério bola de neve utilizado na definição dos participantes, enviou mensagens prévias via aplicativo de mensagens, o *WhatsApp*, para iniciar um diálogo. Todas as entrevistas iniciaram com uma mensagem de apresentação, conforme Figura 29. Note-se que todas as entrevistas foram realizadas no local agendado pelos participantes, sejam eles local de trabalho, residência ou locais públicos, atendendo ao pedido dos mesmos.

Figura 29 – Texto inicial para agendar as entrevistas



Fonte: A autora.

Em todo início das entrevistas, foi informado ao participante o objetivo da pesquisa e cuidou-se em garantir-lhe a confidencialidade e anonimato dos dados. E assim era solicitada a

assinatura do participante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disposto no Apêndice A. Registre-se que os participantes foram receptivos à entrevista e solícitos ao suspenderem suas agendas de trabalho para disponibilizarem tempo e, sobretudo, demonstraram confiar na proposta da pesquisa ao exporem seus sentimentos, seus pontos de vista, suas experiências pessoais. Destaca-se, aqui, os pacientes cuja maioria expuseram sua realidade ao serem entrevistados em suas residências.

Em sequência, as entrevistas foram registradas por meio de gravações de áudio, posteriormente transcritas e analisadas em seu conteúdo, que sugerido por Merriam e Tisdell (2015) possibilitam mudar de uma lente de ângulo ampla para um mais estreito (foco) e buscar as palavras-chaves nas considerações das pessoas facilita a aceitação da pesquisa, dando a esta uma maior confiabilidade (DENZIN; LINCOLN, 2018). Assinala-se que nenhum entrevistado se recusou a gravar o encontro, nem sequer demonstrou incômodo frente ao dispositivo de gravação.

Após cada realização de entrevista, a pesquisadora iniciou o processo de se relacionar com os entrevistados a partir das redes sociais *on-line* citadas por eles, assim como seguir os perfis pessoais e comerciais dos mesmos; e, no caso de pacientes, os perfis pessoais ou perfis criados para divulgação e acompanhamento dos tratamentos, consoante a Figura 30, com o intuito de observar e acompanhar a rotina, além destas despontarem como úteis e elucidativas para aprofundamento de aspectos específicos verbalizados pelos participantes, funcionaram como complemento aos registros obtidos nas entrevistas. Tal ação serviu de auxílio à pesquisadora para identificar outras potencialidades do uso das redes sociais *on-line* no processo de colaboração proposto pela Decisão Médica Compartilhada.

Figura 30 – Exemplo de perfis dos pacientes

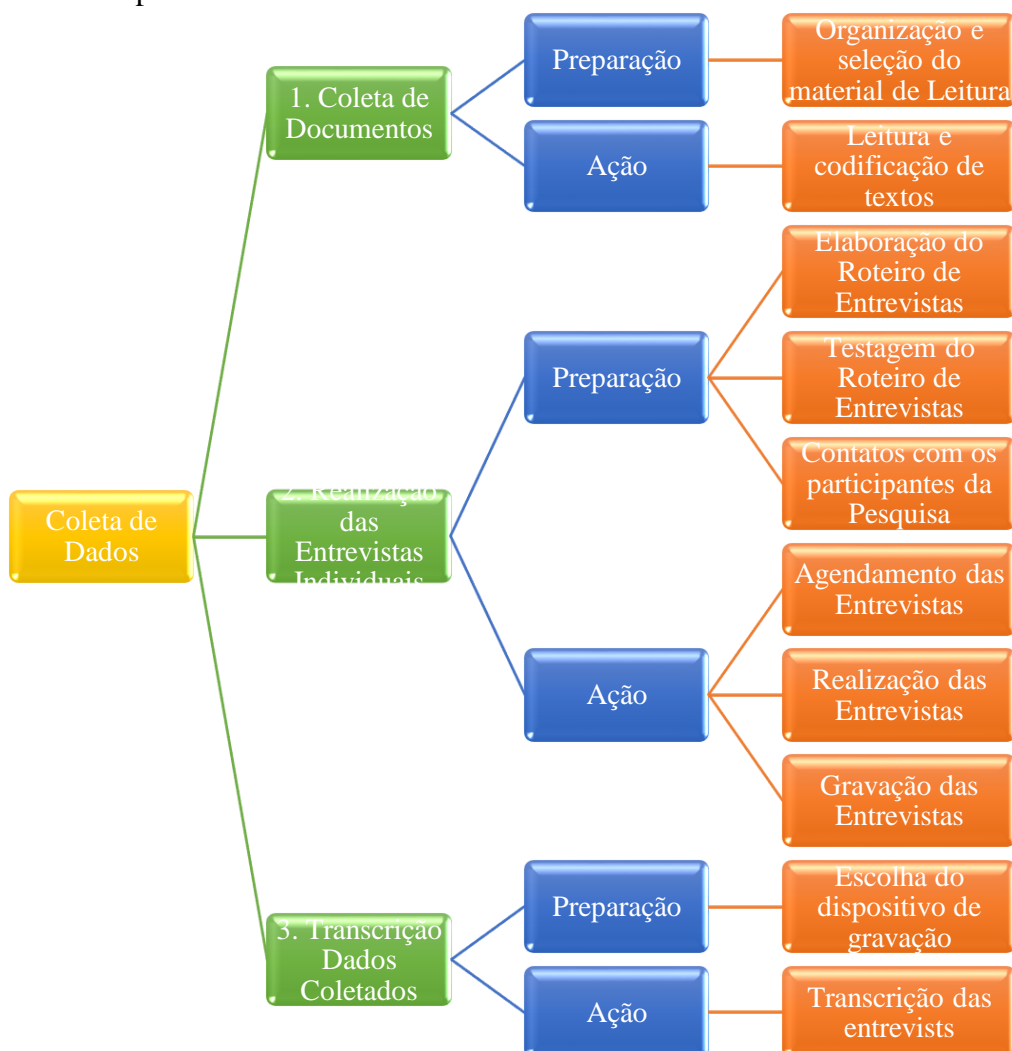


Fonte: A autora.

As entrevistas foram transcritas e submetidas a uma conferência de fidedignidade, em que foi lido o texto transcrito ao mesmo tempo em que se ouvia o áudio. A versão original das transcrições foi editada para que falas excessivamente coloquiais, interjeições, repetições, falas incompletas, vícios de linguagem e erros gramaticais fossem corrigidos. As citações utilizadas neste trabalho correspondem à transcrição editada, porém uma versão original das transcrições foi mantida para consulta. As transcrições das entrevistas encontram-se disponíveis no *link*: [https://www.dropbox.com/sh/1ji3719z5vmndjy/AACOn46\\_8oiRvOxBZxKebwT\\_a?dl=0](https://www.dropbox.com/sh/1ji3719z5vmndjy/AACOn46_8oiRvOxBZxKebwT_a?dl=0) e foram a base para a etapa seguinte da pesquisa: a análise dos dados coletados.

Entendendo a importância dessa fase para o estudo qualitativo interpretativo básico, foi elaborado um quadro orientador desta etapa da pesquisa. Tal protocolo, que se encontra na Figura 31, apresenta as fases seguidas pela pesquisadora, bem como os procedimentos adotados para cada uma das fases.

Figura 31 – Etapas da Coleta de Dados



Fonte: A autora.

Denzin e Lincoln (2018) estabelecem que, ao final da coleta, o investigador se depara com uma imensa quantidade de notas de pesquisa ou depoimentos materializados em forma de texto, que deverão ser organizados e depois interpretados. Sendo assim, o objetivo da análise de dados é descrever e interpretar os dados coletados de maneira que venha responder às questões formuladas no estudo.

### 3.9 Técnicas de análise de dados

De fato, nas análises interpretativas, existe uma crença implícita de que o conhecimento que o pesquisador está descobrindo por meio da identificação de propriedades formais pode estar além da capacidade expressiva dos informantes (DESANCTIS; POOLE, 1994).

Como forma de analisar os dados secundários, utilizou-se a análise documental. Em termos gerais, a análise documental consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados; é o método histórico que consiste em estudar os documentos visando investigar os fatos sociais e suas relações com o tempo sociocultural-cronológico (RICHARDSON, 2017).

A propósito, como sugere Flick (2009), os documentos se configuram como métodos não intrusivos e forneceram dados práticos no campo em estudo; e assim se comportaram os relatórios e as mensagens utilizadas, pois serviram como forma de contextualização da informação, uma vez que estes possuíam os requisitos necessários, de autenticidade, credibilidade e significação.

Em seguida, para a análise do *corpus* deste estudo composto por meio das entrevistas e da análise documental, o procedimento da análise interpretativa do conteúdo foi o método adotado para a análise dos dados. Minayo *et al.* (2011) afirmam que esse tipo de análise busca uma compreensão aprofundada frente ao problema de pesquisa, além disso, a autora argumenta que a análise dos dados deve atender a três finalidades: compreender os dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado.

A análise documental e a análise de conteúdo diferenciam-se em alguns aspectos, pois a documental trabalha com documentos, e a de conteúdo, com mensagens. O objetivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenagem; já o da análise de conteúdo é o manuseio sistemático e objetivo de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir

conhecimentos sobre uma realidade das condições de produção/recepção da mensagem (BARDIN, 2011; MORAES, 1999).

Nessa perspectiva, também Minayo *et al.* (2011, p. 203) versam que a análise de conteúdo busca “[...] ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica em relação à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação.”. Desse modo, a escolha pela Análise de Conteúdo se deu em virtude de ser possível reconstruir mapas de conhecimento, corporificados em textos (BAUER, 2017). Para tal, admitiu-se que era plausível produzir redes de análise a partir de interações entre texto, categorias, códigos e teoria.

Na análise de conteúdo, a mensagem pode ser submetida a uma ou várias dimensões de análise. Bardin (2011) classifica a análise de conteúdo em várias técnicas, entre elas, a análise categorial, que, segundo a autora, corresponde à classificação dos elementos de um determinado conjunto por diferenciação e reagrupamentos conforme critérios previamente definidos. Esse tipo de análise de conteúdo consiste, portanto, na divisão do texto em unidades ou categorias segundo reagrupamentos analógicos.

Considerando que esse tipo de análise se descreve pela ampla quantidade de informações que gera, conforme analisada por Patton (2014), a ordem de desenvolvimento da tabulação dos dados se deu da seguinte forma: (1) a descrição analítica, que consiste na codificação, classificação e categorização dos dados; e (2) o tratamento dos resultados, ambas amparada pela versão 12 do *software* de análises qualitativas Nvivo, valendo-se das potencialidades dos *softwares* qualitativos para facilitar tal processo que possibilitou ganhos em eficiência para o pesquisador na manipulação de dados, mesmo tendo conhecimento de que este não supre o codificador humano (SILVA; GODOI; BANDEIRA-DE-MELO, 2010).

De acordo com a diretriz de Bardin (2011), a operacionalização da análise de conteúdo pode ser caracterizada em três fases apresentadas, no Quadro 14, associadas à respectiva adequação a essa pesquisa e às funcionalidades do *software* utilizadas para cada etapa.

Quadro 14 – Procedimentos da análise de conteúdo

<b>Fase</b>	<b>Procedimentos</b>	<b>Suporte do Nvivo</b>
Pré-análise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura ocasional dos dados coletados – documentos, transcrições das entrevistas, para analisá-los e conhecê-los;</li> <li>• Identificação e recolha de outros documentos que não tenham sido contemplados na definição prévia do <i>corpus</i>;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adição de documentos, publicações;</li> <li>• Carregamento dos documentos contendo as transcrições das entrevistas.</li> <li>• Geração de Dados do tipo Arquivos;</li> <li>• Criação dos Casos;</li> <li>• Aporte dos atributos dos Casos;</li> <li>• Associação dos atributos a cada caso;</li> <li>• Criação dos nós dos códigos pré-</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação do conteúdo coletado nas entrevistas e dados dos documentos para inserção no Nvivo.</li> </ul>	definidos.
Exploração do material	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação dos temas encontrados nos documentos, apontando recortes que os indiquem nos textos;</li> <li>• Definição dos sistemas de categorias <i>a priori</i>; emergência de novas categorias de análise.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação dos Nós e subnós dos códigos pré-definidos;</li> <li>• Seleção de trechos dos documentos;</li> <li>• Criação de novos nós ou subnós para as novas categorias;</li> <li>• Criação de memos;</li> <li>• Criação de Anotações.</li> </ul>
O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise qualitativa dos dados, com apoio do <i>software</i> Nvivo;</li> <li>• Elaboração de teias/figuras conceituais e interpretativas apresentadas na seção de análise e discussão dos dados;</li> <li>• Ajustes no <i>framework</i> proposto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geração de autocodificação;</li> <li>• Codificação das respostas de cada pergunta;</li> <li>• Criação das árvores de nós com as categorias e elementos com as respostas de cada entrevistado;</li> <li>• Análise das dimensões, categorias e elementos a partir dos atributos dos respondentes;</li> <li>• Geração da representação gráfica dos relacionamentos entre códigos, casos, nós e subnós, memorandos, anotações e <i>links</i>.</li> </ul>

Fontes: Bardin (2011) e Santana (2014).

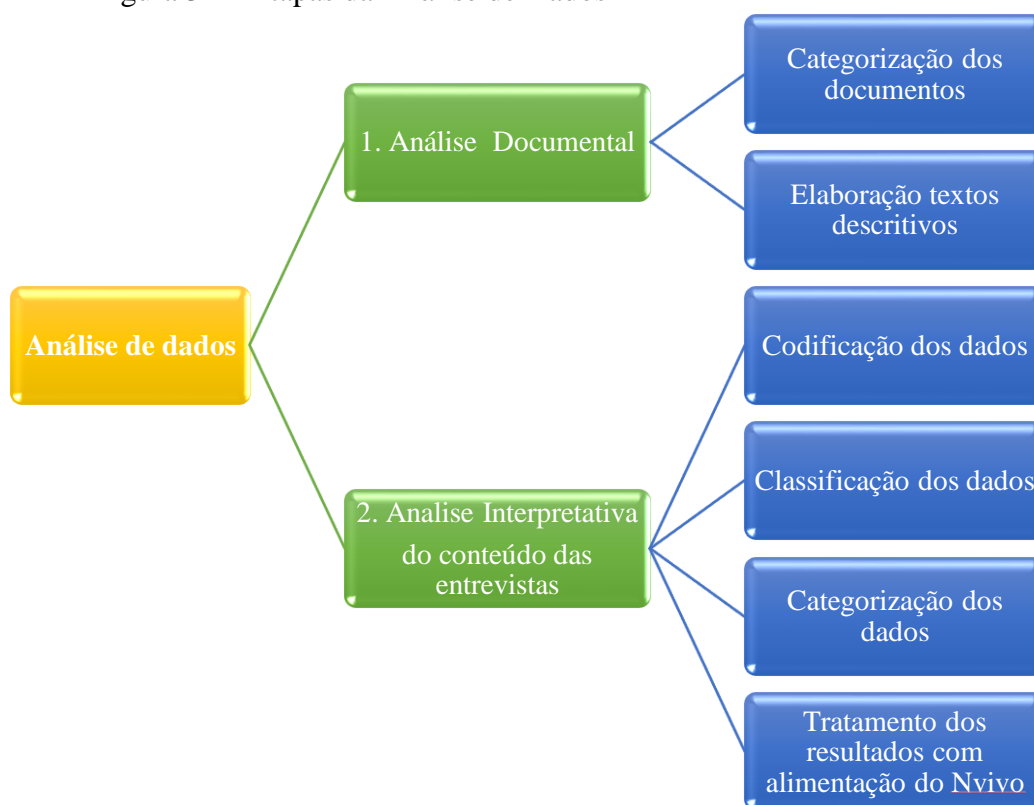
A análise de dados no *software* se conclui com documentos, 482 trechos selecionados e codificados, 09 nós, 28 subnós analíticos (incluem-se aqui as categorias e elementos), 14 anotações.

As funcionalidades do Nvivo são diversas, alcançam, desde a contagem de palavras, frequência de texto, “[...] até procedimentos mais complexos como elaboração de mapas de conexão e a estimação de modelos de séries temporais” (SILVA; FILHO; SILVA, 2015, p. 6), além oportunizar a codificação e categorização de uma enorme quantidade de informações.

Portanto, as fases que compõem a análise dos dados coletados estão expostas na Figura 32, a seguir.



Figura 32 – Etapas da Análise de Dados



Fonte: A autora.

### 3.10 Cuidados metodológicos

No esforço de otimizar a sua capacidade de análise e interpretação dos dados coletados, sob a égide do pensamento contrário de Demo (2002, p. 364), de que a pesquisa qualitativa é mais complexa, haja vista ser possível “dar sustentáculo científico à interpretação, desde que se tenham cuidados metodológicos adequados, entre eles a formalização ao mesmo tempo severa e flexível”, procurou-se adotar uma visão dedicada ao real, ao que também não estivesse evidente, ser sensível e receptiva as pessoas, estabelecendo relações de confiança.

O que não deixou de lado a objetividade, por mais estritas que fossem as relações pessoais estabelecidas, e as limitações do critério de acessibilidade e bola de neve utilizados. A pesquisadora tratou de não se perder na teia dos fenômenos, uma vez que buscou pelos nomes chaves convergentes sinalizados nas indicações, aumentando assim, a chance das correlações encontradas, e por outros nomes de sua rede pessoal de relacionamento, mantendo o cuidado na seleção e evitando os preconceitos pessoais. Assim, a clareza de propósitos e familiaridade com os temas analisados, foi categórico para superar a subjetividade imanente à situação em vários momentos.

Entretanto, para Yin (2015), é necessário adotar algumas convicções, a fim de cuidar do rigor científico, independente da forma de coleta, então um aspecto de validação utilizado para garantir o elo entre as indagações teóricas realizadas, os dados coletados e os resultados obtidos, foi o de acompanhar através de uma observação (seguir) as redes sociais dos entrevistados, no intuito de corroborar as percepções da pesquisadora.

No que concerne a legitimidade da pesquisa, haja vista ter como envolvidos pacientes e profissionais de saúde, o projeto da mesma foi submetido a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, via plataforma Brasil, contudo o processo não foi concluído, por não haver tempo hábil para aguardar a aprovação e o início da coleta de dados, entende-se que não houve entendimento pelas partes de que não se tratava de um experimento em laboratório com os envolvidos.

Assim, optou-se pela disponibilização dos documentos de TCLE em suas vias devidamente assinadas no *link*: <https://www.dropbox.com/sh/ch2bejfx42z4rs7/AAA0upaMWYatFbsAa8-9tyb2a?dl=0> e as transcrições das entrevistas encontram-se disponíveis no *link*: [https://www.dropbox.com/sh/lji3719z5vmndjy/AACOn46\\_8oiRvOxBZxKebwT\\_a?dl=0](https://www.dropbox.com/sh/lji3719z5vmndjy/AACOn46_8oiRvOxBZxKebwT_a?dl=0), ou seja os dados mais importantes do estudo, acessíveis ao leitor desta tese.

Na seção seguinte, apresentam-se a análise e discussão dos dados coletados conforme a metodologia aqui exposta.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesta seção, são analisados e discutidos os dados obtidos por meio das técnicas de coleta escolhidas. A seção está estruturada em consonância aos objetivos desta investigação. Inicia-se com a apresentação das tecnologias identificadas com mais frequência de uso pelos participantes e, em seguida, exprime-se a forma como a apropriação dessas tecnologias vem sendo realizada, por meio da apreciação das categorias definidas para essa dimensão, que são: grau de uso da tecnologia, conforto com a tecnologia, adaptação da tecnologia e o grau de uso para domínio e poder. Essas categorias foram definidas com a intenção de trazer a discussão da apropriação para o nível micro, que corresponde ao indivíduo. Assim, os dados coletados serão descritos conforme foram apresentados pelos participantes e interpretados à luz da Teoria da Estruturação Adaptativa.

Em sequência, expõe-se a percepção acerca da colaboração no ambiente de interação, suportada pelo modelo i3C, denominado de colaboração interativa, em que, além das categorias de comunicação, coordenação e cooperação, traz a propriedade da interatividade. Esta última propõe a conectividade e a bidirecionalidade, funcionalidades necessárias a fim de confirmar a presença ou intenção da colaboração no processo de Decisão Médica Compartilhada e se esta é permeada pelas mídias sociais virtuais.

Após a descrição e análise dos dados coletados, será realizada uma discussão dos dados com o intuito de demonstrar as relações propostas no diagrama operacional da pesquisa apresentado na seção 2 deste trabalho.

### 4.1 As tecnologias colaborativas utilizadas pelos profissionais da área de saúde e pacientes

Para Kang *et al.* (2012), tecnologia colaborativa é qualquer tecnologia que possa ser usada por um grupo de indivíduos e que evoluiu para redes de colaboração e, em seguida, para mídias sociais. Foi identificada a utilização das mídias sociais pelos entrevistados, conforme as categorias do prisma global de mídias sociais da *Ethority*, apresentado na seção 2.3.2 deste trabalho, uma vez que este compreende, de forma ampliada e atualizada, as mídias sociais mais relevantes na navegação no mundo social.

A Figura 33 traz a nuvem de palavras em que a intensidade da palavra remete à contagem simples das ocorrências destas nas falas dos entrevistados, e, assim, pode-se vislumbrar imediatamente os termos mais comuns em relação às tecnologias utilizadas por eles.

Figura 33 – Termos mais comuns em relação às tecnologias utilizadas



Fonte: A autora.

O aplicativo de mensagens *WhatsApp* foi o mais citado pelos profissionais da saúde, tanto na troca com os pares quanto com o paciente. O *Telegram*, o *Messenger* e o *Skype* também foram mencionados, porém, de forma pontual por algum profissional em específico. Vale ressaltar que, conforme Massey (2008), os aplicativos de mensagem instantânea oferecem um meio para interações síncronas em tempo real, facilitando o compartilhamento de informações e a tomada de decisões, como descrito nas falas dos entrevistados:

Hoje, de fato, isso vem... a sua pesquisa vem bem no ponto, né? De fato, a gente tem usado mais o *WhatsApp*, por exemplo, porque é uma comunicação mais rápida e uma certeza de que o colega vai ver em algum momento, porque nem sempre àquela hora que você ligar ele vai poder lhe atender, mas sempre tentando desfazer possíveis equívocos. Aquela coisa de telefone sem fio, né? (entrevistada UB)

Sim, *WhatsApp*. **Fóruns, grupos específicos?**<sup>15</sup> Sim. **Mas no Face no Instagram?** Face não, muito pouco. *Instagram* também muito pouco. É mais *WhatsApp*. (Entrevistada LR)

No caso do *Telegram*, apenas um dos profissionais declarou o seu uso, contudo, de forma passiva e apenas com outros profissionais, corroborando com a afirmação de Massey (2008) de que as mensagens instantâneas também podem servir para suportar interações sociais/relacionais entre os membros de uma equipe. Embora não sejam pertinentes à tarefa de

<sup>15</sup> Os fragmentos em negrito correspondem à fala da pesquisadora.

trabalho focal, esses comportamentos de interação ajudam a desenvolver laços relacionais dentro da equipe.

Participo, sim, grupos de *WhatsApp*, *Telegram*, pessoas de São Paulo, participo, sim. Eu confesso que, atualmente, mais passivamente. Eu uso isso como uma forma, como são grupos de pessoas que eu respeito bastante, de locais de referência grande, então, acaba que as informações ali realmente têm uma procedência muito maior. Então os trabalhos científicos que são jogados nessas comunidades é um filtro já, acaba sendo um filtro para gente. (Entrevistado RBU)

Quando se trata dos pacientes, o único aplicativo de mensagens mencionado foi o *WhatsApp*. Todos eles usam, conforme a fala de RR: “Só o *WhatsApp* mesmo, para falar com a médica e com a minha prima que também é médica”, corroborando, mais uma vez, com o pensamento de Massey (2008) sobre o suporte às interações sociais.

Como aplicativo de imagens, o *Instagram* foi o mais apontado. Para Aragão *et al.* (2016, p. 135), “O Instagram é uma mídia social que oferece aos usuários a oportunidade de compartilhar suas vidas através da publicação de imagens e vídeos [...]”. No Brasil, é a quarta plataforma mais usada, segundo o relatório de visão geral global do digital da *hootsuite* (WE ARE SOCIAL; HOOTSUITE, 2020), ficando atrás do *Youtube*, *Facebook* e *Whastapp*. No entanto, foi percebido que o seu uso está destinado, em sua maioria, ao acesso às informações oficiais e para a publicidade e propaganda dos profissionais do que para troca de informações com pacientes.

Outro ponto a se destacar é que os profissionais de saúde, em sua maioria, possuem mais de um perfil, geridos separadamente: um pessoal, alimentado pelo próprio, com informações pessoais, conforme fala UB: “[...] tem, mas meus perfis são pessoais; não são perfis que são abertos, igual dos colegas de profissão, não. Nem alunos mesmo. **Então você alimenta só com informações pessoais?** É, eu não uso profissionalmente”; e outro perfil profissional, nutrido por profissionais especializados para divulgação, com informações sobre sua atividade profissional, exemplificado no depoimento de RB. Tais formas de uso serão discutidos no item posterior que trata das formas de uso para a apropriação de tecnologia.

Sim, meu perfil pessoal e da minha clínica, alimento com informações, com atualizações **você mesmo?** Eu ou a equipe de MKT do consultório. **A sua página pessoal também é a equipe de marketing que alimenta?** Não, essa é minha. **Ela é separada?** Na página pessoal tem a minha vida pessoal e, eventualmente, eu coloco alguma coisa relacionada à profissão, por exemplo: estou indo para um congresso, entendeu? (**Entendi**) E na página da clínica, a gente coloca que a clínica está realmente vinculada a uma proposta de atualização constante e isso faz parte, congressos, cursos. **E até as informações sobre?** E isso é importante para quem está confiando no nosso

trabalho saiba que a gente está atualizado. (Entrevistado RB)

Convém registrar que quatro profissionais mencionaram o uso exclusivamente pessoal, e apenas dois profissionais disseram não possuir nenhum tipo de perfil no *Instagram*, a MH e o ACM. O que se percebe nesses dois profissionais é a diferença de faixa etária e o tempo de atuação na medicina, o que contraria as alegações de que o uso de TIC é mais presente entre os mais jovens. E outro participante havia instalado o aplicativo alguns dias antecedentes à entrevista, para busca de informações sobre um evento: “Inclusive, o *Instagram* eu instalei tem 15 dias, por conta disso mesmo, porque teve um congresso aí eu queria ver as novidades. Aí eu vi tudo estava relacionado o *Instagram* eu fui atrás. Mas fora isso só no *site* direto da sociedade brasileira e *American heart*.” (Entrevistado MF).

Para os pacientes, a utilização do *Instagram* confirma a pesquisa de Isika, Mendoza e Bosua (2020), de que essas tecnologias tiveram um impacto considerável na sociedade: como plataformas para o ativismo, como suporte para novos modelos de negócios e como forma de organizar as pessoas em torno de causas comuns, como saúde, uma vez que os entrevistados que explanaram sobre o uso do *Instagram* mencionaram a criação de relações a partir da publicação sobre suas comorbidades, além de recebimento de informações, como é o caso de CS:

Eu tô conversando com mães que não só que têm filho com condições no desenvolvimento, como com outras... no *Instagram*, no *WhatsApp*. [...]. E teve uma mãe que veio falar até mim a importância de colocar GTT [...] ela é de... Sei nem de onde ela é. Cê é doido... Ela ligou para mim...

**Pesquisadora:** E como ela chegou até você?

**CS:** No *Instagram*. Ela viu as coisas que eu postava e eu vi que ela também tem um filho que tinha síndrome de Pierre Robin, que é uma das coisas que Heitor tem, uma das. Então, ela disse: “Olha, um menino novinho, vou falar com essa mãe”.

A rede social *Facebook* foi a terceira mais mencionada, mantendo-se em consonância com o *Instagram*, quanto ao uso pessoal ou profissional. Contudo, com essa mídia houve divergência de opiniões quanto a sua utilidade, como se pode perceber nos depoimentos trazidos, mesmo sendo a rede social mais usada no mundo (WE ARE SOCIAL; HOOTSUITE, 2020):

Sim, grupos de *Facebook* geralmente, sobre as doenças que eu mais acompanho, por exemplo, síndrome de Herles Danos, que uma síndrome que eu acompanho, eu faço parte de um grupo no *Facebook*. (Entrevistada MM)

Eu já usei, eu tenho o *Facebook* e tenho *Instagram* profissional. Está meio parado. Eu preciso reorganizar para voltar a utilizar, mas, aí, é mais só para o pessoal ver. Eu não gosto muito de conversar com paciente no *Direct*, nem gosto de conversar com paciente no *Facebook*, também no *Messenger*. **Mas conversa no WhatsApp?** Converso no *WhatsApp*. (Entrevistada SK)

Sim, participo de um grupo de cardiologia clínica e de um grupo de imagem em cardiologia. **E você fala isso via WhatsApp ou em outros tipos de comunidades?** Algumas coisas em *Facebook*, que eu não gosto muito, e muitas coisas em *WhatsApp*. (Entrevistada UB)

*Facebook*, por incrível que pareça, eu uso muito o *Facebook* para minha atividade profissional. Eu sigo vários canais de saúde, eu tenho grupos de especialidades. Hoje em dia, eu trabalho muito com segurança e qualidade da assistência, e a gente tem grupos. Conheci pessoas, conheci contatos de outro estado via *Facebook*, então hoje eu acabo me atualizando, discutindo e até na verdade formando uma sociedade, a gente se formou tem uma nova sociedade, tudo via *Facebook*. (Entrevistado AV)

No universo dos pacientes entrevistados, o *Facebook* foi relacionado à participação em grupos, como observado abaixo:

**AG:** Não. Assim, no *Facebook* tem mães... que tem filhos com paralisia.

**Pesquisadora:** Você participa desses grupos?

**AG:** Sim, participo.

**Pesquisadora:** Como é que você interage?

**AG:** Eu pergunto muitas coisas às mães, entendeu? Como é a alimentação com a GTT. Essas coisas. Alguma faixazinha que eu vi na *internet* para proteger, inclusive a gente comprou também. Pego muitas coisas.

**Pesquisadora:** Elas interagem também?

**AG:** Sim. (Entrevistada AG)

A mídia de notícias *Twitter*, foi mencionada por apenas três profissionais, e seu uso relatado para busca de informações de forma mais acelerada e curta: “[...] atualmente, o *twitter* é a rede social que eu mais uso para busca mais rápida de informação e atualização, quando eu não quero uma coisa específica. Só para me manter a par do que está rolando. O *twitter* me ajuda muito” (LFP). A rede de profissionais *LinkedIn* foi mencionada apenas por um profissional, mas seu uso não foi detalhado, como se observa: “Mas eu tenho *Facebook*, *Instagram*, tenho *Twitter*, tenho *LinkedIn*, todos pessoais” (Entrevistado LFP).

Apenas um profissional se referiu à plataforma de trabalho colaborativo *Evernote*. Mesmo assim, o seu uso foi apenas para organização pessoal, como descrito no depoimento de MM. Já no que concerne aos pacientes, nenhuma outra mídia foi mencionada.

Eu uso o *Evernote*. Ele é muito prático, porque, como ele é leve, eu consigo fotografar. Então, todo o exame do paciente, eu consigo ver. Relatório que,

por acaso, eu faço à mão, que eu não faço no sistema. Então, para não perder essa informação, eu deixo tudo no *Evernote*, independente do sistema que eu estiver usando, em qualquer clínica, eu sempre tenho uma anotação de paciente no *Evernote* para mim, mas não para compartilhar. (Entrevistada MM)

Os profissionais de saúde, quando interrogados sobre aplicativos de auxílio ao desempenho da atividade profissional, citaram o Med-X, sistemas de prontuários específicos e locais, assim como calculadoras específicas, a exemplo de:

A gente tem vários aplicativos de estimativa de risco, de predição de riscos, de ajuste de droga, de dose, de efeito colateral, existe vários aplicativos, né? O mais comum que a gente usa, talvez, na prática, é a estimativa de risco, do escore de Framingham, ou então o ASCVD, que é um *score* bastante popular, que a gente calcula o risco estimado para ver se vai tratar o colesterol elevado ou não, se vai tratar uma dislipidemia. Isso é muito comum, isso aí hoje é rotina. Estimar o risco de *Wells* para estimar o risco de embolia, se vai anticoagular ou não; se vai, aí se entende que tem uma decisão compartilhada porque a anticoagulação pode salvar a vida do dente e pode causar um sangramento, pode também ter o contraponto até de uma novidade ou mesmo mortalidade por conta do remédio, então isso é muito comum, essa tecnologia é frequente. (Entrevistado JAB)

Tem algumas ferramentas *on-line* para cálculo de risco de paciente com mutação genética, cálculo de risco para recorrência de doença, cálculo de risco para desenvolvimento de novos tumores. Então a gente usa. Eu uso bastante essas calculadoras de resposta a quimioterapia, tem bastante né? (Entrevistada PS)

Já os pacientes, quando interpelados acerca de uso de aplicativos de gerenciamento da saúde, apenas dois deles afirmaram fazer uso para armazenamento de dados de atividade física: “[...] uso para guardar informações. Dados de atividades físicas, sim” (entrevistado JS), e um paciente declarou o uso do *Kinedu*, um aplicativo de auxílio ao desenvolvimento infantil:

Uso o *Kinedu*, [...] como Heitor tem uma alteração no desenvolvimento... Então, esse aplicativo... No início, quando você abre, você responde uns questionários sobre cognição, sobre linguagem, sobre os aspectos da criança... Você responde e dá um resultado. Uma base bem geral do que o seu filho está precisando. Então, ele fala todos os dias o que é bom estimular nele. É bom para a gente na correria do dia a dia, que a gente não sabe como começar, porque ele tem várias alterações. (Entrevistada CS)

Quando questionados acerca de busca de informações na *internet*, o uso do mecanismo de busca *Google* foi unânime pelos dois grupos de participantes, desde a procura desinteressada até a específica e científica, conforme fala o entrevistado RBU: “[...] é *Google*, isso, basicamente *Google*. Nada científico, nada é uma palavra complicada, mas em sua maioria são



situações basicamente *Google, né?*” (entrevistado RBU). Os profissionais de saúde relataram, inclusive, o uso indevido pelos pacientes na busca de informações sobre suas comorbidades ou tratamentos:

Doutor *Google*? O que eu sempre digo para os meus pacientes que ele tem que saber o que ele tem, a doença que ele tem que pesquisar, mas que pesquisa fontes confiáveis de preferência as revistas médicas, o artigo científico. Não né? É a revista de fofoca, o bloguezinho, como a pessoa vai dar opinião pessoal sobre a doença que passou, não ele procure realmente informação científica. (Entrevistada BQ)

Registra-se que alguns profissionais de saúde participam, de forma ativa ou só observadora, de comunidades de prática das sociedades de suas especialidades. A maioria participa de grupos, principalmente *WhatsApp*, relacionados a suas especialidades, ressaltando a ligação com profissionais das escolas anteriores e de outros centros.

Tendo sido apresentadas as tecnologias colaborativas utilizadas pelos participantes da pesquisa, a seção a seguir busca responder ao primeiro objetivo desta tese, descrevendo a forma de apropriação das tecnologias colaborativas utilizadas pelos profissionais da área de saúde e paciente.

#### **4.2 A forma de apropriação das tecnologias colaborativas utilizadas pelos profissionais da área de saúde e pacientes**

Isika, Mendoza e Bosua (2020) sugerem que tecnologias como as mídias sociais podem servir como uma ferramenta econômica no autogerenciamento de doenças crônicas. No entanto, afirmam que estudos anteriores realizados sobre o uso de mídias sociais para a saúde se concentravam apenas em mecanismos de motivação, ou seja, influenciavam os resultados relacionados à saúde nesses ambientes e negligenciavam os processos de apropriação das ferramentas de mídia social no contexto público para gerenciar a saúde e bem-estar.

Levando-se em consideração que este estudo tem como um de seus objetivos a identificação da forma como as tecnologias colaborativas, utilizadas pelos profissionais de saúde e pacientes, foi apropriada, uma vez que a forma como a apropriação é realizada pode confirmar a presença/intenção da colaboração permeada pelas tecnologias no processo de Decisão Médica Compartilhada.

Assim, iniciando da alegação de Carroll *et al.* (2003), de que, se os participantes de uma pesquisa forem atraídos por uma tecnologia, eles a explorarão em profundidade, e a apropriação

ocorre quando os participantes experimentam e avaliam a tecnologia, selecionam e adaptam alguns atributos dela e, assim, tomam posse de suas capacidades para satisfazer suas necessidades.

A dimensão Apropriação de tecnologia deste estudo foi operacionalizada por meio de quatro categorias que serão apresentadas a seguir.

#### 4.2.1 Grau de uso da tecnologia

Os resultados do uso da tecnologia formam atitudes que podem influenciar apropriações e decisões posteriores para usar (ou não usar) tecnologias e vai depender de suas práticas de uso, incluindo o grau de uso da tecnologia e a apropriação bem-sucedida dela. Afirma-se ainda que o uso gera o uso e que o ato de usar a tecnologia pode ser tão importante quanto qualquer atributo do grupo em si (DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000).

A forma e o índice de uso da tecnologia foram avaliados a partir de três elementos, uma vez que se prevê que os padrões de apropriação variem em função do conhecimento da estrutura da tecnologia, da frequência de uso e do tipo de uso que os participantes estão realizando (DESANCTIS; POOLE, 1994; DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000; POOLE; DESANCTIS, 1990).

Quanto ao elemento estrutura de uso, observa-se que o grupo de participantes dos profissionais de saúde possui um maior domínio no que se refere às regras e recursos que a tecnologia oferece, assim como na exploração destes para a sua atividade, como verbaliza o entrevistado AV:

[...] na verdade, o seguinte: se não há regulamentação e está tendo problema, eu vou acabar com *WhatsApp*? Não, o *WhatsApp*, o *Facebook*, o *Instagram* estão aí como ferramentas importantes. O que eu preciso é regulamentar, para que esses vieses, esses *outliers*, acabem na verdade mitigando, diminuindo e eu volte ao foco da ferramenta. Ah! O *Facebook* é uma ferramenta de *meme*, eu disse: rapaz até tem, realmente, tem muito *memes*. Agora, assim, na minha página, porque você tem um algoritmo de quanto mais, a depender do assunto que você busque, mais vai aparecendo, mais sugeridos. Por um lado, é bom porque você seleciona aquilo assim; por outro lado, na verdade, a depender do algoritmo, ele pode te privar de acesso a outros conteúdos que poderia ser interessante [...] isso mesmo, exatamente, a discussão vai, vai, vai nisso mesmo, dos benefícios, o que você pode realmente atingir em termo de decisão compartilhada em termo de interação, de interação médico-paciente. Lógico que, aí, você vai ter que ponderar um monte de vieses, que é como eu disse: talvez o problema não seja a ferramenta, o problema seja... a ferramenta não foi desenvolvida para a medicina, apropriação... exato... (Entrevistado AV)

A entrevistada RBU reforça quando ele se refere ao aplicativo de mensagem como uma ferramenta:

Sim, sim, às vezes mando mensagens, recebo também, [...]. Então às vezes está pendente um exame, por exemplo, e aí... assim que o resultado chega, me enviam por rede social, enfim, *Whatsapp*.

**O sr. acha que o *WhatsApp*, na verdade, atende à essas expectativas, como auxílio para vocês, como uma ferramenta?** Acho que sim. **Se tornou uma ferramenta?** Sem dúvida, né? Além do recurso do envio do texto em si, tem o recurso do envio do áudio e da foto. Eu posso ver, por exemplo, uma imagem de uma tomografia, posso ver imagem de exame, facilita isso. O próprio áudio, você, às vezes, precisa e não consegue ligar para pessoa naquele momento. A pessoa pode gravar um áudio e você escutar num momento mais oportuno. Facilita bastante. (Entrevistada RBU)

Já no grupo dos pacientes, o grau de conhecimento da estrutura foi considerado baixo, haja vista o uso ser básico e com objetivos de comunicação entre paciente e médico, entre paciente e paciente e entre médico e médico, como se observa nas palavras da entrevistada MIF:

Falo no *zap*. Tenho umas pessoas: uma é uma prima minha, que também teve câncer de mama. A gente troca muitas figurinhas. Porque assim, as pessoas, como veem que eu estou bem, parece que eu não posso reclamar de nada, porque aparentemente eu estou bem, estou ótima. (Entrevistada MIF)

Já a entrevistada EA deixa claro o seu desconhecimento quanto à estrutura da tecnologia:

**Pesquisadora:** Você tem redes sociais?

**EA:** Tenho. Tenho *Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp*...

**Pesquisadora:** Mas você só segue relações assim, familiares...?

**EA:** Isso.

**Pesquisadora:** Nunca foi buscar neles médicos que falem da doença?

**EA:** Não, não.

**Pesquisadora:** Nem seus próprios médicos?

**EA:** Por sinal, eu tenho até que seguir... porque como não é uma cardiopatia grave, porque o meu médico disse que não é uma cardiopatia grave, porque quem tem uma cardiopatia grave é isento até de imposto de renda. Eu tenho que buscar isso pra saber até se eu não estou inclusa. É bom até que busque, né? (Entrevistada EA)

Com relação ao elemento interação, princípio fundamental da AST, as equipes que interagem com mais frequência têm maior probabilidade de estabelecer firmemente práticas de interação social, além de reforçar os padrões de interação do grupo. A AST prevê que alta frequência de interação da equipe deve oferecer muitas oportunidades para reconciliar as

diferenças sobre quando e como usar as tecnologias (DESANCTIS; POOLE, 1994; DESANCTIS; POOLE; DICKSON, 2000).

Para os profissionais de saúde, verifica-se uma elevada frequência de interação entre eles, por meio das mídias sociais e em quase todas as tecnologias utilizadas, com os mais diversos objetivos, desde o de comunicação, como explana UB:

**Você interage nessas páginas?** Eventualmente, não é uma coisa. Depende muito, quanto mais, quanto maior for esse grupo meeeenos eu interajo. Então, na verdade, minha sensação de estar à vontade de estar interagindo ali é de ter pessoas mais próximas. Então, por exemplo, em um grupo que é de imagem daqui, eu falo mais do que no grupo de imagem nacional, vamos dizer; e ao mesmo tempo, claro, se tiver um caso muito impactante, um caso que todo mundo se interessou em discutir, que deu alguma coisa realmente muito diferente do habitual, às vezes você se sente à vontade de interagir.

Passando pela busca e atualização de conhecimento e execução de atividade profissional, como explicam LFP e SK:

[...] eu me atualizo muito com notícias do *twitter*, o *twitter* traz muita informação científica, lançamentos de artigos e revistas, então, dali, eu consigo buscar e *linkar* coisas que me interessam e isso me facilita muito. Quase que diariamente eu leio artigos que eu recebo como uma manchete no *twitter* de revistas acadêmicas, que algum cardiologista pesquisador comentou sobre aquilo (grifo nosso). (Entrevistado LFP)

Hoje é mais *WhatsApp* mesmo, é mais rápido e mais prático, entendeu? **Até a devolução também?** Até o paciente falar, e eu digo: pera aí, deixa eu dar uma olhada aqui com uns amigos meus que sabe disso. Aí, já na hora que o paciente está lá gente fala. (Entrevistada SK)

Outro ponto percebido é o como essa interação já é inerente à rotina, inclusive concebida como obrigatória, conforme o depoimento listado a seguir:

**Você segue ou acompanha alguma página, perfil sobre saúde?** Sim, vários, vários, é obrigatório (grifo nosso), tah? **De profissionais também?** Sim, também, alguns profissionais que a gente percebe um comprometimento com a ciência, sim, e a gente sabe quem são esses, a gente sabe quem são os charlatões, a gente sabe quem são os corretos. **Você interage com essas páginas? De saúde de profissionais? De que forma?** Muito, muito obrigatório (grifo nosso), olha veja bem como a gente está em Aracaju, que a gente não tem acesso presencial a esses profissionais de mais alta qualidade, não tem como. Tem que ser via *e-mail*, tem que ser via *Instagram*, tem que ser via *blog* mesmo, não tem outra opção (grifo nosso). (Entrevistado RB)

Para os pacientes, a interação também foi considerada elevada, inclusive na busca de

relacionamentos entre desconhecidos como mecanismo de motivação e planos de tratamentos, o que valida a afirmação de Isika, Mendoza e Bosua (2020) de que as tecnologias de mídia social possuem fortes mecanismos de apropriação, como troca de apoio emocional, físico e informacional, como demonstrado na fala de CS:

Eu participo, não de grupo, mas eu converso com várias mães. Não só sobre a condição dele, porque Heitor tem muitos vieses. Heitor tem alteração no desenvolvimento. Eu tô conversando com mães que não só que têm filho com condições no desenvolvimento, como com outras... no *Instagram*, no *WhatsApp*. Na época do nascimento dele, né? Da sonda, né? Então, era muito novo pra mim e queriam colocar GTT. E teve uma mãe que veio falar até mim a importância de colocar GTT, que é a gastro, né? A gente passou acho que uma hora e meia no telefone. Ela é de... Sei nem de onde ela é. Cê é doido... Ela ligou pra mim...

**Pesquisadora:** E como ela chegou até você?

**CS:** No *Instagram*. Ela viu as coisas que eu postava, e eu vi que ela também tem um filho que tinha síndrome de Pierre Robin, que é uma das coisas que Heitor tem, uma das. Então, ela disse: “Olha, um menino novinho, vou falar com essa mãe”. Aí quando eu falei com ela, ela viu essa minha angústia dele não comer e de ele passar pra GTT. Aí foi quando ela entrou nesse mundo... Aí ela... dias antes da cirurgia, ela ligou para mim me desejando que ia acontecer isso e no futuro isso e isso... E hoje, a filha dela tem 17 anos. Então, ela me trouxe muito ganho de informações e de amparo, do que pessoas do meu convívio, que eu não tenho. Entendeu? (Entrevistada CS)

Krasnova *et al.* (2010) descobriu, em seus estudos, que os usuários de mídias sociais são motivados, principalmente, a divulgar informações por causa da conveniência de manter e desenvolver relacionamentos e diversão na plataforma, o que pode ser atestado nas palavras de DA:

[...] os grupos de trombofilias de mulheres. Elas que falaram: “olha, vá em tal *site* que você vai encontrar determinadas informações.” E elas mesmos, né? Elas, dentro da comunidade, elas relatavam experiência. Então eu depusitei muita confiança nessas mulheres que já possuíam...

**Pesquisadora:** E esses *sites* era o quê? Associações...?

**DA:** Não. Eram, geralmente, *blogs* sobre a saúde, Dráuzio Varella... que era os que eu podia confiar, né?

**Pesquisadora:** Você até hoje está nos grupos?

**DA:** Sim, sim, permaneci em todos. Mesmo o pós-cirúrgico, né? E agora, pra mim, vejo como uma condição de ajudar as mulheres que...

**Pesquisadora:** Esses grupos, essas comunidades, foram aonde? No *Facebook*?

**DA:** Sim.

E, por fim, o elemento Tipos de uso, descrito por DeSanctis e Poole (1994), como nem sempre óbvios em apenas alguns atos de fala, afirmam ainda que pode haver vários usos

instrumentais implícitos em qualquer fase do uso da tecnologia, e vários tipos de usos podem ocorrer ao longo de uma interação.

Neste estudo, foram identificados todos os tipos de uso pelos dois grupos, porém, como a pesquisa foca na relação médico-paciente para a Decisão Médica Compartilhada, o tipo para tarefa e social foram os mais explanados, como pode-se verificar no depoimento de RBU: “[...] basicamente pesquisa, né?! Utilizo como pesquisa, também assisto aula *on-line*, faço alguns cursos na minha área, nessa plataforma *on-line*, né?! Em São Paulo etc. facilita também, não preciso estar presencialmente lá, basicamente isso.”.

Já a entrevistada LR acrescenta, além da tarefa, o tipo de uso individual e exploratório: “[...] fora isso para divulgar um pouquinho o trabalho, a gente acaba usando as redes sociais, para poder ser um canal de acesso para os pacientes”.

Quando se trata do uso confuso, confirmamos a definição de DeSanctis e Poole (1994), que é quando não existe um foco claro, mas isso deve-se ao fato de que as mídias sociais são todas de propriedade do indivíduo e percebe-se o movimento de apropriação relacionado a outras estruturas do tipo combinação, haja vista que os que fazem uso dessas tecnologias não fazem apenas de uma única forma, como descreve JAB:

[...] eu tenho *Instagram* e tenho *face*. **Eles são pessoais?** São pessoais. **Quem alimenta também é o sr.?** Sou eu, sou eu. **O Sr. alimenta de que forma?** Eu até já tentei mais da área médica, mas eu uso a área médica, eu uso espiritualidade, eu uso filosofia, eu comento política, eu uso opinião, eu gosto de tudo, eu já tentei a área médica, mas, assim, eu não sou dos mais afeitos para uma propaganda ativa, entendeu? Ainda não sou.

No que concerne ao uso individualista, isso ocorre com os profissionais que declararam o uso das mídias apenas pessoal, como é o caso da entrevistada MM: “[...] eu não gosto muito de mensagem, ocasionalmente eu mando uma mensagem, mas geralmente eu ligo”.

O tipo de uso como processo, em que são gerenciadas as ferramentas necessárias para a comunicação, também é perceptível, como descreve RB: “[...] eventualmente, quando a gente está discutindo um caso por telefone e ah, me manda imagem de tal exame, aí eu vou mandar para ele a imagem específica do exame, que ele está se referindo. **Geralmente via *WhatsApp*?** Ah, sim, por *WhatsApp*? Hoje sim.”

Outra forma é a retratada por BC:

Eu acho que aproximou e tornou essa comunicação muito ágil, né? Antigamente, eu precisava encontrar o telefone desse colega, ligar para esse colega e ver se ele estava disponível para me responder naquele momento.

Hoje, ou ele está em um fórum de discussão médica, ou eu mando diretamente no *WhatsApp* dele, e eu recebo muitas vezes respostas enquanto o paciente me espera na antessala, né?

Neste sentido, pode-se inferir que o grau de uso das mídias sociais virtuais é alto, uma vez que os seus três elementos, estrutura, interação e tipos de uso, foram avaliados em uma intensidade alta, confirmando, com isso, a assertiva da pesquisa de DeSanctis, Poole e Dickson (2000), de que as propriedades estruturais, a interação e o foco influenciam na determinação do uso de tecnologias avançadas de informação, e que as tecnologias para apoiar o trabalho em grupo podem ser classificadas pelo grau de adequação da colaboração, especialmente a intensa troca de informações necessárias para o trabalho técnico e administrativo.

Em sequência, serão exibidas as considerações acerca da segunda categoria analítica: conforto com a tecnologia, que norteia esta seção.

#### 4.2.2 Conforto com a tecnologia

Segundo Poole e DeSanctis (1990), na caracterização dos processos de apropriação, é útil definir um perfil de apropriação “estável” como norma para comparação. Uma apropriação estável é aquela que possui um perfil distinto em três dimensões: o grupo faz uma apropriação fiel, tem alto respeito e conforto pela tecnologia e tem um alto nível de consenso quanto ao uso.

Para DeSanctis, Poole e Dickson (2000), conforto é o grau em que os usuários se sentem à vontade usando tecnologias avançadas específicas em seu trabalho, além de facilitar o uso futuro e os resultados bem-sucedidos do uso da tecnologia. No tocante a essa categoria, os dados coletados mostram que os participantes desta pesquisa se sentem bastante cômodos com o uso das mídias sociais.

Nesse sentido, o grupo de profissionais da saúde demonstra sem reserva o uso das mídias sociais em sua atividade profissional, como se observa nas palavras de BC: “Então eu já tomei decisões de laudos médicos baseado em conversas de *WhatsApp* instantâneas, em que eu boto em discussão o caso e chegamos juntos a uma conclusão, e eu dou o laudo às vezes na hora ali. Agilizou muito esse processo.”

Reforçando essa ideia, a entrevistada SK diz:

Consulto sim (colegas). **De que forma?** Quando a gente, pelo grupinho de *WhatsApp*, porque nós temos um grupo, eu e mais três coloproctos, que são os meus amigos. Aí, a gente tem um grupo, então quando a gente quer tomar uma decisão, às vezes um casinho mais complicado, compartilhar uma ideia,

o que fez, o que vai fazer a gente jogar lá no grupo, aí é todo mundo vê e dá uma opinião ali na hora.

Com essa mesma robustez, os profissionais expressam acerca do uso das tecnologias na relação com o paciente, como diz a entrevistada VD:

Não, é isso mesmo que eu te falei. Eu acho assim que, para mim, elas têm facilitado muito. Eu acho que inclusive os pacientes ficam muito satisfeitos em saber que estão tendo mais acesso, estão tendo um contato maior assim. Acho que eles ficam muito satisfeitos, eu sempre falo assim até aqui eu digo assim: “você sair de um quarto, e o paciente ter seu telefone, ele fica muito mais seguro e muito mais confiante do que simplesmente ficar aqui”. E aí, ele fica esperando você outro dia, fica naquela ansiedade, eu acho que isso facilitou, mas eu não sei se no futuro, isso vai me dar mais trabalho ou problema que é o que é atualmente, mas eu ainda acho que me ajuda muito.

Outro ponto demonstrado é a facilidade de acesso entre eles e a agilidade que as tecnologias colaborativas trouxeram ao processo, a exemplo do diagnóstico, como explana a entrevistada BQ: “[...] tirar uma dúvida de uma doença que às vezes é atípica, e você tá na dúvida de tal conduta, e aí você vai lá e consulta então elas me ajudam rapidamente às vezes checar dose, confirmar dose, esquema de medicação.” Outro exemplo é o de tratamento, como verbaliza a entrevistada LR: “o *WhatsApp* sim, ajudou bastante, porque assim, as dúvidas que a gente tem, o paciente entra em contato diretamente com você, enfim várias coisas. **Acelerou o processo?** Acelera bastante, o *WhatsApp*, sim.”

Quando o assunto abordado se refere à consulta dos pacientes, via mecanismo de busca, às informações acerca de tratamentos e diagnósticos, há uma divergência de opiniões. A maioria procura demonstrar conforto com a situação, como se observa nas palavras de LFP:

Eu reajo bem. Quase sempre ele vem. Meu trabalho é desmitificar os pacientes. Ele vem aterrorizado, ele não vem tranquilo, se ele se tranquilizar com a informação do Google, ele não vai para o médico. Quando ele busca primeiro o *Google*, ele vem porque está aterrorizado. (grifo nosso)

Mas é preciso ressaltar que todos os profissionais demonstraram inquietação quanto ao embasamento científico e veracidade das informações trazidas pelos pacientes após consultas nos mecanismos de busca, como se vê nas palavras de MM: “*Google*, o *Google*, né? É difícil ir para uma página específica, são as informações mais fáceis. [...] é não vejo ninguém chegar falando de que viu em grupo de *WhatsApp*. É sempre *Google*.”, o que é corroborado pelas palavras UB e RBU:



Eu acho. Eu acho que se eles utilizassem coisas mais, assim: uns artigos científicos, coisas mais embasadas seria melhor, mas a maioria vai para uma pesquisa muito ampla em lugares que não têm muito embasamento. Agora se a questão, se for alguém da área de saúde, já é um pouco diferente. (Entrevistada UB)

Então, é meio complicado isso, porque antigamente se dizia que papel aceita qualquer coisa. Hoje em dia, a gente pode dizer que a *internet* aceita qualquer coisa, e eu não faço consultório, né? Eu trabalho com terapia intensiva, mas, mesmo na terapia intensiva, a gente observa que as famílias ainda buscam muita informação, ou termo que a gente fale, ou algumas bactérias que eles porventura saibam, interpretação de exame. Infelizmente, grande parte da informação pela *internet* difundida não tem nenhuma base científica né? São coisas mal escritas. Às vezes, não tem nenhuma procedência, medicinas muito alternativas, digamos assim, ou sem evidência científica, acabam tornando complicado, às vezes. (grifo nosso) (Entrevistado RBU)

No que diz respeito ao grupo de pacientes, também foi percebido um elevado grau de conforto quanto ao uso de tecnologias para suas relações com a saúde. A maioria faz uso de tecnologias colaborativas para busca de informações, estímulos emocionais e planos de tratamento e, também, para se relacionar de forma mais próxima com seus profissionais, como diz a entrevistada PG:

**Pesquisadora:** Então, você tem contato com ele via rede social?

**PG:** É, via *WhatsApp*.

**Pesquisadora:** Até hoje?

**PG:** Até hoje. Até porque eu virei amiga dele, é diferente essa abertura. [...]

**Pesquisadora:** E com outros médicos, você tem assim, essa relação?

**PG:** Tenho, na maioria, porque é Aracaju, né? É amigo...

Cabe destacar a naturalidade com que esse uso é tratado pelos pacientes, inclusive na não diferenciação entre o presencial ou o virtual, como observa-se nas palavras de JS:

**JS:** Eu não sei se é uma questão de preferência, eu uso o momento. Quando eu tenho um momento virtual via *WhatsApp*, eu passo. E quando eu tenho um momento presencial, eu também faço. A partir do tipo de reunião que a gente tem, eu interajo por ali.

**Pesquisadora:** Entendi. Ok [...].

**JS:** Para mim, hoje não tem diferença o virtual ou o presencial.

Isto posto, classifica-se o grau de conforto com o uso das tecnologias colaborativas deste estudo como elevado, o que confirma a hipótese dos estudos de DeSanctis e Poole (2000), de que o controle do grau de uso da tecnologia influencia o conforto dos usuários com o uso da tecnologia e o desenvolvimento de rotinas para o uso da tecnologia, sendo esta última

denominada adaptação da tecnologia, próxima categoria a ser apresentada.

#### 4.2.3 Adaptação da Tecnologia

À medida que os usuários exploram e aprendem sobre uma tecnologia, eles podem adaptar sua aparência ou interface, experimentar diferentes aplicações e combiná-las com outras tecnologias. De modo algum, tecnologias são igualmente adaptáveis; além disso, uma tecnologia pode ser aplicada para um propósito novo e inesperado. Essa adaptação é menos limitada pelas qualidades materiais de uma tecnologia do que pela imaginação do usuário. A adaptação da tecnologia, contudo, é apenas uma parte de apropriação. Ao mesmo tempo, os usuários adaptam suas práticas à tecnologia, para mudar processos ou rotinas, ou de formas não intencionais (CARROLL; FIDOCK, 2011; FIDOCK; CARROLL, 2012).

Partindo da premissa de Desanctis, Poole e Dickson (2000), de que a adaptação à tecnologia são os usos criativos e rotineiros da tecnologia, os usuários do grupo de profissionais da saúde pesquisados estão completamente adaptados às mídias sociais que fazem uso, como ilustram os trechos a seguir:

Olhe! Eu acho que o *WhatsApp* encurtou muito a distância, viu? Principalmente, depois que ele começou a gerar a possibilidade de você editar fotos, enviar fotos mais rápido, recortar e vídeos, acho que isso mudou, acelerou muito a discussão de casos. **Muito, né? E facilitou o acesso, né?** Sim, muito. (Entrevistado LFP)

Para minha área é muito bom, é fantástico! Na verdade, vez ou outra, eu tô aqui assistindo palestra por videoconferência, né? Eles fazem, então, assim traz gente de renome do país todo na oftalmologia para discutir coisas do dia a dia e assim, aí, manda uma mensagem no *WhatsApp*: “Oh! Tal hora vai ter soblack ao vivo”. Aí, você clica ali naquela mensagem do *WhatsApp*, ele já direciona para a aula e ali você já tem, você pode fazer a pergunta. Então, assim, aquela coisa não precisa nem mais ir para o congresso. Tecnicamente, você consegue se atualizar bem com essas coisas. Então, é realmente muito bom. Sem sair de casa, em qualquer lugar você clicou no negócio que me enviou pelo *WhatsApp*. Então, é uma coisa maravilhosa, que você tem acesso a pessoas que antes, quando eu estava na residência, que não tinha isso, você vê o cara lá! É o palestrante, né? O principal. Aquela coisa toda, e o cara está aqui falando no seu telefone, então é uma coisa maravilhosa. (Entrevistado MM)

Sobre a personalização dos recursos de uma tecnologia para atender às suas necessidades ou propósitos particulares, observe-se o trecho da entrevista seguinte, no qual o participante afirma que:

Então, meu *WhatsApp* não tem nem foto, o meu *Instagram* também não tem foto, é só: eu sigo e ninguém me segue, só isso! Aquela coisa que só uso para consumir informação, não forneço nada é um perfil antissocial, kkkkk. (grifo nosso) (entrevistado MF)

Corroborando essa identificação, destaca-se o uso dos perfis para vários tipos de usos, como destaca outro entrevistado:

Apenas com abordagem de *marketing*, o *Instagram* e *Facebook*. **Você tem perfis profissionais separados dos pessoais?** Não, hoje o meu perfil é de figura pública, mas é um perfil em que eu hibridizo o lado pessoal com o lado profissional, eu acho que isso dá um cunho mais humano e não é tão chato. **Ela atende as suas expectativas?** Acho que sim, acho que sim. (Entrevistado BC)

Ou o uso de dois perfis em separado cada um com o seu propósito, como afirma a entrevistada LR:

Sim, eu tenho um perfil pessoal e um profissional. No meu caso, quem alimenta o meu perfil profissional é uma equipe de *marketing* e publicidade e, aí, eles vão e divulgam, e alimentando esses perfis. **Vinculado à clínica, a consultório?** No caso, vinculado a mim, não ao consultório, ao clínico onde eu trabalho, só a mim mesmo. **E são eles que alimentam?** Sim. **Você aprova?** Eles mandam, eu aprovo, quando tem algum tópico, aí eu proponho o tópico, eles pesquisam, aí mandam, eu aprovo e, aí, eles publicam.

Outro ponto percebido foi a facilidade de adaptação à tecnologia para sanar dificuldades de comunicação, como o entrevistado AV discorre:

Não, eu detesto falar com pessoas. Então, na verdade, eu acabo me consultando muito, falando muito via *WhatsApp* mesmo. É difícil eu pegar o telefone para ligar para discutir um caso via áudio. Então na verdade eu acabo falando mais pelo *WhatsApp* mesmo. (grifo nosso) (Entrevistado AV)

Nessa mesma perspectiva, os profissionais de saúde indicaram a adaptação da tecnologia no relacionamento com o paciente, a exemplo do monitoramento das informações fornecidas via aplicativos de mensagens, como se percebe no relato a seguir:

Então, via *WhatsApp*, tem que ser limitado, né? **Hoje tem a Lei de Proteção de Dados.** É, porque o paciente vem muito, muito querendo saber valor de consulta, da cirurgia e tal. Eu trabalho muito assim é como suporte pós-operatório e tirar dúvidas. Aí, eu fico, eu não me importo, entendeu? Todo mundo que opera, eu prefiro que venha até mim. **Com certeza.** “Ah! Tô

sentindo isso, tal”. “Então tome isso, fale com a minha secretária, mande uma foto, venha hoje”. Entendeu? Para dar um suporte, né? (entrevistado FA)

No caso dos pacientes, também foi observada a adaptação da tecnologia em grau elevado, como se constata na fala a seguir:

**AKA:** É, porque eu acho que hoje em dia o *zap* é melhor do que você ligar. Se o médico dá o telefone: “qualquer coisa entre em contato e tudo”. Eu acho melhor pelo *zap*, porque não fica incomodando. Você liga, às vezes a pessoa está atendendo. E pelo *zap*, não, quando a pessoa puder, ela vai responder, não é? (Entrevistada AKA)

Em relação à personalização dos recursos de uma tecnologia para atender às suas necessidades ou propósitos particulares, a entrevistada MCS demonstra total conhecimento dos recursos da tecnologia.

Como eu fui para uma revista especializada na área da medicina, com artigo publicado, eu achei ótimo, porque vieram tabelas testes com pessoas, filtrado mesmo, não foi aquelas... Também em *sites* que diziam assim: “puxar mais”. Essa coisa eu também olhei. Mas sobre a doença mesmo, como eu poderia...

**Pesquisadora:** Mas você já foi direcionado, né, para ele? Ou alguém já havia lhe indicado?

**MC:** Não. Eu botei PDF, então, só iria vir em PDF, né? Aí eu via o que era publicado em alguma revista... até internacional.

Já o relato do entrevistado JS confirma o discernimento para as finalidades desejadas:

**JS:** Não, eu consumo conteúdo de *YouTube* de, de esporte. E aí, vez ou outra comentam sobre conteúdo. Mas específico, não.

**Pesquisadora:** Nem de perfil de profissionais?

**JS:** Não.

**Pesquisadora:** Na área de saúde esportiva?

**JS:** Então, eu sigo perfis de profissionais, *Instagram* da área esportiva, fisioterapeuta e não o que é, mas, não tratando especificamente disso.

**Pesquisadora:** Entendi. Profissionais em geral da área da saúde. Você interage com essas páginas, com esses perfis? Ou você só segue, só se informa?

**JS:** Não. Eu consumo conteúdo, não interajo, não.

Quanto ao uso dos perfis para propósitos relacionados à saúde, aqueles que utilizam para tal, foi percebido que todos fazem uso de seu perfil pessoal; apenas uma entrevistada que, como mãe de paciente infantil portadora de várias síndromes, possui um perfil específico para abordar o tratamento e convivência com a comorbidade, confirmando o impacto dessas tecnologias como plataformas de ativismo. Além de, por meio de seus recursos proporcionar

aos usuários a possibilidade de manter perfis privados separados de sua conta padrão e, assim, compartimentar suas práticas de gerenciamento de doenças e da criação de um espaço seguro para apresentar seu conteúdo a uma comunidade de pessoas semelhantes (ISIKA; MENDOZA; BOSUA, 2020).

Note-se que, no relato dos participantes, emergiram fatos relacionados à conexão entre médicos e pacientes por intermédio das mídias sociais, demonstrando-se adequados a estas. Os trechos a seguir ilustram essa reflexão:

Eu mantenho as conversas com o médico. Todas desde que eu fiz contato com ele pela primeira vez; eu mantenho as conversas todas no *WhatsApp*. Isso desde que minha filha nasceu, com três anos, tem três anos e oito meses, eu nunca apaguei a conversa desde a primeira conversa que eu tive com ela. E hoje eu guardo as [...] com minha mãe, sobre as medicações que ela não pode tomar. Eu guardo tudo. Eu acredito que eu pago as nuvens para manter essas conversas. (Entrevistada LF)

Com todas elas. Todos eu pego o número pra adicionar. Porque o *Instagram*, a gente não fica só no *insta*, vai pro *WhatsApp*, que é melhor de se comunicar. Então, quando a gente parte pro *WhatsApp*, eu fico horas conversando com elas. Com pediatras renomadas de São Paulo, a gente conversa. Teve uma vez que veio uma fono, que veio, renomada. Eu fui pra esse curso, paguei o meu rim, mas eu fui. Então, até hoje eu tenho contato com ela. Até hoje ela me diz: “CS, compre isso, faça isso com Heitor”. Então, é a fono, mas não é a fono dele, entendeu? A rede social fez que eu tivesse mais profissionais ao meu lado e coisas que eu não teria, se não fosse a rede social não tivesse. (Entrevistada CS)

Dessa forma, classifica-se o grau de adaptação da tecnologia dos participantes da pesquisa como alto e, em conjunto com o grau elevado do conforto, confirma-se a assertiva de DeSanctis e Poole (2000), de que maior uso da tecnologia combinado com alto conforto e adaptação levará a resultados percebidos mais positivos para a equipe. Os autores sugerem, ainda, que um maior uso de tecnologias avançadas pode, em algumas circunstâncias, promover usos para dominação e controle, em vez de colaboração, sendo o grau de uso da tecnologia para fins de poder/dominação a categoria analítica a ser analisada na sequência.

#### 4.2.4 Grau de uso da tecnologia para fins de poder/dominação

DeSanctis e Poole (2000, p. 9, tradução nossa)<sup>16</sup> definem o grau de uso da tecnologia

---

<sup>16</sup> is the degree to which team members use the technology to exercise domination or undue influence over one another, as opposed to drawing on the resources of all members.

para fins de poder, como aquele “[...] em que os membros da equipe usam a tecnologia para exercer domínio ou influência indevida um sobre o outro, em vez de recorrer aos recursos de todos os membros.”. Acrescentando a essa definição, Carroll *et al.* (2002), em seus estudos, concluem que a apropriação de telefones móveis foi reforçada pelo fornecimento de um senso de identidade, poder e um meio de superar a fragmentação.

Assim, para os participantes deste estudo, o grau de uso da tecnologia para poder/dominação foi considerado baixo, não se opondo ao espírito colaborativo das tecnologias; apenas ressalta-se, no grupo dos médicos, a presença de algumas nuances da influência, quando se refere ao tempo de atuação na medicina, como se percebe a seguir:

Facilitou o acesso para alunos e para os próprios pacientes, mas só concordo com as informações veiculadas em veículos oficiais. As informações disponibilizadas em veículos não oficiais só trouxeram apenas danos com relação à interpretação. Porque digo isso: “a medicina por evidência que é a base da decisão compartilhada, ela não pode desconsiderar os cabelos brancos da medicina”, como é o meu caso, mais de 40 anos de experiência. A experiência do profissional é muito importante, porque vai dando a segurança, e esse domínio sobre as evidências do paciente. (Entrevistado ACS)

E quando questionado sobre o retorno do investimento nas mídias sociais de forma profissional, os mesmos ainda se fundamentam na experiência, como se constata na fala a seguir:

Eu acho muito difícil ainda para gente mensurar o retorno disso, certo? É... até porque como eu comecei com isso já com o nome relativamente bem estabelecido, é... difícil saber o que tá vindo, se porque viu um *post* ou que tá vindo porque já me conhecia pelo nome ou por algum familiar já ter falado/elogiado um bom resultado. Eu acho muito difícil você mensurar, o que tá ficando cada vez mais óbvio de mensurar: é assim como as pessoas hoje usam *gadgets* e computadores para pesquisa do nome médico, quando elas não sabem quem é? Elas vão muito ao *Google*, aos *sites* de pesquisas e busca. Então essa coisa de você sair sempre nos primeiros nomes, isso... você percebe que tem tido de certa forma um certo impacto. Não por mim especificamente, mas quando eu busco referência de um médico, de um colega. Muitas vezes eu faço isso, e eu começo a pesquisar currículo ou a história desse profissional, baseado no que vi primeiro. E, muitas vezes, eu vejo que é marketing puro e muitas vezes eu vejo que é uma cara que tem um currículo grande por traz, uma vida acadêmica, uma vida enfim de publicações mais extensa, não sei se o leigo se preocupa em vê isso, mas eu vejo. O fato é que hoje eu não vou em lista nenhuma física, tudo que eu procuro quando eu preciso de um serviço médico, eu vou *on-line*. Então eu acredito que façam o mesmo comigo. **Há uma contribuição ainda difícil de mensurar?** Sim, há uma contribuição? Difícil de mensurar, mas eu acho que há uma contribuição, sim. (grifo nosso) (Entrevistado BC)

Em contrapartida, alguns sinalizam o uso da rede como estratégia de *marketing* para divulgação e publicidade. Seguem algumas falas que dão suporte a essa constatação:

Outra coisa que vem crescendo de forma muito grande, que eu tenho visto, são perfis, talvez, profissionais, vamos dizer assim, tanto no *Facebook* como o *Instagram*. Você tem na verdade aquele perfil que, com certeza, é uma pessoa que administra, né? Que é aquela coisa que se posta vídeos, que posta conteúdos de forma mais concisa e, realmente, tem muita gente seguindo esse tipo de perfil. A gente vê muita gente seguindo, perfil de profissionais da saúde então é uma coisa que aumentou, é uma coisa que está se tornando mais profissional. Vários colegas têm adentrado nesse tipo de Campo. Alguns até estudando por conta própria, tentando se tornar um pouco mais formalizado, mais profissional. Outros, na verdade, contratando agente de comunicações para fazer esse tipo de perfis, mas com pequenas *lives*, com pequenos conteúdos, que realmente esses pacientes têm seguido bastante. **Instruções?** Exatamente! Você pega, por exemplo, um cirurgião plástico, bam, que todo mundo acompanha, é *live* o tempo inteiro, falando sobre o procedimento, falando da vida dele, e vejo que tem muita gente que segue e que acompanha isso aí. (Entrevistado AV)

[...] o que eu observo é o seguinte: nos eventos médicos [...] e sempre tem palestras de pessoas de áreas de comunicação, áreas da parte de várias outras vertentes, dando aulas para gente de comunicação, profissionais inclusive que eu não estou afeito, [...] e, cada vez mais, tem palestras aonde é feito essas colocações. E... mostrando para gente, inclusive, áreas que nós não somos afeitos, tipo, por exemplo: mercado, mostrando como a gente deve aderir ao nosso mercado, consulta alta, consulta mais baixa, preço acessível, popular, se você atende ou não telefone no consultório para os pacientes e sempre nos mostrando coisas que não é nossa visão, por exemplo. Você nunca vai ser dono do mercado, e o que eu tenho aprendido, cada vez mais, é que, por mais que você escolha sua fatia de mercado, o outro vai ficar insatisfeito, se você atende o telefone de todos, os que não gostam de ser importunados na consulta dele durante a consulta por outros telefonemas, nunca mais voltarão. Então sempre são coisas, e... eles têm levado para gente muitos conhecimentos. (grifo nosso) (Entrevistado ACM)

Em relação aos pacientes abordados, pode-se confirmar a busca de profissionais por intermédio das mídias sociais, como é o caso da explanação da entrevistada LO:

[...] assim, pra mim, tem sido ótimo. Eu, é como eu lhe disse, tirando esse lado do sistema, criar esse mercado, de ampliar esse mercado, mas é um mercado que é também favorável. E eu tiro o máximo do que tem de melhor nessa condição. Tipo, a fisioterapeuta de Lu, foi por causa de um *Instagram* que eu cheguei até ela. E, hoje, a gente, a gente já tem dois anos que estamos juntas. E eu tenho total plena confiança no trabalho dela, no desempenho dela, apesar dos milhares dos passos que demos pra trás por conta de uma série de coisas.

Portanto, confirma-se o grau baixo dessa categoria analítica para este estudo. No entanto

reitera-se a alusão de DeSanctis, Poole e Dickson (2000), de que a apropriação da tecnologia para fins de poder parece ser particularmente problemática, sugerindo que um maior uso de tecnologias avançadas pode, em algumas circunstâncias, promover usos para dominação e controle em vez de colaboração.

Nas entrevistas, emergiram relatos nos quais esses profissionais de saúde afirmaram que fazem uso das mídias sociais para a execução de sua atividade profissional, mas que mantêm as interações face a face com os grupos de seus pacientes e com seus pares e, nessa dinâmica, foram compartilhando expectativas, características em comuns e distintivas de uso entre eles, assim como os pacientes. Nisso, pode-se confirmar o papel puramente mediador da tecnologia nas aplicações sociais; no entanto, esse papel mediador não é transparente. Para que uma conexão faça sentido é preciso um contexto. Esse contexto posiciona os utilizadores para tomarem certos tipos específicos de iniciativas, como a procura de comunicação pessoal ou a comunicação em grupo, encontros ou informação (FEENBERG, 2015).

Conforme Dourish (2003), a apropriação é inerente ao trabalho colaborativo e esta depende de dois fatores: a flexibilidade na prática de uso e na tecnologia, assim como na forma como a tecnologia pode ser mapeada para as necessidades dos usuários, realizando modificações em vários âmbitos, a começar no artefato em si, até a interação e o contexto.

Já Orlikowski (2000) propõe que as estruturas tecnológicas não são, portanto, externas ou independentes da interação humana; elas não estão incorporadas em tecnologias simplesmente aguardando para serem apropriadas, e sim o oposto, são virtuais, emergindo da interação repetida e situada das pessoas com tecnologias específicas. Essa reiterada interação foi confirmada nesta pesquisa, quando tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes confirmaram o uso das mídias sociais para a execução da atividade profissional no caso dos primeiros e para o gerenciamento de informações acerca de sua saúde no caso dos pacientes.

Balka e Wagner (2006) sugerem a apropriação como um processo contínuo e que, na prática, é possível que ocorra sem incluir os *designs* da tecnologia original, como é o caso deste estudo, em que os profissionais de saúde assimilaram o uso das mídias sociais para diversos tipos de uso, inclusive sem a separação do pessoal e profissional, como pode-se observar nos relatos a seguir:

Então, hoje para mim o *Facebook* tem suas futilidades, mas, para mim, é uma ferramenta de atualização. Tudo é a maneira como você usa? Exatamente! A exemplo dos *smartphones*. Muitas vezes a gente compra o melhor *smartphone* e, na verdade, você utiliza, 10 a 15% da ferramenta. Depende muito de como você utiliza, se você utiliza para muita briga política e futilidade, com certeza, vai aparecer muita briga política e futilidade. (Entrevistado AV)



Tenho perfis com o que acho que é importante para o paciente. Então, quando eu fiz a minha rede social, eu foquei em informações que achava que seriam interessantes. Só que eu vi que mudou [...] a gente tem que de alguma forma interagir, então eu tento ser o mais acessível para o paciente, tanto em termos do que gostam de ver, quanto em relação à informação. [...] Uma coisa que eu reparei é que os pacientes, eles gostam de saber de notícia, mas eles gostam de saber da gente também. (Entrevistada PS)

Cada ocorrência de uso gera que ações de apropriação surjam e, depois que esses novos significados são dispostos, são necessárias novas atitudes de interagir, usar e trabalhar, como é evidenciado nas falas a seguir:

Sim, atendem, contribuem, mas não são condições essenciais. Acho que o essencial do trabalho continua sendo o exame clínico, a consulta oftalmológica, a minha avaliação, a minha percepção do que o paciente tem, certo? A consulta ainda não dá para ser substituída não; porém, eles servem como um *plus* a mais, ou seja, um facilitador. Muitas vezes um aplicativo te consegue ter uma acessibilidade maior para um determinado procedimento ou uma avaliação que você poderia até ter, mas aí seria um pouco mais difícil, mas pelo aplicativo ele te facilita isso, entendeu? (Entrevistada LR)

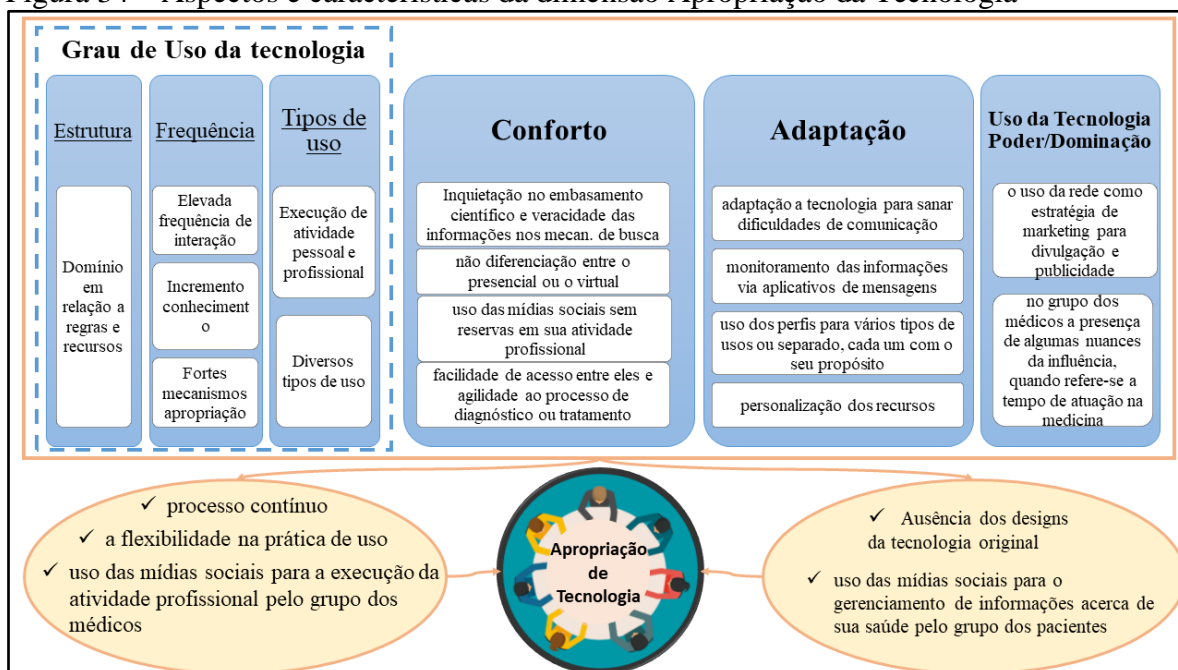
E na percepção desta participante:

[...] eu acho que em um curto espaço de tempo vai ser o futuro. Eu acho que esse modelo de atendimento que a gente tem hoje, infelizmente, tende a diminuir e as consultas virtuais e as coisas que você não pega, não fala e não cheira vão ficar cada vez mais difíceis de acontecer, porque vai ser economicamente inviável, porque vai ser muito mais fácil. Você da sua casa, ligar e conversar com o médico, mas do ponto de vista da qualidade de atendimento, a gente já tá caminhando ao tempo para os exames complementares substituírem o exame físico, até do ponto de vista judicial. (Entrevistada OS)

A apropriação da tecnologia é pertinente à concepção de novos sentidos e estimulada pelo desejo de que esteja mais adequada às necessidades ou vontades dos usuários. As pessoas podem se apropriar de tecnologias de diferentes formas, ora amparando-se em aprendizagem anteriores, ora inovando ou explorando novas possibilidades. Assim, a Figura 34 reflete o comportamento da dimensão Apropriação desta pesquisa.

Ao mesmo tempo, é importante reconhecer que a tarefa de conectar eletronicamente os locais organizacionais dispersos é muito mais simples do que a tarefa de facilitar os comportamentos interativos entre os membros. Somente tecnologias colaborativas não transformarão indivíduos dispersos em equipes cooperativas de colaboradores (MASSEY, 2008).

Figura 34 – Aspectos e características da dimensão Apropriação da Tecnologia



Fonte: A autora.

Desta forma, o processo de apropriação para os participantes desta pesquisa dá-se a partir de um procedimento contínuo, multidimensional, em que a atividade profissional também é realizada com o uso da mídias sociais pelo grupo de médicos e o gerenciamento das informações acerca da saúde pelos pacientes; além de perceber uma flexibilidade na prática de uso, facilitando os comportamentos interativos necessários à presença da colaboração.

Portanto, após identificar a forma de apropriação das tecnologias colaborativas pelos participantes deste estudo, caminha-se para a categoria que abordará as dimensões da colaboração nesse processo.

#### 4.3 O processo de colaboração e suas dimensões após a apropriação das tecnologias

Sales (2012) infere que a efetivação das ações coletivas de colaboração e cooperação foram materializadas pelo uso da *internet* e das redes sociais virtuais, e vai além, quando afirma que a estrutura dessas TIC foi a contribuição para que as conexões entre membros se mantivessem vivas, tanto nos espaços presenciais quanto virtuais.

O interesse em discutir, aqui, a colaboração é dar compreensão de que esta tese percebe as ações de colaboração como processos de interação e comunicação entre médicos e pacientes em um contexto permeado pelas mídias sociais no processo de Decisão Médica Compartilhada.

Assim, a dimensão colaboração desta pesquisa seguiu respaldando-se na proposição de

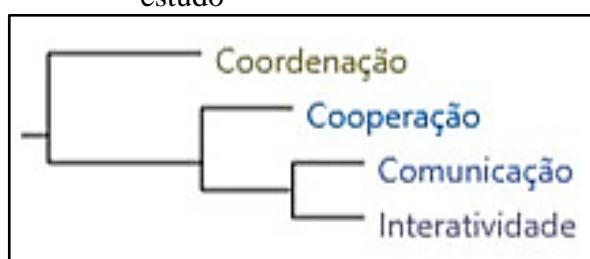
colaboração interativa, proposta por Correia-Neto (2014), composta por quatro dimensões comunicação, cooperação, coordenação e interatividade, que serão apresentadas a seguir.

#### 4.3.1 Comunicação

Para Sales (2014, p. 24), “[...] atribui-se à TI a função primária de dar suporte ao trabalho, à comunicação, bem como auxiliar na tomada de decisão, seja ela individual ou em grupo”. Atrelado a isto, Pimentel e Fuks (2012) conferem à CMC a capacidade de produzir novas formas de interação social, principalmente, no que concerne ao modo de transmissão assíncrono, tornando-se a principal característica do processo de comunicação no contexto da *web 2.0*.

Deste modo, a categoria comunicação, para os participantes deste trabalho, teve a sua incidência amplamente identificada e percebida, principalmente, no que concerne à sua efetivação, por meio das mídias sociais, para uso pessoal e profissional dos participantes; fato que pode ser comprovado pelo diagrama de similaridade de codificação da dimensão em análise, na Figura 35. As codificações semelhantes se agrupam mais próximas e as menos semelhantes mais distantes, trazendo assim, as semelhanças de codificação entre as categorias comunicação e interatividade, sendo esta última o suporte da lógica aqui proposta.

Figura 35 – Diagrama de árvore do agrupamento por similaridade de codificação entre as categorias de colaboração dos dados empíricos do estudo



Fonte: A autora.

Ao questionar os participantes do grupo de médicos sobre como a forma de uso das mídias sociais modificou o processo de colaboração, observa-se, na fala de LFP, o uso intenso e contínuo das mídias para se comunicar:

Acho que sim, porque, de qualquer forma, facilitou a comunicação, encurtou

distâncias, entendeu? Acho que sim. **Só a título de comunicação mesmo?** É não, assim, entenda, quando eu procuro um colega para discutir um caso, o que eu quero, na verdade, é saber a opinião dele. Então, basicamente, é mandar os dados para ele e discutir. Então acho que é comunicação mesmo.

Quando indagados acerca de quais tipos de mídias adotadas para a comunicação, quase que em sua totalidade, o aplicativo de mensagens *Whatsapp* foi o mencionado, principalmente no que concerne à discussão de casos e diálogos com os pacientes, uma vez que essa mídia permite mensagens do tipo textos, falas por intermédios de áudios gravados, vídeos, como confirma-se nas palavras da entrevistada RL:

Geralmente, é pelo abençoado do *WhatsApp*, né? A não ser, assim, que tenha uma reunião científica, que vai todo mundo para algum restaurante, a gente aproveita o gancho que está ao vivo e senta, e compartilha, mas no decorrer do dia a dia mesmo pelo *WhatsApp*. **Ligação quase nunca?** Quase nunca. É difícil. Manda mensagem de áudio, mas ligação é difícil.

E para a conversa com o paciente, observa-se o seguinte na fala da entrevistada VD:

Veja! Ontem eu conversei um tempão pelo *WhatsApp* e, hoje de manhã, eu já mandei mensagem para ele cinco horas da manhã. Ele também, ele falando sobre via alternativa de dieta, dizendo que achava que o pai tava sofrendo muito comendo pela GTT. Aí, eu falei para ele isso, falei sobre diretriz antecipada de vontade [...].

Observa-se, nesses depoimentos, a experiência comunicativa de forma simétrica dos indivíduos, defendida por Correia-Neto (2014) como uma viabilidade trazida pela interatividade das tecnologias no ambiente 2.0 ao processo de colaboração.

Ainda sobre a escolha do meio de comunicação, foi sinalizada clareza e definição dos objetivos de comunicação quanto ao uso das mídias por parte dos entrevistados, sejam profissionais de saúde ou pacientes, confirmando assim a ponderação de Isika, Mendoza e Bosua (2020) sobre o uso de mídias para aproximação de pares e organização em torno de causas comuns, a exemplo do entrevistado AV, com o uso do *Facebook*;

Eu acho que se tornou mais fácil a comunicação entre distantes. Por exemplo: eu tenho muito contato com o pessoal da Fiocruz, com pessoal da USP, com pessoal de outros estados, muito pela ferramenta. E tanto que, hoje, o presidente atual da Sociedade Brasileira de Segurança do Paciente se tornou amigo via *Facebook*. A gente nunca se conheceu. Por atividades em comuns, por seguir coisas em comuns, por discussões em comuns, a gente acabou se conhecendo; já nos encontramos pessoalmente, já formamos uma sociedade que eu acho que acaba na verdade fazendo na verdade essa proximidade.

No que se refere ao modo de transmissão da mensagem, tanto a assincronicidade quanto à forma síncrona que as mídias possibilitam foi percebida como benefício na comunicação, identificado na fala de UB:

[...] de fato, a gente tem usado mais o *WhatsApp*, por exemplo, porque é uma comunicação mais rápida e uma certeza de que o colega vai ver em algum momento. Porque nem sempre àquela hora que você ligar ele vai poder lhe atender, mas sempre tentando desfazer possíveis equívocos. Aquela coisa de telefone sem fio, né? Se não der ali, tenta falar pessoalmente, isso depende também da sua proximidade com a pessoa. E discussão em sessão também é muito comum!

É corroborado por VD, tanto na troca de mensagens com pares como com pacientes:

[...] ou então eu falo pelo *WhatsApp*. Eu peço para dar uma olhada, avaliar aquele paciente, passo mais ou menos o caso e peço para ele me dá uma opinião, alguma sugestão, né? **Troca assim, exames, fotos, essas coisas?** Sim, pelo *WhatsApp* é muito mais fácil. Você falar com o cirurgião que tá no centro cirúrgico, você mandar já um *WhatsApp*, você já fala mais ou menos o que é que você quer, o que você tá precisando, você já deixa mensagem, já foi enviada, na hora que ele pode, ele já vê e te responde. Antigamente, você tinha que esperar ele tá disponível, né? Aí, às vezes, não bate o mesmo horário que você está disponível, que ele tá. Aí, eu acho que facilitou.

[...] a mim acrescenta bastante. Acrescenta na relação de confiança, acrescenta, que eu acho que a gente consegue dar uma resposta em tempo muito mais rápido do que era antes. Tem um paciente mesmo, que passou comigo para se consultar ontem. Aí, eu disse: “quando o sr. pegar os resultados dos exames, o sr. fotografa, e já manda pelo meu *WhatsApp*, que eu já te mando uma resposta na mesma hora”. Assim que eu puder ler, eu mando né? Aí, ele disse: “não, doutora, mas eu prefiro trazer aqui no consultório”. Aí, eu disse bem assim: “mas se o sr. for trazer aqui no consultório vai ser na ooooooutraaa sexta-feira”. Pelo *WhatsApp*, na hora que ele pegar o resultado, ele fotografa e manda para mim, não é? Na mesma hora eu respondo. Ele vai esperar o dia que eu esteja no consultório para deixar o exame para eu olhar e ver o que é que precisa, entendeu? Então, assim, ele perde tempo, né? **Às vezes a comorbidade, né?** Às vezes, se eu visse um resultado de exame logo, eu já dizia: “oh! Procure isso, faça isso”, se tem que ser de imediato, né? Se ele vai esperar.

Quanto ao modo síncrono, também foi relatado como uma benfeitoria ao processo de comunicação, no que concerne à interação. A entrevistada MM relata a sua satisfação com a comodidade em poder se atualizar por meio da mídia social:

Sim, sim, isso mesmo. E isso de várias áreas dentro da oftalmologia e, assim, não semanalmente, mas eu diria que no mês você, provavelmente, vai ter duas por mês e, aí, vai congregando gente do Brasil inteiro que, em um clique no *WhatsApp*, ele já te direciona para página ao vivo, e tá lá o cara falando. E

you can send a question, and he will answer. In the end, then, it is a thing MARAVILHOSAAA. [...] Wonderful, because it is the topic of the day. Sometimes, it is not the topic of the day, it is of some specialty, but if you want to accompany if you were at a congress, you don't want to watch that, because a congress is a lot of lectures at the same time, you want to see something, not another one, right? He is there, the face talking, and the face is the face of that area. For you very well, you are there, happy watching at home, on the sofa, in the t-shirt and very calm. Very good.

What is reinforced by the interviewee RL: “[...] the interaction goes very much like this, sometimes they do *chat*, they have a class, and you will be able to participate *on-line*, you will send questions. Or they are open, like the *lives*, it gives people to interact with them and through the *chats* when it is a live class.”

From these testimonies, it is confirmed the process of technological appropriation, when we see the total flexibility in the use of technology and in the technology, defended by Dourish (2003), which leads to a faster and more assertive interaction, whether in asynchronicity or synchronicity of the message, providing with this the ideal relationship of trust and commitment to collaboration (SALES; DORNELAS, 2014).

What refers to decentralized communication and creation of content by the users themselves, the group of doctors reports on the disparities of information found in search mechanisms, as well as the exchange of profiles on social networks and how this has influenced professional conduct. The majority demonstrates concern in clarifying and orienting their patients in the search for a truthful and fundamental information.

The interviewee BQ reports:

Doctor *Google*? What I always tell my patients, that he has to know what he has, the disease that he has to research, but that he researches reliable sources of preference as medical journals, the scientific article. Not right? It is the magazine of fofoca, the blog, like the person will give their personal opinion on the disease that passed. No, he should really find scientific information.

LFP depicts the attitude and care with the message to be transferred to the patient with respect to diagnosis and treatment:

No, they don't accept completely what is said. Well, if you find it, they accept it, so, understand it... Today, people work a lot more because, when I give a patient a diagnosis, I know that he will search for information about it. So, I already have to have a channel. When I give a diagnosis, I already have a channel for him to search for the correct information, because I know that a second opinion he will get, and a

mais rápida é o Google, entendeu? Então, a gente tem que ser, absolutamente, sincero com o paciente. Não existe mais nenhuma possibilidade de você tentar driblar um paciente hoje em dia, porque as informações estão muito acessíveis, mas eu peço a ele que sempre tire a dúvida comigo. O que quer que ele leia na internet, ele tire a dúvida comigo. (grifo nosso)

O entrevistado RBU reflete sobre a credibilidade das informações disponibilizadas na rede virtual, como mensagem:

Eu acho que toda informação quando é bem criticamente avaliada, vale a pena ser difundida. Eu acho que a rede social. Antigamente, a gente tinha, exclusivamente, televisão, jornal, as revistas, mas, hoje a gente tem uma velocidade muito maior de informação. Acho. E quando isso é usado de forma responsável, isso tem um papel fundamental hoje. Em campanha de prevenção, seja do tabagismo, das doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Enfim. **Até os protocolos clínicos?** Se falar isso como acesso à população, se isso for feito de forma responsável por quem tem embasamento científico; não um charlatão qualquer, que inventa e acha que, sei lá, que o chocolate diminui a pressão arterial, sei lá. Essas coisas muito alternativas, sem comprovação acho que não vale a pena. Isso e o viés que acaba confundindo e a população não sabe separar as coisas às vezes. Mas quando isso é feito de forma responsável, acho que vale a pena. E entre os médicos e entre os profissionais, vamos dizer assim, também é uma forma de você se atualizar, também trocar informações, pedir ajuda, ajudar aos outros colegas emitindo opinião. Acho que é extremamente válido quando é feito de forma responsável.

Já para o grupo de pacientes, essa variedade de disponibilidade de informação e a acessibilidade a ela é enxergada como um benefício sem igual, possibilitando conhecimento sobre a comorbidade; além de condutas e vivências, como se observa na fala do entrevistado JS: “[...] conhecer tratamento, métodos, exemplos de outras pessoas que já passaram por isso. É, ir conhecer mais, conhecer mais. Nunca foi assim, desconfiar da conduta do médico, da minha médica, não. Foi conhecer mais.”

No entanto, o sentido da comunicação em mão dupla foi o elemento mais retratado, principalmente no que se refere ao tipo de mídia e suas permissões, fortalecendo a interação e o *feedback*, confirmando a assertiva de Terra (2009) quanto à característica simétrica da comunicação digital e a mutualidade do discurso.

A entrevistada RR relata sobre a mudança na rotina de cuidados com sua mãe, diagnosticada com demência com corpos de Lewy, após o uso das mídias sociais para se comunicar com os profissionais de saúde:

É tanto que, pela condição da minha mãe, não tem como ela estar se deslocando para Aracaju sempre pra fazer uma consulta com ela. E aí, assim,

ela sempre deixa bem claro: “Qualquer coisa pode falar comigo. Mande uma mensagem, manda um vídeo, manda um áudio.” E, assim, eu venho me comunicando com ela desde então. E isso já tem mais de um ano.

**Pesquisadora:** Então, você acha que é um processo, há uma colaboração dela?

**RR:** Com certeza. Porque não é uma obrigação dela, né? Teoricamente, a gente tem que lidar com humanização, mas ela não tem a obrigação de estar ali o tempo todo me respondendo. Mas ela sempre.

**Pesquisadora:** Há uma colaboração. E de vocês, que assim... que conseguem registrar o dia a dia.

**RR:** Aquela questão assim: “ela tá desse jeito, mas a gente não sabe explicar”. Aí, ela: “faça um vídeo”. Aí, ela me diz como reagir. Se precisa de uma receita, se precisa de uma medicação, se precisa diminuir a dosagem, se precisa aumentar. Todo esse tempo a gente veio trabalhando assim. (grifo nosso)

É algo validado por LF, quando expressa sobre a mudança na relação entre profissional e paciente:

**Pesquisadora:** Então, você acha que as redes sociais, ela modificou um pouco o processo da relação médico-paciente?

**LF:** Mudou. Mudou.

**Pesquisadora:** Pra melhor?

**LF:** Eu acho que pra melhor. Eu acho que mudou pra melhor. A gente chega, às vezes, a conversar assim, alguma coisa e você dá até um tom de proximidade. Fazer um “k, k, k”, alguma coisa assim que quebra aquela coisa de médico-paciente. Eu acho, eu acho que é importante. Eu acho que melhorou.

Quando questionados sobre o tipo de mídias utilizado, o aplicativo de mensagens *WhatsApp* também foi o mais citado para a comunicação entre paciente e médico. Da mesma forma, os participantes do grupo de pacientes alegaram seu uso para troca entre si, assim como os aplicativos *Instagram* e *Facebook*, todos com o intuito de socializar informações e descobertas, como é percebido na fala de DA:

**Pesquisadora:** E você só fala com o seu médico no momento da consulta?

**DA:** Não, não. Eu falo com ele no *Whatsapp* também. Todo os sintomas meus que apareciam diferente do que era habitual de uma gravidez comum, eu recorria ao *Whatsapp*, e, automaticamente, ele me respondia. Inclusive, até hoje. Eu tenho 42 dias de pós-parto e, mesmo com algum sintoma diferente, eu recorro a ele ainda.

**Pesquisadora:** É possível mandar, fazer ligação com ele?

**DA:** Sim, o tempo inteiro. Inclusive, mandei mais o *Whatsapp* por questão de conveniência, né? Não sabia, mas ele me respondeu de maneira muito precisa e segura com todas as dúvidas.

**Pesquisadora:** E hoje nas comunidades você interage?

**D:** Sim, bastante. Eu interajo muito mais agora que já passei do que antes. Porque antes eu estava na situação de: “Tô querendo absorver de vocês”. E agora, como eu tenho uma situação mais... segurança de falar do assunto. Eu



venci, né? Como eu venci, eu preciso mostrar pra mulheres que também sofrem com a situação. É complicado, mas é tranquilo.

Ao aludir sobre os conteúdos gerados pelas mídias sociais e o uso destas pelos pacientes, apreendeu-se, do grupo de participantes desta pesquisa, uma preocupação e certo domínio quanto ao nível de credibilidade e confiança do que se buscava, conforme depoimento de CS:

**CS:** Pesquisei até ontem (Risos). Como eu tenho conhecimento, eu vou no *Lilacs* ou vou no *Scielo*, que eu já sei as palavras-chave, né? Aí, eu vou nos descritores para encontrar. Mas quem é leigo não consegue, né? Encontrar os descritores. Eu, graças a Deus, eu tenho essa facilidade. Ontem, segunda, foi um paciente com a mesma condição do Heitor – cromossomos 16, uma alteração. Aí, eu fiquei fascinada para procurar ainda mais, pra saber se ele iria ser igual a ela ou se ele ia ter algumas diferenças. Aí, foi quando realmente eu pesquisei. Segunda-feira. Aí, eu fui essas plataformas pra ver artigos.

**Pesquisadora:** Qual a sua expectativa, o que você espera alcançar assim, com essas investigações?

**CS:** Eu espero ver o meu filho. Entendeu?

**CS:** Porque quando a gente foi no geneticista. Eu vou chorar... Quando a gente foi pro geneticista, ele disse que: “Olhe, Carol, a gente não tem como dizer pra você como é que ele vai se desenvolver. Heitor tem alteração em tal lugar, em tal lugar. Mas como é que ele vai se desenvolver? A gente não sabe”. Então, por isso que a minha pesquisa nesses lugares é para saber como que ele vai ser.

**Pesquisadora:** Como vai ser mais à frente.

**CS:** Isso. Como vai ser mais à frente. Teve uma das pesquisas que disse tal tratamento. Aí eu já vou falar com a pediatra dele se é possível tal tratamento com Heitor... Para antecipar tratamentos que foram usados em pessoas e deram certo. Mas para que para mim, ainda não apareceu ainda. Mas eu posso mostrar pra...

**Pesquisadora:** Não foi colocado pra você.

**CS:** Mas aí eu posso colocar pra equipe, porque eu entendo a equipe... são muitos pacientes. E eles não são, não sabem de tudo. A condição de Heitor é um pra um milhão. Ou seja, ele é o único de Sergipe que tem. Então, não tem equipe que saiba tratar o que ele tem, eu que tenho que tratar. Aí, por isso que eu tô pesquisando sempre.

Destaca-se que não foi mencionada nenhuma restrição do meio de comunicação que impedisse a efetivação. No entanto, os profissionais de saúde foram quase que unânimes em relatar sobre o cuidado desprendido quanto à preservação da privacidade e sobre condutas danosas dos pacientes durante o processo de comunicação via aplicativos de mensagens, relatados a seguir:

Assim, no contato de médico com médico, no seu trabalho em si não; pelo contrário, às vezes, até pode prejudicar um pouco porque você se torna exposto, você se torna preso, é como se você fosse obrigado. Aí, você, eu acho

que, o que você tem que valorizar mais é o seu contato com o paciente dentro do consultório, a questão da rede social é só uma mostra que você vai dar do grande trabalho que você vai exercer dentro do consultório. (Entrevistado UB)

[...] há o diálogo entre médico e paciente no *WhatsApp*, tem regras pelo Conselho Federal de Medicina, mas acho que é bem-vindo. Acho que é muito mais positivo do que negativo [...] com certeza, tem que ter os limites, principalmente, limitar pacientes às vezes. Mas de uma maneira geral, é extremamente positivo para paciente, para médico, para o benefício do paciente. (Entrevistada BQ)

Eu sei que é impossível e inegável o uso das redes sociais, mas acho que também é preciso ser considerado e colocado a questão dos danos, porque nós perdemos muito a privacidade. Hoje, se você for olhar, estamos de plantão 24 horas. Além da exigência da urgência, de muita rapidez nas questões das respostas, principalmente dos pacientes. Por exemplo, o visto e o não visto das mensagens do *WhatsApp*, eu mesmo tiro tudo isso, porque às vezes eu preciso pesquisar, às vezes eu leio a mensagem, mas, na hora, não estou com tempo de parar para responder. Essa perda de privacidade e de limites que não são reconhecidos pelos pacientes me incomoda muito. (grifo nosso) (Entrevistado ACS)

Destarte, afere-se a esta categoria duas características: uma é que, com a facilidade de acesso às informações, a partir da conectividade que as mídias sociais possibilitam, traz na simetria da comunicação em via dupla o equilíbrio de interesses, o engajamento necessário à Decisão Médica Compartilhada, defendido na decisão colaborativa proposta por O'Grady e Jasad (2010) como um processo de engajamento no qual profissionais de saúde, pacientes e pares trabalham juntos, frequentemente usando TIC para entender questões clínicas e determinar o melhor curso de ação, contudo não elaborada pelos autores. A Figura 36 traz os diferentes contextos nos quais a palavra Comunicação aparece nas falas dos entrevistados, confirmando esse engajamento.

Figura 36 – Contextos de uso da palavra comunicação pelos entrevistados



Fonte: A autora.

A segunda propriedade constatada nessa investigação é a manifestação dos novos comportamentos apropriados no contexto da tecnologia, como sugerem DeSanctis e Poole

(1994), embasados pelo processo de legitimação, e confirmados pelo estudos de Etudo, Weistroffer e Al-Abdullah (2015). No que confere aos profissionais de saúde, percebeu-se uma preocupação em ser mais transparente na mensagem para com o paciente, e este revela-se mais questionador, uma vez que detém mais conteúdo oriundo da acessibilidade acima descrita e dão suporte ao processo de Decisão Médica Compartilhada.

O que se apreendeu, no tocante ao comportamento dos profissionais de saúde frente a questionamentos, principalmente relacionados à disponibilidade e facilidade de acesso às informações na *internet*, foi que, em quase totalidade, consideraram-nas perigosas e incipientes, como diz ACS:

Facilitou o acesso para alunos e para os próprios pacientes, mas só concordo com as informações veiculadas em veículos oficiais. As informações disponibilizadas em veículos não oficiais só trouxeram apenas danos com relação à interpretação. Porque digo isso: a medicina, por evidência, que é a base da decisão compartilhada, ela não pode desconsiderar os cabelos brancos da medicina, como é o meu caso, mas de 40 anos de experiência. A experiência do profissional é muito importante porque vai dando a segurança e esse domínio sobre as evidências do paciente.

Assimilou-se também uma certa rejeição aos questionamentos oriundos de pesquisas realizadas nos mecanismos de busca, mas também foi vista uma tendência forte de mudança de conduta para aceitar essa realidade, como se observa nas palavras da entrevistada SK:

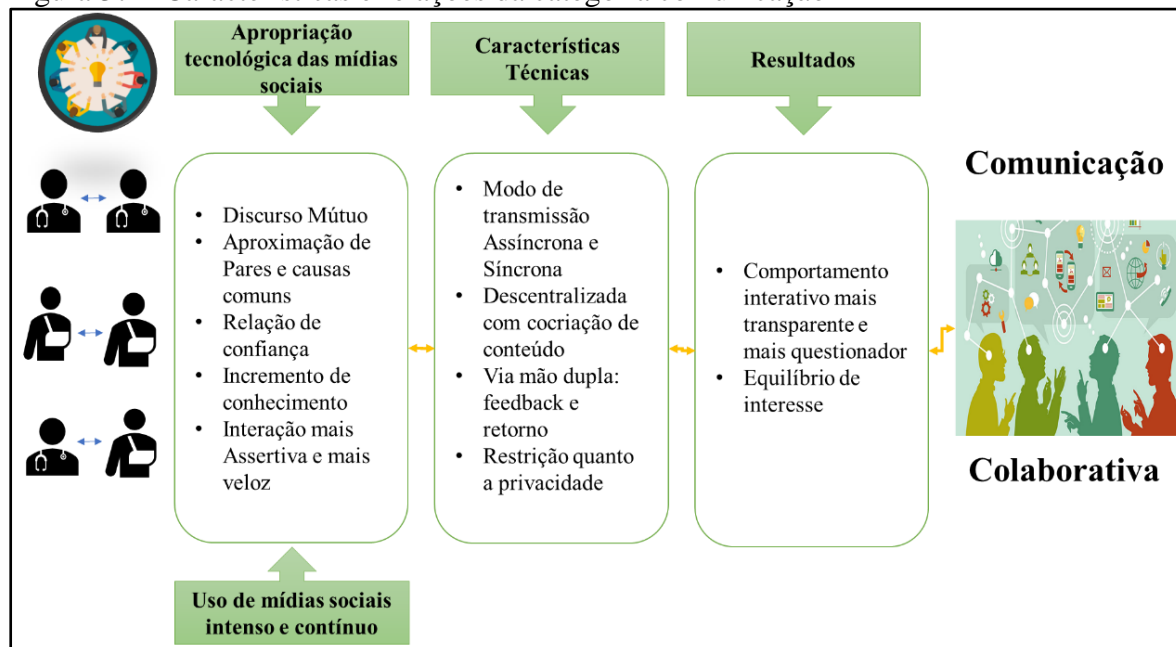
[...] eu já reagi mal. Eu acho que antes eu reagia pior. Eu ficava: “meu deus do céu!”. O ruim, a merda é que lê, lê errado, às vezes alguns tomam atitudes erradas, entendeu? Compra remédio, gasta dinheiro! Mas, hoje em dia, não tem nem como achar ruim. Hoje em dia, já ficou tãooooo, eu vou dizer tão banal. É tão corriqueiro. Hoje em dia, não espanta mais, não causa mais espanto.

Corroborado por ACS:

Diante da minha experiência, eu procuro deixar bem claro e esclareço o máximo possível as informações trazidas, para que o paciente aceite, e eles terminam aceitando, sim, o que é o diagnóstico. Porém, tenho sim questionamentos e sei que eles pesquisam, principalmente no *Google*, sobre as informações. Mas eu deixo bem claro e registro a minha experiência sobre o diagnóstico que eu dou. Dependendo da informação que o paciente me traz, eu reajo, sim, de forma negativa se for de *blogs*, *Google* ou qualquer coisa desse tipo. Mas quando é algo, exemplo, tive um paciente que me trouxe algo sobre um novo tratamento, e aí eu fui pesquisar e depois argumentei contrário ao que ele trouxe.

Assim, a Figura 37 delinea como se comportou a categoria Comunicação no lócus desta pesquisa, a partir da lógica da Decisão Médica Compartilhada, o que confirma a comunicação no processo de colaboração.

Figura 37 – Características e relações da categoria comunicação



Fonte: A autora.

Em continuidade, serão exibidas as considerações acerca da segunda categoria analítica: a coordenação.

#### 4.3.2 Coordenação

A coordenação é um processo de organização de esforços, recursos e atividades (PIMENTEL *et al.*, 2006; FUKS *et al.*, 2007a; CORREIA-NETO, 2014), como, também, atrelando-se a assertiva de Polltrock e Grudin, (1997), as funcionalidades de coordenação embutidas nas ferramentas viabilizam aumento de qualidade e redução de custos ao proporcionar o trabalho em conjunto, trabalho esse que, no contexto da *web 2.0*, torna-se colaborativo e voluntário, diminuindo a significância da categoria, posto já estar embutido na plataforma usada (CORREIA-NETO; DORNELAS; ALBUQUERQUE, 2016).

A Figura 38 traz o diagrama de árvore de agrupamento de similaridade, e identifica-se que houve conceitos semelhantes entre as codificações das categorias de colaboração, despontando um agrupamento de similaridades de codificação maior entre as categorias comunicação e interatividade, seguidas da Cooperação e uma menor relação desses primeiros

com a categoria Coordenação.

Figura 38 – Diagrama de árvore do agrupamento por similaridade de codificação entre as categorias de colaboração dos dados empíricos do estudo



Fonte: A autora.

No que se refere à codificação da categoria coordenação apresentar uma menor relação com a codificação das outras categorias, pode-se retratar, mesmo com conexão com as outras categorias, que a categoria Coordenação, no lócus desta pesquisa, comportou-se de forma sutil e orientada quando necessária.

Nas palavras da entrevistada UB, percebeu-se a associação das relações sociais “[...] que geralmente são satisfatoriamente coordenadas pelo protocolo social permanente e caracterizado pela ausência de qualquer mecanismo de coordenação suportado por computador” (FUKS *et al.*, 2007a, p. 4):

[...] em cada situação, você também quer se colocar como o líder naquela situação; mas não é o líder que vai ser o déspota para comandar e dizer: “é isso”. Mas o líder em nortear mesmo, porque eu posso ter [...], que é doutoranda, sua orientação entende bem, pessoa esclarecida, e eu posso chegar para você até isso aqui. Mas eu posso também ter [...] que nunca foi à escola, que não vai entender bem o que eu estou falando, vai interpretar errado, e eu tenho que intermediar isso aí. Mas sempre tentando deixar ir até o nível que o paciente consegue de entendimento, a decisão compartilhada não é para jogar responsabilidade para o outro não, de forma nenhuma, mas para deixar tudo muito claro e fazer valer também a vontade de quem está mais sofrendo, o impacto daquilo. (Entrevistada UB)

Em um outro contexto, como o citado pela entrevistada BQ:

Olhe, na oncologia, a gente tem uma equipe multidisciplinar. Então o paciente nunca é visto por um ângulo só. Mas, frisando a parte médica mesmo, é complicado. Eu acho que tem que ter um líder, na história. Então eu posso compartilhar com minha colega hemato, ela me ajuda, mas quem toma as decisões acho que é um médico líder.

Nas palavras do entrevistado JAB, confirma-se a alegação de Fuks *et al.* (2007b), de

que a Coordenação é estabelecida contextualmente e depende fortemente da consciência mútua:

[...] eu sou professor universitário, então é uma prática extremamente comum (a consulta), e eu acho que tem que ser incentivada. Eu acho que hoje ninguém detém 100% do conhecimento, e ouvir outros pontos de vista, ponderar sempre é bom. Acho que reforça a nossa tomada de decisão. Logicamente que a martelada final sempre é de quem está coordenando o caso e, juntamente com o paciente, eu ouço com frequência.

Outra verificação é a configuração da comunicação como simétrica de mão dupla, em que o emissor mantém controle, já que os profissionais de saúde confirmam a busca pelos pares de seu relacionamento social ou os mais referenciados como fonte de informação, tendo estes últimos o acesso ainda mais facilitado pelo uso das mídias sociais para essa busca, confirmando Terra (2009), quando ela traz a interação e o *feedback* como uma dos atributos mais manifestos da comunicação digital, reduzindo, com isso, a significância da Coordenação nesse processo, ficando sob a responsabilidade do protocolo social (FUKS; RAPOSO; GEROSA, 2003).

Constatou-se também que, em um ambiente de interação e compartilhamento, como é o proporcionado pelas mídias sociais, a presença da coordenação está relacionada à atitude tomada pelo médico após a comunicação realizada na ferramenta, e não dentro dos grupos de interação, o que faz das mídias sociais um elemento interventor na decisão do usuário, tendo em conta que, após a consulta aos grupos de interação ou a colegas individualmente, os profissionais organizam e direcionam suas atitudes relacionadas ao tratamento ou diagnóstico do paciente, o que foi proposto por Fuks, Raposo e Gerosa (2003) como pós-articulação das tarefas, que envolve as ações necessárias para preparar a Colaboração.

Tal comportamento também é confirmado na relação médico-paciente, principalmente no contexto da Decisão Médica Compartilhada, em que o protagonismo do paciente é dado como certo e crucial para os profissionais de saúde, conforme a fala do entrevistado AV:

Protagonizar? Eu acho que ele tem que ser o protagonista o tempo inteiro. Como a gente sempre fala em segurança e cuidado na assistência, tem que ser centrado no paciente, nos seus valores, nos seus desejos, nas suas inquietudes. Então, assim, o protagonismo sempre será ele. Então assim, nós estamos aqui para dar as ferramentas né? A expertise, o conhecimento, de forma clara, colocando todas as opções, de forma a não desequilibrar essa balança e junto a ele, né? Facilitar esse processo de decisão. Mas o protagonismo tem que ser dele. A gente não vê muito isso, é muito difícil para gente se comportar com isso. Mas o centro do cuidado sempre deveria ser ele. Um protagonista sempre deveria ser o paciente.

Revalidada na fala de MM:

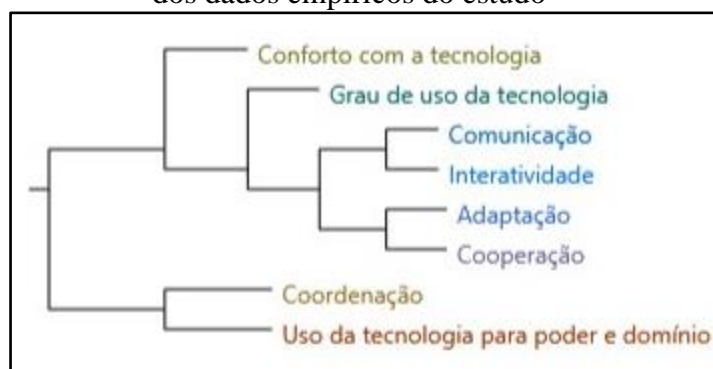
Exatamente [...], a paciente que saiu agora, ela ficou com dever de casa, um monte e desde coisas simples: de beber água, de fazer alongamento e a minha parte também. Então é... se ela não protagonizar, minha parte viraaa, não tem resposta de tratamento. Então ele tem que protagonizar, senão não funciona.

Mais uma vez é percebida a presença da comunicação descentralizada e simétrica como mediadora na relação médico-paciente, que foi possível a partir da apropriação do uso de tecnologias colaborativas. Estas possuem funcionalidades que proporcionam a realização da tarefa de forma voluntária e colaborativa, flexibilizando a coordenação a ponto de reduzir a sua relevância na consecução do objetivo, que a é a conduta do tratamento.

Em se tratando da interação entre os pacientes, a categoria Coordenação não foi verificada. Isso demanda um entendimento de como se configura a apropriação das mídias sociais, em razão de permitir a prática de autogerenciamento da atividade colaborativa, (CORREIA-NETO; DORNELAS, 2015), já que a comunicação intermediada por esses meios se pauta na sociabilidade e descentralização de conteúdo, confirmando Isika, Mendonza e Bosua (2020), quando defendem como resultados da apropriação de mídias sociais por pacientes crônicos a obtenção de benefícios relacionados ao gerenciamento da comorbidade, benefícios estes variados quando relacionados a informações que auxiliavam a entender e gerenciar melhor sua doença. Além dos benefícios emocionais, levando a benefícios terapêuticos autorreferidos, amizades formadas por meio da apropriação do *Instagram*, o que também foi descrito e confirmado nesta pesquisa.

O diagrama, na Figura 39, exhibe o agrupamento de todas as categorias de análise desta pesquisa, de forma independente das suas dimensões de origem e procura ilustrar e facilitar a compreensão das relações entre as codificações dos dados. Nele é possível perceber que, das oito categorias de análise elencadas, seis delas se agrupam por possuírem similaridade no conteúdo das codificações. Em contrapartida, duas das categorias formam outro grupo por semelhança de codificação. Essa figura ilustra também que existe um encadeamento formado pela interação entre os dois grupos, ou seja, mesmo compondo um conjunto próprio, as categorias Coordenação e uso da tecnologia para poder e domínio têm alguma similaridade com o grupo composto pelas outras seis categorias.

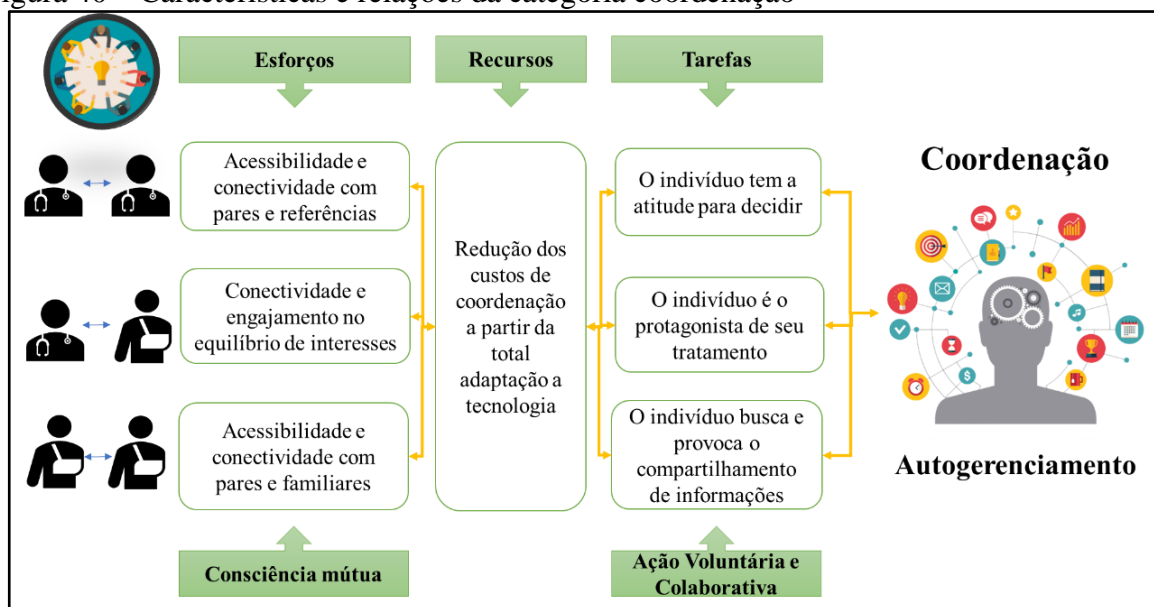
Figura 39 – Diagrama do agrupamento por similaridade de codificação entre as categorias de análise dos dados empíricos do estudo



Fonte: A autora.

Isso posto, infere-se que a categoria Coordenação se faz presente no processo de colaboração no contexto da Decisão Médica Compartilhada sob a forma de autogerenciamento do usuário no que concerne à organização dos esforços, recursos e tarefas individuais na condução de seu tratamento. A Figura 40 esquematiza como se configurou a categoria Coordenação no lócus desta pesquisa, a partir dessa lógica, o que indica a possibilidade de a categoria Coordenação ter se redefinido no processo de Colaboração.

Figura 40 – Características e relações da categoria coordenação



Fonte: A autora.

Assim, a Figura 40 entende que, independentemente do tipo da relação existente entre os participantes da pesquisa, os esforços são pautados pela melhora da conectividade entre eles, o que foi possível a partir da total adaptação deles para com o uso da tecnologia e acessibilidade



a ela, moderando, assim, um incremento do conhecimento, o que levou aos ajustes da tarefa, estabelecendo a coordenação sob a forma de autogerenciamento.

De acordo com o modelo 3C (PIMENTEL *et al.*, 2006), a comunicação e coordenação não são suficientes em si para comprovar a colaboração. Também é necessário fornecer um espaço de trabalho compartilhado em que a Cooperação ocorrerá, categoria esta apresentada na próxima seção.

### 4.3.3 Cooperação

Etimologicamente, de acordo com o dicionário Michaelis (1998), Cooperação é a prestação de auxílio para um fim comum.

Partindo do entendimento de Fuks *et al.* (2012) de que cooperação designa, estritamente, a ação de operar em conjunto, enquanto Colaboração designa a ação de realizar todo o trabalho em conjunto e, ainda, sob o ponto de vista tecnológico, enxergam a categoria como a produção de artefatos em um espaço compartilhado (FUKS *et al.*, 2007a).

No que diz respeito à categoria cooperação, os dados coletados expõem a sua total presença, principalmente, na relação entre os profissionais de saúde. Constata-se a total adaptação e conforto no uso da tecnologia, como na fala da entrevistada SK: “**E essa relação, você acha que entre profissionais o uso das redes, facilitou?** Facilitou, facilitou, a cooperação”.

Quando se refere à prestação do auxílio para um fim comum, a fala de UB manifesta a consciência para tal:

Sim, sim, acho que dividir, não só a responsabilidade, muitas vezes, ou você discutir com o médico assistente. Eu nesse papel de estar, de fazer o exame, tem muito disso, né? Nem sempre o exame, ele é assertivo assim. Você precisa discutir algumas nuances, ver a parte clínica. Então é bem comum, na minha área, a gente ter que entrar em contato com o colega para discutir, mesmo como clínico, os casos mais complexos, você busca uma interação, para ver a opinião do outro.

A fala da entrevistada MM confirma a assertiva de Correia-Neto (2014) de que a Cooperação reflete a boa vontade dos colegas, no sentido de compartilhar informações e recursos em prol dos objetivos dos demais membros do grupo:

É! Sem dúvida facilita muito. A gente no grupo faz: “que eu não encontro um colírio prescreve determinada droga, o paciente não está achando”, você bota

lá: “Minha gente, onde é que tá vendendo isso?” Aí, alguém já diz né? Ou: “oh! O meu aparelho quebrou. Tem alguém que faça manutenção?” Aí, o outro já bota: “fulano”. E já manda o telefone. Então sem dúvida tanto do ponto de vista científico, para você discutir alguma coisa, como de você conhecer a pessoa e entrar em contato muito mais facilmente e assim melhorou demais.

Quando se observa os canais utilizados para cooperar, os aplicativos de mensagens e as redes sociais virtuais são os mais verbalizados, inclusive, assumindo a troca pelo presencial, como nota-se nas palavras da entrevistada BQ:

Entre profissionais agilizou. A gente só se reunia pessoalmente para discutir caso. Agora você tá na dúvida, você manda uma mensagem, e o colega já te responde ali automaticamente. Para isso, eu tenho grupos daqui de Aracaju. Tem um grupo do Nordeste onde a gente sempre põe casos desafiadores e isso aí só enriquece, que você vê um colega que tá passando tal situação, e já aprende um pouco. Colegas de São Paulo, da época da residência. Então a gente tem grupos, que em um segundo você consegue uma orientação.

Reforçada pelo depoimento do entrevistado MF:

Acaba que o *WhatsApp* ajuda bastante. A gente usa muito [...]. **Então, além da comunicação você acha aqui também a cooperação ela...** facilitou, aumentou muito o contato, com certeza. Facilitou bastante, sem dúvida nenhuma, que hoje você conversar com Dr. B., Dr. S.; antes, só pessoalmente, e aí você arranjar um tempo na agenda do cara que começa atender 4:30 da manhã e vai até às 10 horas da noite. Aí, no meio do dia, manda uma pergunta quando ele pode ir lá 2, 3 horas. Depois ele manda a resposta.

A entrevistada PS traz o uso de outros canais e demonstra a potencialização da rede de relacionamentos, sugerindo um aprofundamento sob essa categoria, para a ocorrência de corporativismo:

[...] na realidade, quando a gente vai dividir um caso, primeiro tem que ser um grupo pequeno e um grupo de pessoas que você confia, que você julga que são tecnicamente capazes para discutir com você. Então quando você pega um caso fora de protocolo, toda decisão que a gente toma, a gente vem baseada, né? O correto é você basear sua decisão nos estudos mais recentes, que mostraram resultados positivos para determinada conduta. Se você tem uma paciente que você não consegue encaixar aqueles protocolos, você vai ter que tomar uma conduta pessoal, da qual você não tem respaldo jurídico. Depois vão te perguntar “mas por que que você fez isso?” **Hum rum** “Eu fiz isso porque ela não se encaixava em nada”. Nessa hora, geralmente, a gente recorre a uma junta de pessoas que vão concordar com você, até para você depois falar: “foi discutido com o grupo e tal”. **É verdade.** Existem grupos de *Facebook* fechados que fazem isso, e existem grupos de *WhatsApp*. Não é nenhum grupo oficial, entendeu? São amigos que a gente sabe que são bons e **colegas de trabalho que comungam com a sua conduta ou coisa desse tipo**

né?

Ao se observar sobre o engajamento dos membros nos espaços virtuais compartilhados, compreende-se a participação, porém nem sempre efetiva, haja vista ser voluntária e facultativa, como se verifica nas falas dos entrevistados abaixo:

Eventualmente. Não é uma coisaaa, depende muito, quanto mais, quanto maior for esse grupo, meeeenos eu interajo. Então, na verdade, minha sensação de estar à vontade de estar interagindo ali é de ter pessoas mais próximas. Então, por exemplo, em um grupo que é de imagem daqui, eu falo mais do que no grupo de imagem nacional, vamos dizer; e ao mesmo tempo, claro, se tiver um caso muito impactante, um caso que todo mundo se interessou em discutir, que deu alguma coisa realmente muito diferente do habitual, às vezes você se sente à vontade de interagir. (Entrevistada UB)

[...] no *Facebook*, eu fazia parte, aliás, eu faço parte da comunidade Retina Brasil, que é uma comunidade de deficientes visuais. Faço parte da comunidade de retinose pigmentar, que são pacientes com retinose pigmentar, né? Acompanho também, no *Instagram*, páginas dessas sociedades. **Interage com elas?** Normalmente são comunidades imensas de muita gente, então quando questionado especificamente por algum *post* que eu ponho, sim, ou quando eu, eu tô lendo as coisas, e eu consigo ver algo que eu possa responder, que não tenha tido resposta ainda, interajo, mas mais quando eu sou questionado. (Entrevistado BC)

[...] tem, tenho um grupo de *WhatsApp* do Brasil, inclusive, é o Endonews, tem mais de... nem sei quantos endocrinologistas tem ali. E, aí, a gente compartilha artigo, tem muita gente que, aí, coloca caso clínico de paciente, pede ajuda aos colegas, é bem interessante. **E você interage?** Às vezes, às vezes eu dou meus palpites. É porque muita gente falando ao mesmo tempo, e a gente não consegue acompanhar, é grandeeeeee. **Um grupo hoje no WhatsApp ele permite 500 pessoas.** Um grupo grande, grande, grande, às vezes eu dou lá meus palpitezinhos, assim quando dá. (Entrevistada RL)

O contrário é observado na relação paciente-paciente, a interação e compartilhamento de informações é bastante efetiva e, em sua maioria, extrapola a participação exclusivamente nos grupos ou comunidades e vão para o particular, como comprova-se na fala de CS:

**CS:** Isso! Então, pelas redes sociais, ajuda por causa disso, porque faz a gente fica mais próximo de pessoas que passam também por isso.

**Pesquisadora:** E você interage com todas elas?

**CS:** Com todas elas. Todos eu pego o número pra adicionar. Porque o *Instagram*, a gente não fica só no *insta*, vai pro *Whatsapp*, que é melhor de se comunicar. Então, quando a gente parte pro *Whatsapp*, eu fico horas conversando com elas. Com pediatras renomadas de São Paulo, a gente conversa. Teve uma vez que veio uma fono, renomada. Eu fui pra esse curso, paguei o meu rim, mas eu fui. Então, até hoje eu tenho contato com ela. Até hoje ela me diz: “Carol, compre isso, faça isso com Heitor”. Então, é a fono,

mas não é a fono dele, entendeu? A rede social fez que eu tivesse mais profissionais ao meu lado, e coisas que eu não teria se não fosse a rede social não tivesse...

**Pesquisadora:** Você já me disse que fala com outras pessoas sobre a comorbidade. E sobre o tratamento, também?

**CS:** Sim, a gente troca tratamento. Acho que sempre. Eu acho que isso também... a minha equipe ajuda [...].

**Pesquisadora:** É tudo pelas redes?

**CS:** É. É como eu digo, a gente não tem um grupo pra isso, mas a gente se fala por privado. Tanto é que a gente conversa tanto, que eu ganhei muitos pacientes através disso. O paciente já vem porque: “Fulano disse que você tem um filho, isso, isso e isso... e você vai resolver [...]”.

No que se refere à relação médico-paciente, o uso das mídias sociais, para Cooperação apreende-se ainda incipiente em relação à interação praticada entre os profissionais da saúde; todavia, em vias de consumação, uma vez que é perceptível a prestação do auxílio para fins comuns, como se verifica na fala abaixo:

Aí, muda a forma de conversar. Aí, sai a psicologia e entra a técnica. Se existe um confronto de literaturas, a gente tem que mostrar qual que é a real, qual a que tem a maior veracidade, qual a que tem a melhor validade do ponto de vista científico, né? Se o paciente chega confrontando a minha hipótese, eu tenho que fazer o contraponto e mostrar para ele quem é que tá mais certo. Se ele vier para mim com uma proposta, com uma informação válida, de boa qualidade é minha obrigação aceitar, é minha obrigação aceitar! [...] eu me recordo de um paciente, há uns dois anos atrás, que tinha o colesterol muito alto, e ele veio para mim com um artigo mostrando que o colesterol não fazia mal. O colesterol ingerido! E eu fui, radicalmente, contra. Até que eu fui estudar [...]. Mas aí eu ganhei conhecimento do assunto. Hoje, minha forma de abordar, por exemplo, o colesterol com meus pacientes é totalmente diferente, baseada numa informação que o paciente me trouxe. (grifo nosso)  
(Entrevistado RB)

Ressalta-se, aqui, que há resistência ainda por parte do profissional, a título de se resguardar e manter a sua privacidade. A verbalização da entrevistada RL expressa claramente o incômodo e os motivos pela resistência dos profissionais. No entanto, em seguida, percebe-se a boa vontade em se engajar para a situação social que essa interação permeia:

[...] com o paciente aí vai agora a questão cultural nossa do Brasil, porque às vezes as pessoas, elas não sabem delimitar essa coisa de que até quando eu tô disponível para lhe responder determinadas coisas. Então, as pessoas acham que porque é um aplicativo, você tá disponível a qualquer hora, a qualquer momento e para ser disponível a qualquer pergunta. **E se o azulzinho aparecer então?** E se o azulzinho aparecer sem resposta, já calhou do paciente me dizer: “ah! Você olhou e não me respondeu, você viu e não me respondeu, cadê você?”. Eu falo: “olha!”. Às vezes, até calha de ser até indelicado, eu falei: “olha! Eu olhei e não lhe respondi, porque eu tô com a

minha família, ou eu estou descansando, ou eu tô até raciocinando o que é que vou lhe responder”. Tem gente que manda fotografia de determinadas áreas do corpo que eu não vou nem falar. Aí, eu digo: “oh! Não sou obrigada a ver, né?”. Determinadas coisas são coisas que para eu tomar uma conduta, eu tenho que examinar, não é só foto, não é só você me falar: “ah! Meu parente, fulano de tal, está assim, você acha que eu dou o que a ele?”. Eu falo: “oh! Eu não acho nada, que eu não sei quem é fulano de tal. Eu não conheço a pessoa. Você, eu conheço, eu já lhe examinei, eu sei quais as patologias que você tem”. Então, eu já vou raciocinando melhor, mas caso contrário fica muito, muito complicado, então, assim, as pessoas chegam até a ser invasivas em alguns momentos. Lógico, essa é a parte chata. **E tem a parte boa, RL?** Tem, tem paciente que mora no interior, que não tem livre acesso à rede pública de saúde, ou até mesmo privada de saúde, e que eu tenho como orientar ele por aplicativo. Então, por *WhatsApp*, eu faço regulagem de dose de insulina, eu titulo as doses de medicação. Então, eu consigo dar esse *feedback* para eles que eles não tinham. **Então na condução do tratamento, houve uma melhora?** Do tratamento, houve uma melhora. **E resposta deles também.** Deles também, sim, sim.

Sales (2014) explana que a cooperação tem a sua orientação sob a lógica da apropriação de resultados. No contexto da Decisão Médica Compartilhada, ela pode ser delineada e percebida durante a conduta e execução do tratamento da comorbidade, por meio da interação entre médico e paciente por intermédio das mídias sociais, uma vez que se observa ações coordenadas operacionais dos envolvidos, levando a um comportamento mais interativo, trazendo uma nova dinâmica ao processo.

Ainda para esse autor, a Cooperação é um desenho de interação entre pessoas, que incita relações interindividuais, originando sistemas de interações no que tange à relação entre médicos ou entre pacientes. Ficou claro que o compartilhamento de informações e recursos, o engajamento em espaços virtuais, mesmo com a participação voluntária e facultativa é bem mais efetiva no canal dos aplicativos de mensagens e um pouco menos nas redes sociais para os médicos, porque para os pacientes chegam a extrapolar dos grupos para o privado.

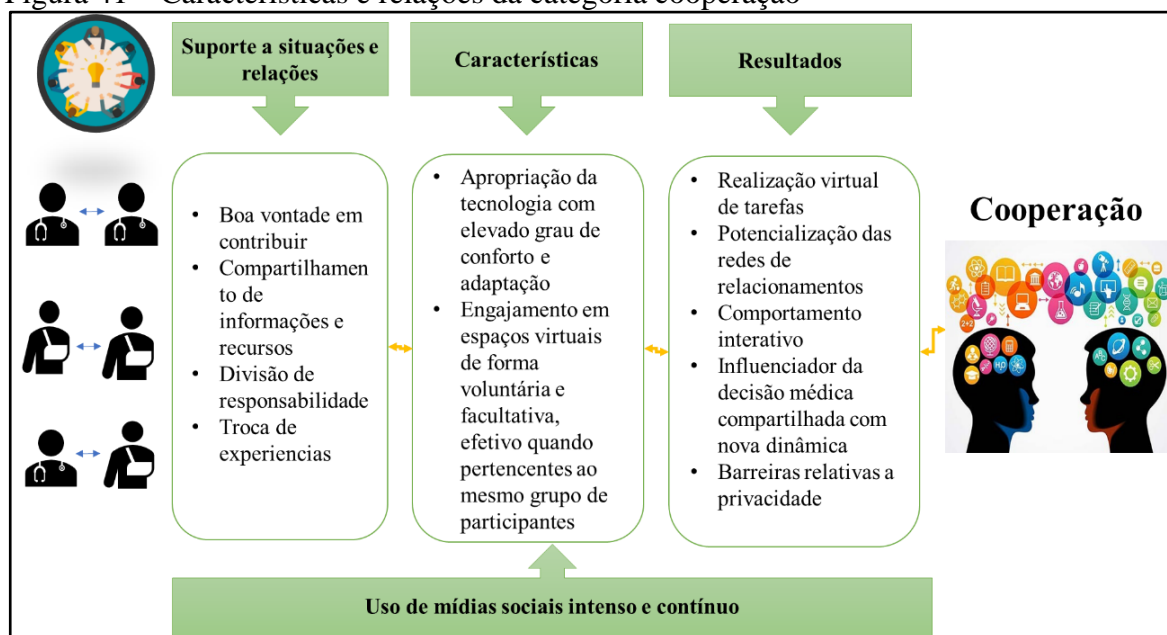
Correia-Neto (2014, p. 69) expressa que “[...] os esforços e as ações individuais são combinados e sintetizados em ações cooperativas, e que o estímulo, a facilitação e a manutenção da cooperação constituem a essência da gestão.”, o que pôde ser observado nesta pesquisa por meio dos depoimentos. Foi apreendido a existência de hábitos de cooperar, quando se vê o incremento de conhecimento, a realização virtual de tarefas e a própria potencialização das redes de relacionamentos existentes anteriormente ao uso das mídias sociais.

Assim, confirma-se o pensamento de Hamilton *et al.* (2017) de que, na Tomada de Decisão Médica Compartilhada, os tomadores são influenciados por considerações em múltiplos níveis de influência social, incluindo o nível interpessoal, nível organizacional, nível da comunidade e níveis de políticas.

Destarte, pode-se inferir a existência da Cooperação permeada pelas mídias sociais, ou seja, de forma virtual, uma vez que a troca de experiências e conhecimentos permite a consecução conjunta de objetivos por meio de ações operacionais das pessoas (SALES; DORNELAS, 2014), e a possibilidade desta categoria ser realizada por meio virtual a configura como um fator influenciador da Decisão Médica Compartilhada.

A Figura 41 delinea o comportamento da categoria Cooperação no lócus desta pesquisa, que indica a possibilidade de ela trazer uma nova dinâmica ao processo de Decisão Médica Compartilhada.

Figura 41 – Características e relações da categoria cooperação



Fonte: A autora.

De tal modo, a Figura 41 retrata o suporte que a categoria cooperação fornece ao processo de Colaboração na Decisão Médica Compartilhada de acordo com o tipo da relação existente entre os participantes da pesquisa. Suporte este, pautado no comportamento interativo permeado pelos hábitos de cooperar, o que foi possível a partir da total adaptação deles para com o uso da tecnologia e acessibilidade a ela, desenhando uma nova dinâmica com incremento do conhecimento, potencialização de redes de relacionamento e a realização virtual de tarefas, estabelecendo a coordenação como fator influenciador ao processo.

Após identificar a comunicação, coordenação e cooperação, caminha-se para a última categoria da colaboração, que abordará a interatividade.

#### 4.3.4 Interatividade

Santos, Correia-Neto e Souza (2017, p. 149) destacam que a interatividade aborda a troca *on-line* e imediata de informações “[...] de forma intuitiva entre dois ou mais usuários, aumentando o rendimento da produção do usuário e motivando o usuário a participar e colaborar nesse ambiente eletrônico.”. Isso propicia uma maior sociabilidade por intermédio da tecnologia e um elevado engajamento dos usuários devido aos processos de trocas sociais (CORREIA-NETO, 2014).

Para este estudo, a Interatividade compreende-se como algo intrínseco à forma de interação construída pelas mídias sociais e inerente à troca que estas oportunizam. Esse argumento se fundamenta no diagrama da Figura 42 de agrupamento por similaridade das codificações em que a categoria Comunicação apresenta semelhança com a categoria Interatividade, haja vista esta se mostrar como facilitadora da primeira.

Figura 42 – Diagrama de árvore do agrupamento por similaridade de codificação entre as categorias de colaboração dos dados empíricos do estudo



Fonte: A autora.

Ao analisar o ambiente da Tomada de Decisão Médica Compartilhada no lócus desta pesquisa, infere-se que o grau de interatividade é alto, tendo em vista a capacidade de comunicação dos participantes, nas três formas propostas por Kioussis (2002): um para um, um para muitos e muitos para muitos, e participar de trocas recíprocas de mensagens, como se vê nas palavras do entrevistado LFP:

Eu acho que as redes sociais são uma ferramenta de comunicação muito, muito boa, assim, particularmente. Embora o CRM proíba muita coisa pelo *WhatsApp*, o *WhatsApp* me aproximou muito dos meus pacientes. Eu respondo muita coisa, eu tiro muito as dúvidas dele, eu mando foto de comida, eles mandam foto do que estão comendo para mim, e eles passam em algum médico, e o médico passou a receita, tira a foto da receita e me mandam na hora. Me aproximou muito, muito, muito mesmo. Eu não deixo de usar o *WhatsApp* com eles. Todos eles têm meu telefone e *WhatsApp* [...].

Outra comprovação relaciona-se ao engajamento e o processo de trocas sociais:

[...] com certeza. **De que forma ela modificou esse processo?** Ela aproximou todo mundo, acho que nesse sentido. Você sempre tá com mais uma via, mais uma possibilidade de contato com os colegas e com o paciente. Você não precisa de contato físico, e o contato telefônico depende da disponibilidade dos dois simultaneamente. Então essas outras ferramentas permitem esse acesso. (Entrevistada MM)

Adicionado a essas percepções, tem-se, na possibilidade das trocas recíprocas de mensagens, seja de maneira síncrona ou assíncrona, a confirmação de relacionamentos interpessoais construtivos, necessários para interações colaborativas bem-sucedidas (BALA; MASSEY; MONTOYA, 2017), como se vê na fala da entrevistada PS:

Uma coisa que eu reparei é que os pacientes eles gostam de saber de notícia, mas eles gostam de saber da gente também. **kkk É verdade.** As postagens que são coisas pessoais nossas, geralmente, eles respondem super bem. Depois ele vem aqui e comenta comigo: “nossa, eu vi aquela foto que você postou com a sua família, não sei o que”. Então, eles também gostam, e eu acho isso gostoso. **E isso aproxima, né?** Com certeza. [...] não olha aqui, enquanto a gente estava conversando já conversei. Olha aqui meu *WhatsApp*. Enquanto você chegou: “Camila, oh, a gente discutiu paciente que saiu”. Marcela me mandando fotos da cirurgia, perguntado, então, assim ela não precisou vir aqui, eu resolvi para ela. É bem mais fácil ela estar em pós-operatório.

As características da Interatividade, de simultaneidade e continuidade da comunicação, o uso de múltiplas pistas não verbais, a espontaneidade do envolvimento e a capacidade de interromper ou antecipar-se propostas por Bala, Massey e Hsieh (2016) foram captadas principalmente nas falas dos pacientes, como:

É, se for o caso, né? Eu descubro muita coisa pra, muita, muita, muita coisa que médico não orientou, que terapeuta não indicou, mas eu descubro com outras mães, e a gente vai compartilhando experiências e vai assim, se, se servir como. [...] assim, pra mim, tem sido ótimo. Eu, é como eu lhe disse, tirando esse lado, do lado do sistema, do sistema criar esse mercado, de ampliar esse mercado, mas é um mercado que é também favorável. E eu tiro o máximo do que tem de melhor nessa condição. Tipo, a fisioterapeuta de Lu foi por causa de um *Instagram* que eu cheguei até ela. E hoje, a gente, a gente já tem dois anos que estamos juntas. E eu tenho total plena confiança no trabalho dela, no desempenho dela, apesar dos milhares dos passos que demos pra trás por conta de uma série de coisas. Mas, é assim, a gente vai... estreitando. Para mim, foi o estreitamento de laços. Essa possibilidade de trocar *WhatsApp* com o profissional.

Sales (2012) indica que uma rede de participação e colaboração manifesta-se quando as



peessoas executam suas competências e que, por intermédio da informação coletivizada, desenvolve inteligência aos processos, o que foi percebido no depoimento da entrevistada PG:

Tem um grupo de *Whatsapp* que o pessoal que antigamente tinha umas reuniões. E o pessoal que fez a cirurgia na minha época. A gente fez um grupo de quem fez a bariátrica naquele ano, todo mundo que fez bariátrica naquele ano, naquele período mais ou menos. Fiz cinco anos agora de bariátrica. E sigo algumas coisas de *Facebook*, *Orkut* mais não, *Instagram*. E assim, eu tava bem preocupada e até conversei no meu grupo de bariátrica, duas meninas morreram com câncer. Não que a bariátrica tem a ver, mas assim, gente que teve câncer na infância. E foi por conta de uma falha, eu falei pra [...]. Falha do médico, falha do psicólogo, falha do nutricionista. Se você teve um câncer, na minha concepção, quem faz bariátrica, a imunidade cai pra caramba. Então, a própria probabilidade de você ter uma reincidência é muito grande. Duas meninas morreram no meu grupo de bariátrica, e eu tava seguindo uma menina no *Instagram*, e ela tá com câncer. Aí dizendo que “não, a bariátrica não tem nada a ver com câncer...”. Eu tenho as minhas dúvidas, entendeu?

E um monte de gente me procura por ser um caso bem sucedido de bariátrica. Muita gente me procura para conversar antes e depois da cirurgia também.

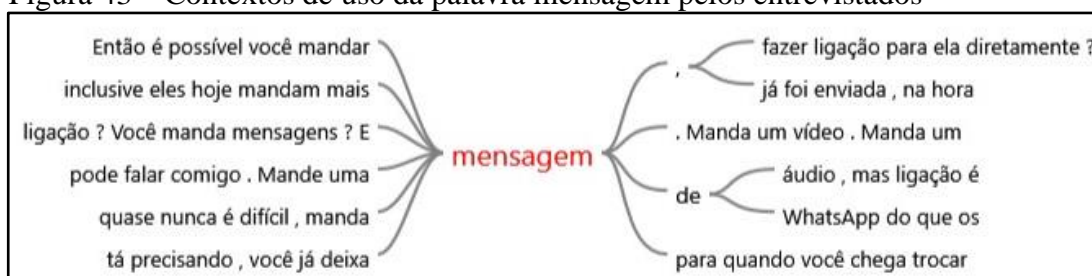
**Pesquisadora:** Procura por telefone, por *Whatsapp*, tudo?

**PG:** Procura. “Oi, Fulana, quem me deu seu número foi não sei quem. Eu quero fazer bariátrica, o que você acha?”.

Desse modo, confirma-se o pressuposto de que, seguindo a lógica da Interatividade, a Tomada de Decisão Médica Compartilhada pode se permitir como espaços de Colaboração, e as redes sociais suportam o papel da estrutura (DESANCTIS; POOLE, 1994), reforçando o papel da Interatividade que pode garantir condições superiores para a relação médico-paciente.

Santos, Correia-Neto e Souza (2017, p. 4) expõem sobre a variante comunicacional oriunda com a interatividade informática, “[...] onde a mensagem é modificável, na medida em que responde às solicitações daquele que a consulta reforçando o sentido de participação, intervenção, bidirecionalidade e multiplicidade de conexões.”. Esses sentidos podem ser ratificados pela Figura 43, que demonstram as diferentes conexões acerca do termo mensagem, e o como modificou com a funcionalidades proporcionadas pela Interatividade.

Figura 43 – Contextos de uso da palavra mensagem pelos entrevistados

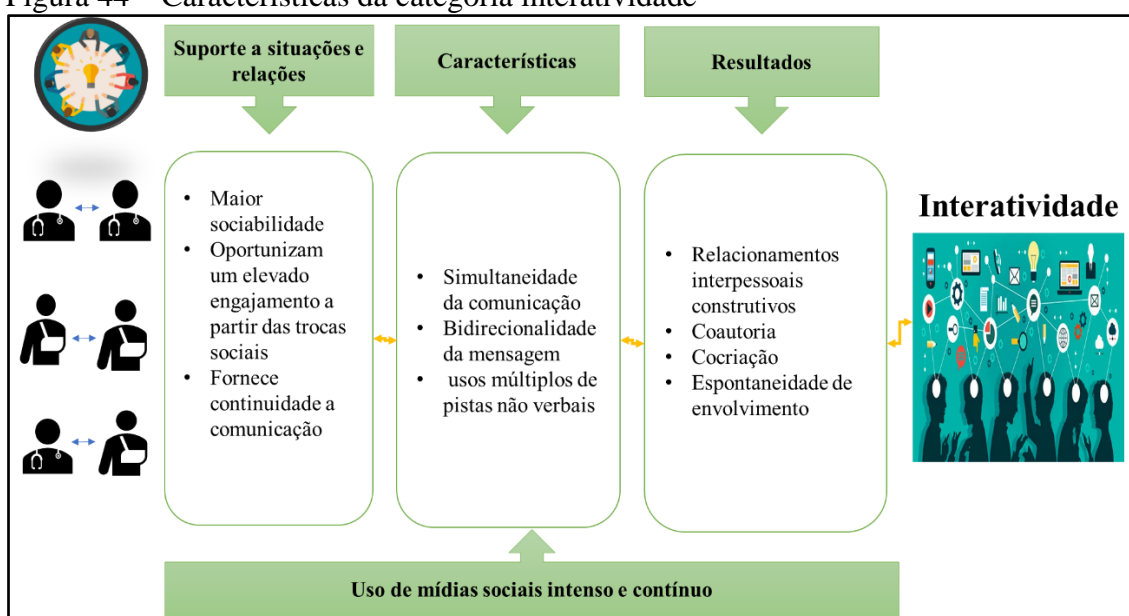


Fonte: A autora.

Isso posto, confirma-se a ocorrência em alto grau da interatividade permitida pelas mídias sociais no processo de Decisão Médica Compartilhada, uma vez que configuram espaços colaborativos a partir das redes particulares e de colaboração existentes não só entre profissionais, mas também entre pacientes, já que a espontaneidade do envolvimento é presente.

A Figura 44 apresenta a caracterização da categoria interatividade no lócus desta investigação, confirmando a construção do conhecimento defendida por O'Graddy e Jadad (2010). Nesse contexto, vista como a atividade social pela qual as comunidades cunham conhecimentos por meio de um processo de melhoria colaborativa e interativa das ideias.

Figura 44 – Características da categoria interatividade



Fonte: A autora.

Ademais, a pesquisa leva a crer que há uma barreira na presença completa do processo de Colaboração na Tomada de Decisão Compartilhada, e esta refere-se à influência dos aspectos culturais relacionados ao nível de instrução, regionalização, religião dos pacientes frente ao seu comportamento em relação ao seu diagnóstico ou tratamento e a utilização de tecnologias colaborativas, como se confirma nas falas a seguir:

[...] quanto mais instruído o paciente, mais tendência ele tem de querer esclarecer a informação prévia que ele teve. Então, eu opero pelo SUS, eu opero pelo sistema privado. O paciente do SUS, dificilmente, me questiona algum tipo de conduta baseada em alguma informação prévia que ele teve acesso, ou porque ele não teve acesso ou porque não é letrado para ter esse acesso certo ou, simplesmente, porque ele acha que não tem outra opção que não seja a minha opinião. Talvez, infelizmente, mas o paciente que tem mais acesso, mais condição é um paciente mais questionador e que já vem com um certo nível de informação maior. Principalmente se ele for mais jovem, eu

acho que a idade faz essa diferença. (Entrevistado BC)

No tocante à religião e regionalização, LFP descreve:

[...] distanásia é um termo médico utilizado para classificar o prolongamento do sofrimento e não da vida. Toda vez que a gente vai fazer uma intervenção que a gente, sabidamente, reconhece que é fútil, ou seja, que não vai trazer de volta à vida, mas vai prolongar aquela vida moribunda dele, [...] a distanásia é quando você prolonga uma vida que não tem mais sentido você prolongar. Então, é muito comum a gente não conseguir uma boa relação com o paciente, e a gente por não ter uma legislação muito específica, e a nossa cultura é muito paternalista, nosso sangue latino muito emotivo, deixa que as famílias não desapeguem, entendeu? As famílias não conseguem perceber que não vale a pena viver aquela vida. Imagine seu pai, se ele pudesse responder agora? Qual seria a opção dele? Não é possível que ele nunca conversou isso com você, que ele não queria estar na cama de uma UTI, cheio de ferida, doente dos rins, sem contato nenhum com o ambiente, absolutamente, alheio a tudo, sedado, usando aparelhos, e a gente fazendo tudo, tudo, tudo que eu sei que, daqui a pouco, ele vai morrer. Isso pode acontecer daqui a um mês, pode acontecer daqui a seis meses, mas que diferença vai fazer para você? Ficar seis meses com seu pai desse jeito? Já para ele, eu tenho certeza de que vai fazer uma diferença muito grande, porque o corpo está sofrendo muito. Mas isso é cultural ainda, por exemplo: espíritas aceitam melhor a decisão compartilhada do que crentes, católicos, entendeu? Evangélicos e católicos... os espíritas trabalham melhor a morte, eles não entendem a morte como um fim, entendeu? É só como uma passagem, para mim é mais fácil de trabalhar, esse tipo de decisão compartilhada relacionada à terminalidade, né? Nos espíritas... quando a família é espírita... se for testemunha de jeová, ferrou. (grifo nosso)

Desse modo, do ponto de vista dos objetivos desta pesquisa, as categorias de colaboração propostas pelo *framework* i3C, utilizado aqui como lente de análise, foram confirmadas, e não foi percebido o surgimento de novas categorias.

Salienta-se que as categorias Comunicação e Cooperação foram amplamente potencializadas após a apropriação das mídias sociais, mesmo compreendendo que a Cooperação não ocorre em forma de produção de artefato nesse contexto, mas, sim, no alcance de objetivos comum a partir de atitudes personificadas.

A categoria Coordenação foi percebida de forma sutil e orientada quando necessária, confirmando a observação de Correia-Neto e Dornelas (2015) de que esta perde força, uma vez que a Interatividade possibilita o trabalho colaborativo de forma mais autorregulada e guiada do que estabelecido por uma coordenação central, estabelecendo-se, neste trabalho, sob a forma de autogerenciamento e suscitando uma nova redefinição.

Cabe também destacar que a dimensão Colaboração, por meio das mídias sociais, é concebida como inerente à relação entre profissionais de saúde, assumindo uma configuração

de atualização de conhecimento e potencialização do desempenho profissional, e tudo isto tornou-se possível partir da acessibilidade que as tecnologias colaborativas no contexto da *web 2.0* permitem.

Após descrever e analisar a quarta e última categoria da dimensão colaboração e apresentar o comportamento desta dimensão, uma síntese da discussão dos dados será exposta.

#### 4.3.5 Consolidação dos dados

No presente estudo, considerou-se inicialmente quatro categorias da apropriação da tecnologia, a saber: o grau de uso da tecnologia, o conforto com a tecnologia, a adaptação à tecnologia e o uso da tecnologia para poder e domínio em vez de colaboração, e quatro categorias da colaboração: comunicação, coordenação, cooperação e interatividade. Esta seção tem como propósito reunir os aspectos encontrados nas duas dimensões com o intuito de situar as conexões significativas entre os dados, os conceitos e definições exposto nesta tese, objetivando descrever a forma de apropriação das mídias sociais que configuram os espaços de colaboração para a prática da Decisão Médica Compartilhada.

Em um primeiro momento foi necessário identificar quais mídias sociais eram utilizadas pelos participantes da pesquisa e se estas se faziam presentes na atividade profissional dos médicos; e, para os pacientes, se eles a utilizavam para gerenciamento de sua saúde. No caso dos primeiros, foi confirmado o uso para tarefas e de forma diversificada, o que nos leva a afirmar que seu uso suporta interações sociais e relacionais entre membros, mesmo que não sejam pertinentes à tarefa em si. Mas ocasionam comportamentos interativos, o que já se configura como um aspecto necessário à prática da Decisão Médica Compartilhada, haja vista potencializar a transferência de informações de forma síncrona entre as partes, algo defendido pelos percussores da Decisão Médica Compartilhada, Charles, Whelan e Gafni (1999).

Nesta investigação, confirmou-se um elevado grau de uso das mídias sociais, igualmente aos graus de conforto e adaptação com as tecnologias. De imediato, constatou-se a alta frequência de uso das mídias sociais para diversos objetivos, desde o básico de comunicação, percorrendo pela busca e atualização de conhecimento, além da atividade profissional.

Ressalta-se aqui o entendimento acerca das funcionalidades da tecnologia, além da assimilação deste uso na rotina de ambos os grupos de participantes como inerente, chegando, às vezes, a ser considerada como obrigatória.

Para o grupo de pacientes, acrescenta-se, a esses fatores, a busca de relacionamentos como mecanismos de motivação e planos de tratamento, o que caracteriza fortes mecanismos

de apropriação, além de proporcionar um processo de engajamento no qual as partes podem trabalhar em conjunto para entender questões clínicas e determinar o melhor curso de ação na tomada de decisão. Vale ressaltar que os vários tipos de uso por um único indivíduo confirmam a atitude para influenciar apropriação, uma vez que uso gera uso.

Encerra-se, então, que o perfil da apropriação das mídias sociais no lócus desta pesquisa se configura como estável, uma vez que cumpre as características elencadas por Poole e DeSanctis (1990): uma apropriação fiel, alto conforto e adaptação pela tecnologia, haja vista, o conforto e a adaptação facilitarem o uso futuro e os resultados bem-sucedidos do uso da tecnologia e um elevado nível de consenso de uso. Ademais, o uso para poder ou domínio foi considerado baixo, uma vez que este se opõe ao espírito colaborativo das tecnologias avançadas, comprovado pelos dados de baixa incidência de coordenação nos grupos de participantes da pesquisa.

Os dados revelaram a presença dos aspectos relacionados à colaboração e confirmaram os processos de interação e comunicação entre os médicos e pacientes permeados pelas mídias sociais, possibilitando a realização da Decisão Médica Compartilhada. As categorias de colaboração sugeridas por Correia-Neto (2014) ficaram caracterizadas da seguinte forma:

A Comunicação predominou como a mais efetiva e potencializada diante do uso das mídias sociais, percebida como um benefício à interação entre pares e entre médicos e paciente. Ela foi também caracterizada de forma simétrica, descentralizada, de mão dupla, causando uma mudança no relacionamento entre os envolvidos, proporcionando o engajamento e o equilíbrio de interesse, e estimulando o desenvolvimento de uma parceria mais forte entre os pacientes e os profissionais de saúde, presente na busca da equidade defendida pelo processo de Tomada de Decisão Compartilhada.

A Coordenação é confirmada como contextual e dependente de consciência mútua. A sua presença está relacionada à atitude tomada pelo médico após a comunicação realizada na ferramenta e não dentro dos grupos de interação, o que faz das mídias sociais um elemento interventor na decisão do usuário, indicando, com isso, a possibilidade de a categoria Coordenação ter se redefinido no processo de colaboração, estabelecida sob a forma de autogerenciamento.

A Cooperação foi percebida como efetiva em todas as relações, quando entre os profissionais de saúde é realizada sob a forma de compartilhamento de recursos e informações para os demais membros; além de fomentar a rede de relacionamentos, inclusive para a ocasionar corporativismo; já entre os pacientes, extrapola os grupos, chegando à relação privada. No entanto, na relação médico-paciente, constatou-se ainda incipiente em comparação

com as outras formas de interação, mas em vias de aperfeiçoamento. Tal fato deve-se a uma certa resistência por parte de alguns profissionais de saúde no que tange à sua privacidade.

Assim, esta pesquisa confirma a presença da cooperação, por esta indicar a possibilidade de a categoria trazer uma nova dinâmica ao processo de Decisão Médica Compartilhada no que concerne ao alcance dos desígnios desejados, haja vista possibilitar a realização de tarefas virtuais.

A Interatividade, compreende-se como algo intrínseco à forma de interação construída pelas mídias sociais e inerente à troca que estas oportunizam. Portanto, sendo de grau elevado em virtude da capacidade de comunicação, cooperação que esta proporciona, levando ao engajamento no processo das trocas sociais, com a confirmação dos relacionamentos interpessoais construtivos, necessários às interações colaborativas sugeridas pela Tomada Decisão Médica Compartilhada.

É necessário registrar que, na relação médico-paciente, foram observados alguns pontos não abordados pelas categorias de análise. O primeiro deles refere-se ao comportamento frente aos questionamentos dos pacientes, pertinentes à disponibilidade e facilidade de acesso às informações de diagnósticos, tratamento, entre outras relacionadas à saúde na *internet* por intermédio dos mecanismos de busca, dos perfis pessoais e, até mesmo, dos profissionais, ainda que alguns dos entrevistados possuíssem perfis profissionais.

Os médicos foram quase unânimes em considerar tais informações perigosas e incipientes, como que se as rejeitassem, a não ser as consideradas confiáveis pela base científica, mas que essas eram de difícil acesso. Todavia, no decorrer das entrevistas, notou-se uma preocupação com a transparência e clareza da mensagem passada ao paciente e mostraram-se abertos ao diálogo, o que confirma a intenção de considerar os valores e preferências deste último, a peça-chave do conceito de Decisão Médica Compartilhada.

Outro aspecto elencado na pesquisa é a influência dos aspectos culturais relacionados ao nível de instrução, regionalização, religião dos pacientes frente ao seu comportamento em relação ao seu diagnóstico ou tratamento e a utilização de tecnologias colaborativas, que pode se caracterizar como uma barreira não só ao processo de Colaboração, mas também ao da prática da Decisão Médica Compartilhada, bem como esse novo comportamento pode representar, por parte dos profissionais de saúde, a busca da proximidade ao contexto do encontro médico, considerando novamente os valores e preferências dos pacientes.

Logo, confirmam Alden *et al.* (2015), quando estes propõem uma estrutura conceitual para a Decisão Médica Compartilhada, em que tem a cultura como fornecedora de informações importantes e meios para que indivíduos dentro dos grupos melhorem a compreensão mútua e

a autorregulação. Diversos estudos mostram que a falta de comunicação cultural e linguisticamente apropriada sobre saúde é a principal barreira no cuidado com a saúde de certos grupos minoritários.

Os dados manifestaram também a existência de profissionais de saúde que não fazem uso de mídias sociais para a sua atividade laboral, mas reconhecem a sua inserção no contexto, chegando a tornar-se indispensável, assim como pacientes também que ainda não gerenciam suas informações de saúde pelas TIC. Cabe registrar que tal comportamento não se relaciona à idade ou ao grau de apropriação das tecnologias utilizadas, pois foi detectado que todos faziam uso de algum tipo de mídia social, independente da faixa etária, mesmo que só para uso pessoal ou para relacionamento entre pares, médicos e médicos ou pacientes e pacientes.

Os dados obtidos confirmaram a tese de que é possível a colaboração, mediada pela Interatividade das redes sociais virtuais, ser considerada como um elemento real e interventor no processo de Decisão Médica Compartilhada, sendo, portanto, oportuna a proposição de um *framework* que descreva como acontece a colaboração na Decisão Médica Compartilhada, capaz de transmitir de forma factual a participação ativa e transformação cultural ocorrida nesse procedimento.

Assim, a próxima seção deste trabalho incube-se de apresentar o *framework* proposto, em seguida é realizado um confronto entre os objetivos propostos e os dados coletados em campo e, por fim, as limitações e os direcionamentos futuros da pesquisa são pautados.

## 5 CONCLUSÃO

Esta última seção exibe o desfecho dos dados coletados, no contexto da pesquisa, que culminaram na proposição do *framework* de colaboração interativa para a realização da Decisão Médica Compartilhada. Em sequência, apresenta-se o confronto das informações obtidas com os objetivos definidos e, por fim, as limitações e os direcionamentos futuros ao estudo.

### 5.1 Proposição do *framework*

No diagrama conceitual da pesquisa apresentado na figura 2, p. 32, a visão inicial da pesquisadora foi a de ratificar a necessidade de atualização do modelo de Tomada de Decisão Médica Compartilhada a partir da realidade mais interativa e social trazida pelas redes sociais *on-line*, facilitando assim a ocorrência da colaboração defendida por tal estrutura.

Então, a partir das proposições analíticas da Teoria da Estruturação Adaptativa, foram descobertos fortes mecanismos de apropriação estável das mídias sociais pelos atores, assim como o processo de engajamento no qual as partes podem trabalhar em conjunto para entender questões clínicas e determinar o melhor curso de ação na tomada de decisão. Confirmando o desenvolvimento de significados, dominação e legitimação levantados na proposta operacional da pesquisa, conforme diagrama apresentado na figura .25

Outro constatação oriunda da execução da instrumentalização da pesquisa deve-se que, dentre os vários usos das mídias sociais efetuados pelos participantes da pesquisa, destaca-se o de comunicação, mas também o incremento de conhecimento para a atividade profissional do médico e para os participantes, com a alta disponibilidade de informações, ocasionando um comportamento interativo entre iguais e entre eles, levando à consumação de uso das mídias sociais na rotina de ambos os grupos de participantes, tornando-a intrínseca e, em muitos momentos, tida como obrigatória para os médicos. Para os pacientes, também foi percebido o uso para buscar informações de saúde, trocas de experiências que apoiam práticas de gerenciamento para conduzir a vida com a comorbidade, além da validação de apoio emocional, uma vez que permite a criação de um espaço seguro para apresentar seu conteúdo a uma comunidade de pessoas semelhantes.

Assevera-se com isso, a assistência que as mídias sociais possibilitam no incremento de conhecimento, na busca de informações e no compartilhamento de conteúdo e a completa adaptação tecnológica dos participantes do estudo.

Em decorrência da imersão no campo e com a descrição das ações realizadas com o uso



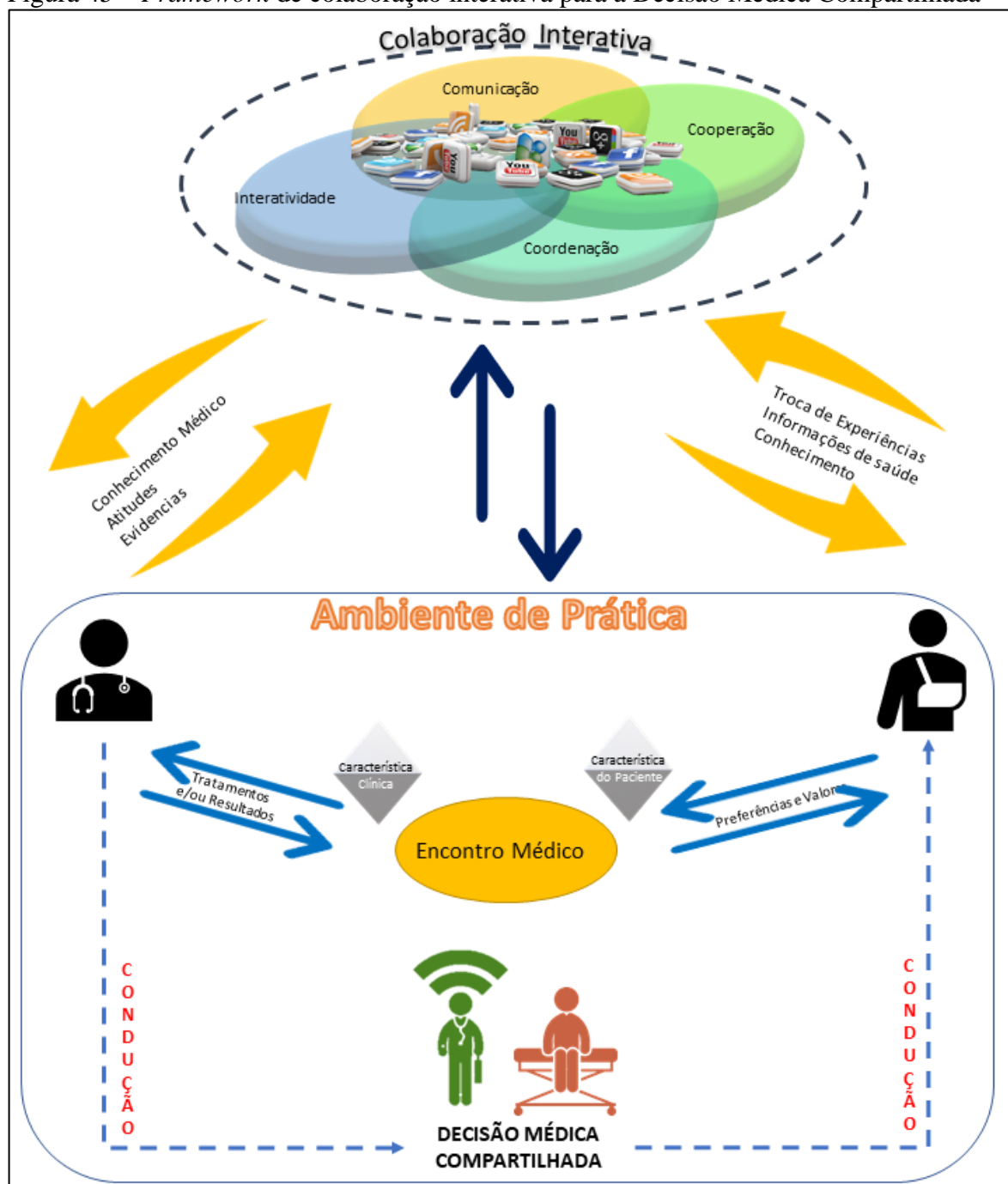
das tecnologias colaborativas pelos atores investigados, foi possível analisar e confirmar que o procedimento de Decisão Médica Compartilhada se permite como espaço de colaboração, alicerçado pelo papel de estrutura que as redes sociais assumem ao serem interativas, garantindo condições distintas à relação médico-paciente para a condução do processo, a exemplo da motivação pelo envolvimento de forma mais transparente e questionadora, trazendo o equilíbrio de interesses tão defendidos na Tomada de Decisão Compartilhada, além de oportunizar uma continuação do encontro médico, uma vez que a interação pode ser realizada via mídias sociais, permitindo um melhor acompanhamento da condução do tratamento, originando uma nova dinâmica ao processo.

Mediante a análise dos fatores que influenciam uma decisão clínica, apresentados na justificativa desta tese na figura 1, que são as características dos envolvidos e da situação, do ambiente, as preferências e valores do paciente e o conhecimento, como também do levantamento sistemático dos modelos de Decisão Médica Compartilhada, apresentado na seção 2.4.2, acerca dos componentes presentes, descrever as opções de tratamento; tomar a decisão; preferências do paciente; informações baseadas em si; deliberar; criar consciência da escolha e aprender sobre o paciente foram os mais citados. Todos estes podem se consubstanciar a partir da interação fornecida pelas mídias sociais, uma vez que ocorrem na efetuação da colaboração interativa, logo, confirma-se a tese de que a colaboração, mediada pela interatividade das redes sociais virtuais, estabelece-se como um elemento real e interventor no processo de Decisão Médica Compartilhada.

Como síntese dessa análise do campo, apresenta-se a Figura 45 com a proposição do *framework* de colaboração interativa para a Decisão Médica Compartilhada, que expõe o arranjo dessas dimensões e categorias, como uma atualização dos acontecimentos pós-apropriação da tecnologia das mídias sociais pelos atores investigados e como ocorre a colaboração no objeto desta pesquisa.

É possível observar que a decisão compartilhada requer o desenvolvimento de um trabalho em conjunto entre médicos e pacientes, e a colaboração interativa viabiliza a troca de informações e experiências que tornam possíveis discussões voltadas às melhores alternativas de condução do tratamento para os pacientes.

Figura 45 – *Framework* de colaboração interativa para a Decisão Médica Compartilhada



Fonte: A autora.

Dessa forma, é possível afirmar que o *framework* de colaboração interativa para a Decisão Médica Compartilhada, é apropriado aos contextos de tomadas de decisão em cuidados de saúde, que abrangem os tratamentos de emergência, transtornos crônicos e cuidados paliativos, além de alguns específicos, uma vez que a dimensão interatividade permite o discurso mútuo e a comunicação de mão dupla, e se estes recursos forem disponibilizados às mãos dos atores, maior será o engajamento dos mesmos.

Face aos resultados obtidos e à análise efetivada, é possível afirmar que o *framework* de colaboração interativa para a Decisão Médica Compartilhada explica o fenômeno da colaboração interativa na decisão médica compartilhada e pode auxiliar na validação de outros estudos quanto a prática deste procedimento médico e outros, por intermédio das mídias sociais.

## 5.2 Confronto com os objetivos

Ao longo das fases decorridas desta pesquisa, foram analisados a presença e o comportamento das categorias de colaboração a partir da apropriação do uso de redes sociais virtuais pelos atores no processo de Tomada de Decisão Médica Compartilhada, e se as categorias trazem um desenho contemporâneo do processo decisório de tratamento clínico. Por essa razão, infere-se que o objetivo geral proposto foi alcançado com integridade e amparado pelos objetivos específicos, responsáveis pelos direcionamentos para a realização da investigação, comentados a seguir:

A identificação e descrição das tecnologias colaborativas utilizadas pelos profissionais da área de saúde e pacientes foram necessárias em virtude da diversidade de mídias sociais disponíveis no contexto da *web 2.0*, além das funcionalidades e objetivos a que se propõem. Na classificação de aplicativos de mensagens, o *WhatsApp* foi o que prevaleceu, mas o *Telegram*, o *Messenger* e o *Skype* também foram reportados de forma pontual. Como aplicativo de imagens, o *Instagram* foi o mais registrado, e o seu uso, no caso dos profissionais de saúde, está mais pautado no acesso a informações oficiais e na publicidade e propaganda de suas atividades do que para troca de informações com pacientes.

É interessante ressaltar que a maioria dos profissionais de saúde adota a estratégia de mais de um perfil no *Instagram*, a saber: um configurado como pessoal, que é alimentado pelo próprio profissional e aborda as suas relações sociais, e outro perfil denominado como profissional, que é alimentado por especialistas contratados para a divulgação de informações sobre sua atividade laboral. Foram também registrados profissionais que não possuem perfis em aplicativos de imagens e não fazem uso destes para os objetivos já mencionados. Já no grupo dos pacientes, o uso do *Instagram* foi associado ao ativismo, isto é, como suporte de organização de pessoas em torno de causas comuns, nesse caso, doenças.

A rede social *Facebook* também foi mencionada e caracterizada consoante com o *Instagram*, apesar de os dois grupos de participantes relatarem ações em comunidades, mas com baixa frequência de uso. Já o *Twitter* serve para busca de informações de forma mais acelerada e curta. Foram identificados também uso de outras ferramentas colaborativas para

auxílio da atividade profissional, de forma bem pontuais, até mesmo no grupo de pacientes no que concerne ao gerenciamento de sua saúde.

Por sua vez, o uso de mecanismos de busca para ter acesso às informações na *internet* foi uníssono pelos participantes, indo desde a procura desinteressada até a específica e científica.

Após a identificação das tecnologias, foi necessário descrever a forma de apropriação das tecnologias colaborativas utilizadas pelos profissionais da área de saúde e pacientes, configurando, assim, o segundo objetivo. Para atingi-lo, foi, primeiramente, verificado o grau de uso destas tecnologias a partir de três elementos: o conhecimento da estrutura da tecnologia, a frequência de uso e o tipo de uso que os participantes estão realizando. Com isso, constatou-se um domínio sobre as regras e recursos das estruturas da tecnologia; uma elevada frequência de uso que levou a um incremento de conhecimento, ou seja, um forte mecanismo de apropriação, também corroborado pela presença de todos os tipos de uso pelos participantes.

Em sequência, tem-se a verificação do elevado grau de conforto e adaptação com as tecnologias, o que caracterizou um processo contínuo de uso com flexibilidade na prática de uso, tanto para a atividade profissional, no caso dos médicos, quanto para gerenciamento de informações de saúde no caso dos pacientes. Em se tratando da última categoria de apropriação, o grau de uso para poder ou domínio foi verificado como baixo, resultando em não o considerar opoitor ao espírito colaborativo das mídias sociais. Assim, após a análise das categorias de apropriação, leva a constatação da adoção de um perfil de apropriação efetivo para o contexto da Decisão Médica Compartilhada.

Dado isso, partiu-se para o terceiro e quarto objetivos específicos que tinham o intento de mapear o processo e identificar as categorias de colaboração a partir do uso das tecnologias colaborativas nas Tomadas de Decisões Médicas Compartilhadas, após a apropriação das tecnologias colaborativas. Para tal, buscou-se caracterizar o comportamento das categorias de colaboração propostas pelo modelo i3C de colaboração interativa, que são: comunicação, coordenação, cooperação e interatividade.

Quanto à comunicação, constatou-se a presença do comportamento interativo entre médicos e pacientes, o que proporcionou o envolvimento de forma mais transparente e questionadora, confirmando a equidade defendida pelo processo de Tomada de Decisão Compartilhada.

Em relação à coordenação, detectou-se a possibilidade de a categoria ter se redefinido no processo de colaboração sob a forma de autogerenciamento do usuário no que compete à organização dos esforços, recursos e tarefas individuais.

No tocante à cooperação, sob a lógica da apropriação de resultados e no contexto do objeto da pesquisa, ela foi apreendida durante a conduta e execução do tratamento da comorbidade, ou seja, após a decisão, uma vez que, por meio de mediação nas mídias sociais, foram possíveis as interações entre médicos e pacientes quanto ao andamento do processo de tratamento, trazendo uma nova dinâmica.

No que tange à interatividade, confirmou-se a efetividade de relacionamentos interpessoais construtivos, haja vista a coautoria e a cocriação serem praticadas tanto pelos médicos quanto pelos pacientes mediante uma espontaneidade de envolvimento, uma vez que essa interatividade potencializa a frequência de troca de informações.

Registrou-se, no contexto desta investigação, a influência de outros dois aspectos quando se trata de colaboração interativa para a realização da decisão compartilhada. O primeiro deles está sob a égide dos fatores culturais pertinentes ao nível de instrução, regionalização e religião dos pacientes frente ao seu comportamento em relação ao diagnóstico ou tratamento e à própria utilização de tecnologias colaborativas.

Os médicos relataram uma impossibilidade em realizar a decisão compartilhada com os pacientes de baixo nível de instrução e, em sua maioria, residentes no interior do estado. Isso acontece devido ao fato de esses pacientes desconhecerem as informações de saúde disponíveis, assim como desaberm a autoridade que possuem na escolha de seu tratamento, pois são, em sua maioria, submissos à rede pública de saúde, que não oferece opções, limitando-os a aceitar a decisão do profissional de saúde com o que tem disponível. Atrelado a isso também, não têm muitas vezes acesso às mídias sociais.

Um segundo aspecto detectado foi relacionado ao comportamento dos profissionais de saúde diante do aumento dos questionamentos realizados pelos pacientes quanto ao diagnóstico e tratamento. Com a alta disponibilidade e acessibilidade às informações de saúde na *internet*, eles já chegam ao encontro médico com elementos prévios que, em sua maioria, são julgados perigosos e incipientes pelos médicos, a não ser aqueles de teor científico, que detém credibilidade; no entanto, são menos acessíveis. A princípio, os médicos relataram uma rejeição, mas eles mesmos assumiram uma preocupação maior em serem mais transparentes, menos prolixos e mais receptivos ao diálogo com o paciente.

O quinto e último objetivo específico conduziu à elaboração do *framework* de colaboração interativa para a Tomada de Decisão Médica Compartilhada suportado pela conectividade das redes sociais virtuais, cuja presença das categorias de colaboração, interpostas pelas redes sociais virtuais, potencializa a configuração de espaços de colaboração durante o processo de Decisão Médica Compartilhada, haja vista as redes sociais estruturarem,

a partir da interatividade, melhores condições para a interação entre médicos e pacientes na condução do procedimento, revelando-se como um resultado pronunciado desta tese.

Dessa maneira, por meio dos objetivos delineados por esta investigação, foi possível analisar a presença e o comportamento da colaboração, quando lastreada pela apropriação no uso de mídias sociais no contexto da Decisão Médica Compartilhada e confirmar a sua intervenção no processo.

Na sequência, serão expostos os elementos que limitaram o alcance deste estudo.

### 5.3 Limitações do estudo

Diante das opções metodológicas e epistemológicas, toda e qualquer pesquisa possui suas limitações. Refletir sobre essas escolhas é indispensável ao pesquisador, no sentido de reconhecer quais outros direcionamentos poderiam ter sido percorridos ao longo da investigação – além das intempéries no transcorrer da execução.

Nesta investigação em particular, destaca-se o fato de que, ao se investigar a presença da colaboração intermediada pelas redes sociais na decisão médica em um único lócus, perde-se um pouco da amplitude que poderia ser alcançada ao se abordarem diversos ambientes. Por outro lado, com o estudo qualitativo básico, ganhou-se, em termos de profundidade, na medida em que se ateu a um único local.

Ao se definir pelos critérios de acessibilidade e bola de neve para a construção da amostragem intencional, deixou-se de ouvir profissionais de outras especialidades, por exemplo, ginecologistas e pediatras, com os quais pacientes, principalmente, do sexo feminino, mantêm uma relação direta. Igualmente, não foram entrevistados os pacientes dos médicos integrantes desta pesquisa, para que se pudesse legitimar as condutas e práticas. Outra limitação quanto aos participantes do grupo de pacientes deve-se ao fato de apenas um ser do sexo masculino, o que pode ter ocasionado perda de perspectivas e a emergência de outros aspectos.

Reconhece-se ainda que o tema colaboração, na literatura, ainda é pouco abordado, sobretudo na saúde, restringindo as comparações com outros estudos, deixando de contemplar a possibilidade de outros aspectos relacionados, por exemplo, ao contexto. Entretanto, acredita-se que o *framework* pode ser aplicado em outros cenários, desde que com as devidas adaptações e mantidas as principais categorias analíticas.

Na fase da coleta de dados, também se percebeu limitações para o estudo, como ocorrências de resistências dos profissionais de saúde em participar das entrevistas, alegando falta de tempo, além da desconfiança levantada acerca do conhecimento deles sobre o

procedimento objeto da pesquisa.

#### **5.4 Direcionamentos futuros do estudo**

As limitações de uma pesquisa em conjunto com os resultados obtidos a partir das averiguações realizadas promovem novos questionamentos e levam a crer que o tema em questão, a colaboração permeada pelo uso das mídias sociais no processo de Decisão Médica Compartilhada, merece que se realizem novas incursões, uma vez que são múltiplos os contextos a serem explorados.

Diante do exposto, recomenda-se alguns temas para investigações futuras, alinhados ao tema central desta tese, com possibilidades de extensão, aprofundamento e comparações do estudo ora realizado.

Nesta tese, pressupôs-se que todos os médicos e pacientes faziam uso de redes sociais para suas atividades laborais, de saúde e entre si. No entanto, foi sinalizada a ausência de uso por ambas as partes, seja por rejeição ou sejam pelos desníveis nos aspectos culturais mencionados. Assim, parece fecundo ouvir outros médicos e pacientes situados em outros contextos, tais como na esfera pública, para que se possa efetuar comparações.

Convém ressaltar que, devido à escolha por uma amostragem intencional, as conclusões alcançadas neste trabalho não são generalizáveis, mas sim situadas no escopo e no contexto onde esta pesquisa foi desenvolvida. Uma amostragem maior ou situada em outros contextos pode trazer resultados dissonantes dos aqui encontrados, o que pode ser bastante interessante para o entendimento da colaboração na decisão médica permeada por redes sociais a partir de perspectivas diferentes.

Admite-se que a categoria analítica coordenação apresentou a possibilidade de ter se redefinido no processo de colaboração, sob a forma de autogerenciamento, tornando-se relevante um aprofundamento que merece estudo.

Em se reconhecendo a influência dos aspectos culturais na colaboração permeada por mídias sociais para a realização da Decisão Médica Compartilhada em outras regiões, como capital e interior, uma agenda promissora seria estudar esse fenômeno em outros locais e sua repercussão no encontro médico.

Com vistas a conferir maior amplitude explicativa, pôde-se fazer uma aplicação empírica do *framework* aqui apresentado em outros lócus de naturezas distintas ou em contextos específicos, como no tratamento de emergência e monitoramento de longo prazo de medicamentos no tratamento de transtornos crônicos, como hipertensão, em cuidados paliativos

ou em casos transversais. E como uma possível contribuição prática, recomenda-se o desenvolvimento de um aplicativo de colaboração para a decisão médica compartilhada.

Diante do contexto da Pandemia Mundial do Corona vírus, que desencadeou o isolamento social, propõe-se, ainda, pensar em construir modelo quantitativo que possa validar as dimensões, categorias e elementos adotados na presente pesquisa e como esse novo contexto modificou a percepção dos profissionais de saúde quanto ao uso de mídias sociais no exercício de seu ofício.

### **5.5 Considerações finais**

Por fim, destaca-se como elemento importante encontrado na pesquisa foram os aspectos culturais na relação paciente-médico. E, em função do cenário vivido, há de se crer que as interações aumentaram ou tende a aumentar e, portanto, os achados podem viabilizar novas pesquisas e contribuir com a academia e a prática, o que reforça a contribuição do *framework* de colaboração interativa para a Decisão Médica Compartilhada dentro da nova dinâmica e transição da decisão médica paternalista para a compartilhada.

A abordagem da pesquisa é valiosa para os pesquisadores de SI que estão examinando o uso da tecnologia em diversos contextos pessoais e sociais, portanto, está longe de esgotar as discussões. Assim, este estudo reafirma o entendimento de que a colaboração mediada pela interatividade das redes sociais virtuais estabelece-se como um elemento real e interventor no processo de Decisão Médica Compartilhada. A complexidade e a dinâmica da saúde vêm demandando a adoção de novas práticas e estímulo ao uso de tecnologias colaborativas e, nesse contexto, o desafio é aproximá-las muito mais do lado humano e social da medicina.



## REFERÊNCIAS

- ABEELE, M. Vanden; WOLF, R. de; LING, R. Mobile media and social space: how anytime, anyplace connectivity structures everyday life. **Media and Communication**, v. 6, n. 2, p. 5-14, 2018. Disponível em: <https://www.cogitatiopress.com/mediaandcommunication/article/view/1399>. Acesso em: 29 maio 2018.
- ABREU, M. M. *et al.* Apoios de decisão: instrumento de auxílio à medicina baseada em preferências. uma revisão conceitual. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 4, p. 266-272, 2006. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/37706504.pdf> Acesso em: 30 nov. 2017.
- ALBERTS, B. **Technology appropriation revisited: mediation theory as a new philosophy of technology for information systems research**. 2013. Dissertação (Mestrado em Business Information Technology) – University of Twente Examination, Netherlands, 2013. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Technology-appropriation-revisited-Mediation-theory-Alberts/02bc01c1c2d8d26b42f218abab9f7de62f68c95b> Acesso em: 02 mar. 2020.
- ALBUQUERQUE, C. R. e S. de; DORNELAS, jairo S.; CORREIA-NETO, J. da S. Sistemas colaborativos e a estruturação do processo de geração de ideias em grupo: um dueto com potencial de sucesso. *In*: ENANPAD - Encontro da ANPAD, XL, 2016, Costa do Sauípe, BA. **Anais [...]**. Costa do Sauípe, BA, 2016. Disponível em: [http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod\\_evento=1&cod\\_edicao\\_subsecao=1302&codevent\\_oedicao=83&codedicaotrabalho=20856](http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=1&cod_edicao_subsecao=1302&codevent_oedicao=83&codedicaotrabalho=20856). Acesso em: 14 out. 2017.
- ALDEN, D. L. *et al.* Cultural targeting and tailoring of shared decision making technology: A theoretical *framework* for improving the effectiveness of patient decision aids in culturally diverse groups. **Social Science and Medicine**, v. 105, p. 1-8, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.002>. Acesso em: 12 mar. 2018.
- ALDEN, D. L. Decision aid influences on factors associated with patient empowerment prior to cancer treatment decision making. **Medical Decision Making**, v. 34, n. 7, p. 884-898, 2014. Disponível em: <http://mdm.sagepub.com/content/early/2014/05/30/0272989X14536780>. Acesso em: 28 nov. 2017.
- ALDEN, D. L. *et al.* Culture and medical decision making: healthcare consumer perspectives in Japan and the United States. **Health Psychology**, v. 34, n. 12, p. 1133-1144, 2015. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/hea0000229>. Acesso em: 27 nov. 2017.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas ciências naturais e sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.
- ALVESSON, M. **Interpreting interviews**. Londres: Sage Publications, 2011.
- ANGELO, E. Redes sociais virtuais na sociedade da informação e do conhecimento:

economia, poder e competência informacional. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, v. 21, n. 46, p. 71–80, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2016v21n46p71>. Acesso em: 7 jul. 2018.

ARAGÃO, F. B. P. *et al.* Curtiu, comentou, comprou: a mídia social digital instagram e o consumo. **Rev. Ciênc. Admin**, v. 22, n. 1, p. 130-161, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/18semead/resultado/trabalhosPDF/613.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

AVOLIO, B. J.; KAHAI, S.; DODGE, G. E. E-leadership: implications for theory, research, and practice. **Leadership Quarterly**, v. 11, n. 4, p. 615-668, 2000. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2001-17290-004>. Acesso em: 04 dez. 2019.

BALA, H.; MASSEY, A. P.; HSIEH, C. J. A Multimethod study of enterprise social media implementation and use: mitigating the gap between theory and practice. **Journal of Organizational and End User Computing**, v. 28, n. 3, p. 141-162, 2016. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.4018/JOEUC.2016070109>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BALA, H.; MASSEY, A. P.; MONTOYA, M. M. The effects of process orientations on collaboration technology use and outcomes in product development. **Journal of Management Information Systems**, v. 34, n. 2, p. 520-559, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07421222.2017.1334494>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BALKA, E.; WAGNER, I. Making things work: dimensions of configurability as appropriation work. In: ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work (CSCW), 2006, Alberta, Canadá. **Proceedings[...]** p. 229-238, Alberta, Canadá, 2006. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/1180875.1180912>. Acesso em: 13 maio 2020.

BARBOSA, M. A. C. *et al.* “Positivismos” versus “Interpretativismos”: o que a administração tem a ganhar com esta disputa? **Revista Organizações em Contexto**, v. 9, n. 17, p. 1-29, 2013. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/OC/article/view/3684>. Acesso em: 04 jul. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 Ltda, 2011.

BARNARD, C. **As funções do executivo**. São Paulo: Atlas, 1979.

BARRY, M. J.; EDGMAN-LEVITAN, S. Shared decision making: the pinnacle of patient-centered care. **The new england journal of medicine**, v. 366, n. 9, p. 780-781, 2012. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1109283>. Acesso em: 24 maio 2018.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (ed.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. 13. ed. Petrópolis-Rj: Vozes, 2017. p. 189-217.

BEDWELL, W. L. *et al.* Human resource management review collaboration at work: An integrative multilevel conceptualization. **Human Resource Management Review**, v. 22, n. 2,

p. 128-145, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hmr.2011.11.007>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BEER, R. Dados que curam. **Revista Veja**, v. 2483, n. 25, p. 84-89, jun. 2016. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/tecnologia/dados-que-curam/>. Acesso em: 04 jul. 2016.

BEKKER, H. L. Using decision-making theory to inform clinical practice. *In*: EDWARDS, A.; ELWYN, G. (ed.). **Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice**. 2. ed. London: Oxford University Press, 2009. p. 45-52. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/280085024\\_Using\\_decision\\_making\\_theory\\_to\\_inform\\_clinical\\_practice](https://www.researchgate.net/publication/280085024_Using_decision_making_theory_to_inform_clinical_practice). Acesso em: 05 jan. 2018.

BOMHOF-ROORDINK, H. *et al.* Supplementary material: key components of shared decision making models: a systematic review. **BMJ Open**, v. 9, n. 12, 2019a. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/12/e031763/DC1/embed/inline-supplementary-material-1.pdf?download=true>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BOMHOF-ROORDINK, H. *et al.* Key components of shared decision making models: a systematic review. **BMJ Open**, v. 9, n. 12, p. 1-11, 2019b. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/12/e031763>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BORDIEU, P. **Escritos de educação**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BOYD, D. M.; ELLISON, N. B. Social network sites: definition, history, and scholarship. **Journal of Computer-Mediated Communication**, v. 13, n. 1, p. 210-230, 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>. Acesso em: 02 jul. 2018.

BRESLIN, M.; MULLAN, R. J.; MONTORI, V. M. The design of a decision aid about diabetes medications for use during the consultation with patients with type 2 diabetes. **Patient Education and Counseling**, v. 73, n. 3, p. 465-472, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18771876/>. Acesso em: 29 nov. 2017.

BURRELL, G.; MORGAN, G. Sociological paradigms and organisational analysis: elements of the sociology of corporate life. Burlington: Ashgale Publishing Company, 1979a.

BURRELL, G.; MORGAN, G. **Sociological paradigms and organisational analysis: elements of the sociology of corporate life**. Londres: Routledge, 448p, 1979b.

CALDAS, M. P. Paradigmas em estudos organizacionais: uma introdução à série. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 53-57, 2005. Disponível em: <https://rae.fgv.br/rae/vol45-num1-2005/paradigmas-em-estudos-organizacionais-introducao-serie>. Acesso em: 29 jun. 2018.

CARDOSO, O. D. O.; SERRALVO, F. A. Pluralismo metodológico e transdisciplinaridade na complexidade: uma reflexão para a administração. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 49-66, 2009. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/2243/pluralismo-metodologico-e-transdisciplinaridade-na-complexidade--uma-reflexao-para-a-administracao>. Acesso em: 04

jul. 2018.

CARDOSO, R. L.; TIBÚRCIO, P. L. N.; SOUZA E SILVA, N. A. de. Julgamento clínico – a ciência e a compreensão da racionalidade humana no processo de decisão clínica. **Rev SOCERJ**, v. 16, n. 2, p. 124-132, abr./jun. 2003. Disponível em: [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2003\\_02/a2003\\_v16\\_n02\\_art04.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2003_02/a2003_v16_n02_art04.pdf). Acesso em: 22 jun. 2016.

CARRINGTON, P. J.; SCOTT, J.; WASSERMAN, S. **Models and methods in social network analysis**. New York: Cambridge University Press, 2005.

CARROLL, J. *et al.* Identity, power and fragmentation in cyberspace: technology appropriation by young people. In: ACIS, 2001, Austrália, **Proceedings** [...] paper 6, Austrália, 2001. Disponível em: <http://aisel.aisnet.org/acis2001/6>. Acesso em: 6 fev. 2020.

CARROLL, J. *et al.* Appropriation of mobile telephones by 16 to 22 year olds : a field study 1. **Journal of Information Technology Theory and Application (JITTA)**, v. 4, n. 2, p. 49-61, 2002. Disponível em: [https://pdfs.semanticscholar.org/cc27/025e9d0cc36b44ccab5ccf2be0d6b36319b9.pdf?\\_ga=2.250828230.1199513031.1591746063-1388899541.1590464371](https://pdfs.semanticscholar.org/cc27/025e9d0cc36b44ccab5ccf2be0d6b36319b9.pdf?_ga=2.250828230.1199513031.1591746063-1388899541.1590464371). Acesso em: 10 fev. 2020.

CARROLL, J. *et al.* From adoption to use: the process of appropriating a mobile phone. **Australasian Journal of Information Systems**, v. 10, n. 2, p. 38-48, 2003. Disponível em: <https://journal.acs.org.au/index.php/ajis/article/view/151>. Acesso em: 10 fev. 2020.

CARROLL, J.; FIDOCK, J. Beyond resistance to technology appropriation. In: Hawaii International Conference on System Sciences. 44<sup>th</sup>, 2011, Kauai, HI, USA, **Proceedings** [...]. Kauai, HI, USA, 2011. Disponível em: <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/5718976>. Acesso em: 06 fev. 2020.

CASTELLS, M. **A Galáxia da Internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

CASTELLS, M. **A Sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2007. 1 v.

CHARLES, C.; DEMAIO, S. Lay participation in health care decision making: A conceptual *framework*. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 18, n. 4, p. 881-904, 1993. Disponível em: <http://jhppl.dukejournals.org/lookup/doi/10.1215/03616878-18-4-881>. Acesso em: 1 dez. 2017.

CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes, at least two to tango). **Social Science and Medicine**, v. 44, n. 5, p. 681-692, 1997. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1997-07746-007>. Acesso em: 01 dez. 2017.

CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. **Social Science and Medicine**, v. 49, n. 5, p. 651-661, 1999. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699001458?via%3Dihub>. Acesso em: 30 nov. 2017.

CHARLES, C. *et al.* Cultural influences on the physician-patient encounter: the case of shared treatment decision-making. **Patient Education and Counseling**, v. 63, n. 3, p. 262-267, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17000073/>. Acesso em: 1 dez. 2017.

CHARMAZ, K. **Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis**. Thousand Oak, CA: Sage, 2006.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Percepção médica quanto aos protocolos clínicos. **HU revista**, v. 35, n. 3, p. 159-166, jul./set., 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/425/248>. Acesso em: 15 out. 17.

CHIN, W. W.; GOPAL, A.; SALISBURY, W. D. Advancing the theory of adaptive structuration: the development of a scale to measure faithfulness of appropriation. **Information Systems Research**, v. 8, n. 4, p. 342-367, Dez, 1997. Disponível em: <https://pubsonline.informs.org/doi/10.1287/isre.8.4.342>. Acesso em: 13 maio 2019.

CHOUDHARY, S. das; MOMIN, M. H.; KANTHARIA, S. L. Facebook and whatsapp: beneficial or harmful? **Journal of Evidence based Medicine and Healthcare**, v. 2, n. 17, p. 2306–2311, Apr 27, 2015. Disponível em: [https://www.jebmh.com/data\\_pdf/Sumana - 2.pdf](https://www.jebmh.com/data_pdf/Sumana - 2.pdf). Acesso em: 15 out. 2017.

COOPERAÇÃO. *In: MICHAELIS: Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

CORREIA-NETO, J. da S. **Colaboração em processos suportados pela web 2.0: a emergência da interatividade**. 2014. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

CORREIA-NETO, J. S.; DORNELAS, J. S. Colaboração em processos suportados pela Web 2.0: a emergência da interatividade. *In: ENANPAD - Encontro da ANPAD, XXXIX, 2015, Belo Horizonte, MG. Anais [...]. Belo Horizonte, MG, 2015.* Disponível em: [http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod\\_evento=1&cod\\_edicao\\_subsecao=1198&cod\\_evento\\_edicao=78&cod\\_edicao\\_trabalho=19445](http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=1&cod_edicao_subsecao=1198&cod_evento_edicao=78&cod_edicao_trabalho=19445). Acesso em: 01 nov. 2018.

CORREIA-NETO, J. S.; DORNELAS, J. S.; ALBUQUERQUE, C. R. e S. de. iCollaboration in processes supported by Web 2.0 The emergence of interactivity. *In: MACHADO, C.; DAVIM, J. P. (ed.). Technological Challenges and Management - Matching Human and Business Needs*. England: CRC Press, 2016. p. 97-124.

CORREIA-NETO, J. da S.; DORNELAS, J. S.; SANTOS, A. G. Beyond the 3C Model in Collaboration Platforms: A Case Study. *In: MACHADO, C.; DAVIM, P. (ed.). Innovation Management In Research and Industry*. Berlin, Boston: De Gruyter, 2015. p. 135-148.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALTRO, E. F. M. de A. *et al.* Vi no Facebook: reflexões sobre as tecnologias de informação e comunicação e o trabalho do agente comunitário de saúde. *In: ENADI - Encontro de*

Administração da informação da ANPAD, VI, 2017, Curitiba, **Anais [...]**. Curitiba, 2017. Disponível em:

[http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod\\_evento=17&cod\\_edicao\\_subsecao=1423&cod\\_evento\\_edicao=86&cod\\_edicao\\_trabalho=22312](http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=17&cod_edicao_subsecao=1423&cod_evento_edicao=86&cod_edicao_trabalho=22312). Acesso em: 14 out. 2017.

DE VREEDE, G.-J.; BRIGGS, R. O.; MASSEY, A. P. Collaboration engineering: foundations and opportunities: Editorial to the Special Issue on the Journal of the Association of Information Systems. **Journal of the Association for Information Systems**, v. 10, n. Special Issue, p. 121-137, 2009. Disponível em:

<https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-70749156113&origin=inward&txGid=5d4ca05b24922e60d32d18cf448f436f> Acesso em: 23 maio 2018.

DEMO, Pedro. Cuidado metodológico: signo crucial da qualidade. **Sociedade e Estado.**, v. 17, n. 2, p. 349-370, jul./dez., Brasília. 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/se/v17n2/v17n2a07.pdf>. Acesso em 05 Abr. 2020

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The SAGE handbook of qualitative research**. 5. ed. California: SAGE Publications, Inc., 2018.

DESANCTIS, G.; GALLUPE, R. B. A Foundation for the study of group decision support systems. **Management Science**, v. 33, n. 5, p. 589-609, 1987. Disponível em:

<https://pubsonline.informs.org/doi/10.1287/mnsc.33.5.589> Acesso em: 05 maio 2018.

DESANCTIS, G.; POOLE, M. S. Capturing the complexity in advanced technology use - adaptive structuration theory. **Organization Science**, v. 5, n. 2, p. 121-147, 1994. Disponível em: [wos:A1994NW27700001](https://pubsonline.informs.org/doi/10.1287/mnsc.33.5.589). Acesso em: 20 dez. 2017.

DESANCTIS, G.; POOLE, M. S.; DICKSON, G. W. Teams and technology interactions over time. *In*: NEALE, M.; MANNIX, E. (ed.). **Research on Managing Groups and Teams**. v. 3, p. 1-27. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 2000. Disponível em:

[https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1016/S1534-0856\(00\)03002-4/full/html](https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1016/S1534-0856(00)03002-4/full/html). Acesso em: 11 fev. 2020.

DINIZ, E. H. *et al.* Abordagens epistemológicas em pesquisas qualitativas: além do positivismo nas pesquisas na área de sistemas de informação. *In*: ENANPAD – Encontro da ANPAD, XXX, 2006, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: 2006. Disponível em:

[http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod\\_evento=1&cod\\_edicao\\_subsecao=149&cod\\_evento\\_edicao=10&cod\\_edicao\\_trabalho=5251](http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=1&cod_edicao_subsecao=149&cod_evento_edicao=10&cod_edicao_trabalho=5251). Acesso em: 29 jun. 2018.

DORWAL, P. *et al.* Role of WhatsApp messenger in the laboratory management system: a boon to communication. **Journal of medical systems**, v. 40, n. 14, p. 1-5, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10916-015-0384-2>. Acesso em: 03 jan. 2018.

DOURISH, P. The appropriation of interactive technologies: some lessons from placeless documents. **Computer Supported Cooperative Work (CSCW)**, v. 12, n. 4, p. 465-490, 2003. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1026149119426?LI=true>. Acesso em: 30 jan. 2020.

EISENHARDT, K. M. building theories from case study research. **Academy of Management**

**Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989. Disponível em:  
[https://www.jstor.org/stable/258557?origin=JSTOR-pdf&seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/258557?origin=JSTOR-pdf&seq=1#metadata_info_tab_contents).  
 Acesso em: 18 jan. 2018.

ELLIS, C. A.; GIBBS, S. J.; REIN, G. Groupware: some issues and experiences. **Communications of the ACM**, v. 34, n. 1, p. 39-58, 1991. Disponível em:  
<http://portal.acm.org/citation.cfm?doid=99977.99987>. Acesso em: 23 jun. 2018.

ELWYN, G. *et al.* Shared decision making: a model for clinical practice. **Journal of General Internal Medicine**, v. 27, n. 10, p. 1361-1367, 2012. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>. Acesso em: 15 mar. 2020.

ELWYN, G.; FROSCHE, D. L.; KOBRIN, S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. **Implementation Science**, v. 11, n. 1, 2016. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0480-9>. Acesso em: 23 mar. 2018.

ELWYN, G. J. *et al.* Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. **British Journal of General Practice**, v. 50, n. 460, p. 892, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313854/>.  
 Acesso em: 15 mar. 2000.

ELWYN, G.; MIRON-SHATZ, T. Deliberation before determination: the definition and evaluation of good decision making. **Health Expectations**, v. 13, n. 2, p. 139-147, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060530/>. Acesso em: 28 maio 2018.

ETUDO, U.; WEISTROFFER, H. R.; AL-ABDULLAH, M. Adaptive structuration theory and media richness theory in GDSS research: a critical review. *In: Hawaii International Conference on System Sciences*, 48<sup>th</sup>, 2015, HI, USA, **Proceedings** [...]. p.344-353, HI, USA, 2015. Disponível em: <https://www.computer.org/csdl/proceedings-article/hicss/2015/7367a344/12OmNqHqSxM>. Acesso em: 10 maio 2018.

FARAJ, S.; JARVENPAA, S. L.; MAJCHRZAK, A. Knowledge collaboration in *on-line* communities. **Organization Science**, v. 22, n. 5, set./out., p. 1224-1239, 2011. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1287/orsc.1100.0614>. Acesso em: 06 mar. 2020.

FEENBERG, A. **Tecnologia, modernidade e democracia**. Tradução Eduardo Beira. IST, Lisboa: Senior Research Fellow, IN+ Center for Innovation, 2015.

FERREIRA, P. A.; ALENCAR, E. Administração, sociologia e análise multiparadigmática. *In: EnEO – Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD*, VI, 2010, Florianópolis/SC. **Anais** [...]. Florianópolis, SC: 2010. Disponível em:  
[http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod\\_evento=4&cod\\_edicao\\_subsecao=582&cod\\_evento\\_edicao=51&cod\\_edicao\\_trabalho=11558](http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=4&cod_edicao_subsecao=582&cod_evento_edicao=51&cod_edicao_trabalho=11558). Acesso em: 05 jul. 2018.

FIDOCK, J.; CARROLL, J. Theorising about the life cycle of IT use: an appropriation perspective. *In: HART, D. N.; GREGOR, S. D. (ed.). Information Systems Foundations: theory building in information systems*. Canberra: ANU E Press, 2012. p. 79-111. Disponível em: <http://press-files.anu.edu.au/downloads/press/p191431/pdf/ch041.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLICK, U. **The SAGE handbook of qualitative data analysis**. Los Angeles: SAGE Publications, Inc., 2014.

FRANKE, S. **GLOBAL SOCIAL MEDIA PRISM EDITION – VERSÃO 2017/2018**. 2017. Disponível em: <https://ethority.de/en/social-media-prism/>. Acesso em: 8 jul. 2018.

FREITAS, A. S. de. **A implementação do e-learning nas escolas de gestão: um modelo integrado para o processo de alinhamento ambiental**. 2009. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: [http://www.fucape.br/\\_public/producao\\_cientifica/6/Tese\\_Angilberto\\_2.pdf](http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/6/Tese_Angilberto_2.pdf). Acesso em 6 jan. 2019.

FREITAS, T. A. V.; LÖBLER, M. L. O uso da informação no processo decisório frente à pressão do tempo. *In*: ENADI - Encontro de Administração da informação da ANPAD, VI, 2017, Curitiba. **Anais** [...]. Curitiba: 2017. Disponível em: [http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod\\_evento=17&cod\\_edicao\\_subsecao=1423&cod\\_evento\\_edicao=86&cod\\_edicao\\_trabalho=22277](http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=17&cod_edicao_subsecao=1423&cod_evento_edicao=86&cod_edicao_trabalho=22277) Acesso em: 14 out. 2017.

FUKS, H. *et al.* Inter- e Intra-relações entre comunicação, coordenação e cooperação. *In*: XXVII Congresso da SBC – SBSC – Simpósio Brasileiro de Sistemas Colaborativos, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: 2007a. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/237235073\\_Inter\\_e\\_Intra-relacoes\\_entre\\_Comunicacao\\_Coordenacao\\_e\\_Cooperacao](https://www.researchgate.net/publication/237235073_Inter_e_Intra-relacoes_entre_Comunicacao_Coordenacao_e_Cooperacao). Acesso em: 07 mar. 2020.

FUKS, H. *et al.* The 3C collaboration model. *In*: Kock, N. (org). **Encyclopedia of E-Collaboration**, p. 637-644, 2007b. Disponível em: <http://services.igi-global.com/resolvedoi/resolve.aspx?doi=10.4018/978-1-59904-000-4.ch097>. Acesso em: 4 jul. 18.

FUKS, H. *et al.* Teorias e modelos de colaboração. *In*: PIMENTEL, M.; FUKS, H. (ed.). **Sistemas Colaborativos**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2012. p. 16-33.

FUKS, H.; RAPOSO, A. B.; GEROSA, M. A. Do modelo de colaboração 3C à engenharia de groupware. *In*: WEBMIDIA - **Simpósio Brasileiro de Sistemas Multimídia e Web**, Trilha especial de Trabalho Cooperativo Assistido por Computador, 2003, Salvador, **Anais** [...]. Salvador, Novembro, 2003. Disponível em: <http://groupware.les.inf.puc-rio.br/public/papers/Webmedia2003.pdf>. Acesso em: 04 jul. 18.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (ed.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático**. 13. ed. Petrópolis/Rj: Vozes, 2017. p. 64-89.

GEPHART, R. P. Qualitative research and the academy of management journal from the editors. **Academy of Management Journal**, v. 47, n. 4, p. 454-462, 2004.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. Tradução Alvaro Cabral. 3. ed. São Paulo:



WMF Martins Fontes, 1984.

GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 3, n. 2, p. 81-89, 2005.

GRAY, P. The nature of group decision support systems. *In*: BURSTEIN, F.; HOLSAPPLE, C. W. (ed.). **Handbook on Decision Support Systems**. International Handbooks Information System: Springer, Berlin, Heidelberg, 2008. p. 371-389.

GRUDIN, J. CSCW Introduction. **Communications of the ACM**, v. 34, n. 12, p. 31-34, 1991. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/125319.125320>. Acesso em: 27 jan. 2020.

GRUSKIN, S. *et al.* Identifying structural barriers to an effective HIV response: using the national composite policy index data to evaluate the human rights, legal and policy environment. **Journal of the International AIDS Society**, v. 16, p. 1-7, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638120/>. Acesso em: 28 maio 2018.

HAMILTON, J. G. *et al.* What is a good medical decision? a research agenda guided by perspectives from multiple stakeholders. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 40, n. 1, p. 52-68, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5296255/>. Acesso em: 28 nov. 2017.

HOLLENBECK, J. R.; WAGNER III, J. A. **Comportamento organizacional – criando vantagem competitiva**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

HOMANS, G. C. Social behavior as exchange. **American Journal of Sociology**, v. 63, p. 597-606, 1958. Disponível em: <https://web.ics.purdue.edu/~hoganr/SOC%20602/Spring%202014/Homans%201958.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2020.

HUNLETH, J. M. *et al.* Beyond adherence: health care disparities and the struggle to get screened for colon cancer. **Qualitative Health Research**, v. 26, n. 1, p. 17-31, 2016. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1049732315593549?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Aocrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed&](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1049732315593549?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aocrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&). Acesso em: 01 jul. 2018.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua – PNAD contínua**. [20--]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17270-pnad-continua.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 18 mar. 2020.

ISIKA, N. U.; MENDOZA, A.; BOSUA, R. “I need to compartmentalize myself”: appropriation of instagram for chronic illness management. *In*: Australasian Computer Science Week (ACSW 2020), Melbourne, VIC, Australia. **Anais [...]**. Melbourne, VIC, Australia: 2020. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3373017.3373040>. Acesso em: 05 fev. 2020.

JONES, M.; KARSTER, H. Gidden’s structuration theory and information systems research. **MIS Quarterly**, v. 32, n. 1, p. 127-157, 2008. Disponível em:

<https://www.jstor.org/stable/25148831?seq=1>. Acesos em: 15 maio 2018.

KANG, S. *et al.* A multilevel analysis of the effect of group appropriation on collaborative technologies use and performance. **Information Systems Research**, v. 23, n. 1, p. 214–230, 2012. Disponível em: <http://pubson-line.informs.org/doi/abs/10.1287/isre.1100.0342>. Acesso em: 22 jun. 18.

KAPLAN, A. M. Social media. In: COOK, D. T.; RYAN, J. M. (ed.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Consumption and Consumer Studies**. 1. ed. New Jersey: John Wiley & Sons Inc., 2015a. p. 648.

KAPLAN, A. M. Social media, the digital revolution, and the business of media. **International Journal on Media Management**, v. 17, n. 4, p. 197-199, 2015b. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14241277.2015.1120014>. Acesso em: 08 jul. 2018.

KAPLAN, A. M.; HAENLEIN, M. Users of the world, unite! the challenges and opportunities of social media. **Business Horizons**, v. 53, n. 1, p. 59-68, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007681309001232> Acesos em: 08 jul. 2018.

KAPLAN, A. M.; HAENLEIN, M. Social media : back to the roots and back to the future. **Journal of Systems and Information Technology**, v. 14, n. 2, p. 101-104, 2012. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/13287261211232126/full/html> Acesso em: 08 jul. 2018.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo: EPU, 1979.

KIM, R.; KIM, H. J.; JEON, B. The good, the bad, and the ugly of medical information on the Internet. **Movement Disorders**, v. 33, n. 5, p. 754-757, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/mds.27324> Acesso em: 21 jan. 2020.

KIOUSIS, S. Interactivity: a concept explication. **New Media and Society**, v. 4, n. 3, p. 355-383, 2002. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/146144480200400303>. Acesso em: 09 mar. 2020.

KOCK, N. What is e-collaboration? **International Journal of e-Collaboration**, v. 1, n. 1, p. i-vii, 2005. Disponível em: <http://cits.tamtu.edu/kock/pubs/journals/2005JournalIJeC/Kock2005.pdf>. Acesso em: 06 mar. 20.

KOCK, N. **Encyclopedia of e-collaboration**. Hershey: IGI Publishing, 2007.

KOEHLER, C. *et al.* Interação social em rede e nas redes sociais na internet: reflexões para uma educação em rede. In: TISE - Congresso Internacional de Informatica educativa: nuevas ideas en informática Educativa, XX, 2015, Santiago, Chile. **Anais [...]**. v. 11, p. 713-718, Santiago, Chile, 2015. Disponível em: <http://www.tise.cl/volumen11/TISE2015/713-718.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2018.

KOLFSCHOTEN, G. L. *et al.* Facilitation roles and responsibilities for sustained

collaboration support in organizations. **Journal of Management Information Systems**, v. 28, n. 4, p. 129-162, 2012. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.2753/MIS0742-1222280406>. Acesso em: 03 jan. 18.

KRASNOVA, H. *et al.* On-line social networks: why we disclose. **Journal of Information Technology**, v. 25, n. 2, p. 109-125, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1057/jit.2010.6>. Acesso em: 06 nov. 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LÉVY, P. **Cibercultura**. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 1999a.

LÉVY, P. **A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço**. 9 ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999b.

LIMA, S. G. P. *et al.* A Utilização de redes sociais digitais na área da saúde: uma revisão sistemática. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, Edição Especial 1º Congresso Brasileiro de Promoção da Saúde 2014, p. 79-91, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3775> Acesso em: 07 jul. 2018.

MAKOUL, G.; CLAYMAN, M. L. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *In: Patient Education and Counseling*, 3, **Anais [...]**. mar. 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399105001783?via%3Dihub>. Acesso em: 15 mar. 2020.

MARCH, J. G.; SIMON, H. A. **Teoria das organizações**. Tradução Hugo Wahrlich. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARIZ, L. A. *et al.* O reinado dos estudos de caso na teoria das organizações: imprecisões e alternativas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. III, n. 3, p. 1-14, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v3n2/v3n2a05.pdf%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512005000200005>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MARKUS, M. L.; SILVER, M. A Foundation for the study of IT effects: a new look at DeSanctis and Poole's concepts of structural features and spirit. **Journal of the Association for Information Systems**, v. 9, n. 10, p. 609-632, 2008. Disponível em: <https://aisel.aisnet.org/jais/vol9/iss10/5/>. Acesso em: 15 maio 2018.

MARTINHO, M. J. C. M.; DA SILVA MARTINS, M. M. F. P.; ANGELO, M. Escala de conflito em tomadas de decisão em saúde: instrumento adaptado e validado para língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 47, n. 3, p. 576-583, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342013000300576&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342013000300576&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 24 maio 2018.

MASSEY, A. P. Collaborative technologies. *In: BURSTEIN, F.; HOLSAPPLE, C. W. (ed.)*.

**Handbook on Decision Support Systems 1: Basic Themes.** Berlin, Heidelberg: Springer International Publishing, 2008. p. 341-354.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MCMULLEN, L. M. Discourses of influence and autonomy in physicians' accounts of treatment decision making for depression. **Qualitative Health Research**, v. 22, n. 2, p. 238-249, 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732311420738>. Acesso em: 28 maio 2018.

MERRIAM, S. B.; TISDELL, E. J. **Qualitative research: a guide to design and implementation.** 4. ed. São Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2015.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* **Pesquisa social.** 32. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2011.

MINTZBERG, H. **The nature of managerial work.** New York: Harper & Row, 1973.

MIZRUCHI, M. S. Análise de redes sociais: avanços recentes e controvérsias atuais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 46, n. 3, p. 72-86, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v46n3/v46n3a13.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

MORAES, R. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70 Ltda, 1999. v. 22.

MORGAN, G. Paradigmas, metáforas e resolução de quebra-cabeças na teoria das organizações. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, p. 58-71, 2005. Disponível em: <https://rae.fgv.br/rae/vol45-num1-2005/paradigmas-metaforas-resolucao-quebra-cabecas-na-teoria-organizacoes>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MOTTA, P. R. Razão e intuição: recuperando o ilógico na teoria de decisão gerencial. **Revista de Administração Pública**, v. 22, n. 3, p. 77-94, 1988. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9403/8467>. Acesso em: 04 out. 2018.

MURRAY, E.; CHARLES, C.; GAFNI, A. Shared decision-making in primary care: tailoring the charles *et al.* model to fit the context of general practice. **Patient Education and Counseling**, v. 62, n. 2, p. 205-211, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399105002247?via%3Dihub>. Acesso em: 30 nov. 2017.

MYERS, M. D. Qualitative research in information systems. **MIS Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 241, 1997. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/249422?origin=crossref>. Acesso em: 17 jun. 2018.

MYLOPOULOS, M.; SCARDAMALIA, M. Doctors' perspectives on their innovations in daily practice: implications for knowledge building in health care. **Medical Education**, v. 42, n. 10, p. 975-981, 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2008.03153.x>. Acesso em: 13 jun. 2018.

NAIK, N.; KIM, D. J. An extended adaptive structuration theory for the determinants and consequences of virtual team success. **Sprouts: Working Papers on Information Systems**, v. 10, n. 2, 2010a. Disponível em: [https://aisel.aisnet.org/sprouts\\_all/325](https://aisel.aisnet.org/sprouts_all/325). Acesso em: 10 maio 2018.

NAIK, N.; KIM, D. J. An extended adaptive structuration theory for the determinants and consequences of virtual team success. *In: ICIS–International Conference on Information Systems*. 31th, 2010, Saint Louis, MO; United States, **Proceedings** [...]. Saint Louis, MO; United States, 2010b. Disponível em: [https://aisel.aisnet.org/icis2010\\_submissions/232/](https://aisel.aisnet.org/icis2010_submissions/232/). Acesso em: 10 maio 2018.

NIEDERMAN, F. *et al.* Extending the contextual and organizational elements of adaptive structuration theory in GSS research. **Journal of the Association for Information Systems – JAIS**, v. 9, n. 10/11, Special Issue, p. 633-652, 2008. Disponível em: <https://aisel.aisnet.org/jais/vol9/iss10/4/>. Acesso em: 09 maio 2018.

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR (NIC.br) (ed.). **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC domicílios 2018**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019. Disponível em: <https://www.cetic.br/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-nos-domicilios-brasileiros-tic-domicilios-2018/>. Acesso em: 18 mar. 2020.

O'CONNOR, A. M. *et al.* A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: Decision support *framework* and evaluation. **Patient Education and Counseling**, v. 33, n. 3, p. 267-279, 1998. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399198000263?via%3Dihub>. Acesso em 29 nov. 2017.

O'GRADY, L.; JADAD, A. Shifting from shared to collaborative decision making: a change in thinking and doing. **J. Participat Med**, v. 2, n. 13, 2010. Disponível em: <https://participatorymedicine.org/journal/evidence/case-studies/2010/11/08/shifting-from-shared-to-collaborative-decision-making-a-change-in-thinking-and-doing-4/>. Acesso em: 19 dez. 2017.

OLIVEIRA, M.; GASTAUD MAÇADA, A. C.; GOLDINI, V. Análise da aplicação do método estudo de caso na área de sistemas de informação. In: ENANPAD - Encontro da ANPAD, XXX, 2005. Brasília. **Anais** [...]. Brasília, 2005, p. 1-16.

OLLMAN, B. **Alienation: Marx' conception of man in capitalist society**. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1976.

ORLIKOWSKI, W. J. The duality of technology: rethinking the concept of technology in organizations. **Organization Science**, v. 3, n. 3, p. 398-427, 1992. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2635280?seq=1>. Acesso em: 11 fev. 2020.

ORLIKOWSKI, W. J. Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. **Organization Science**, v. 11, n. 4, p. 404-428, 2000. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2640412?seq=1>. Acesso em: 10 maio 2020.

PATTON, M. Q. **Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice**. 4. ed. CA: SAGE Publications, Inc., 2014.

PAYTON, F. C.; KIWANUKA-TONDO, J. Contemplating public policy in HIV/AIDS *online* content, then where is the technology spirit. **European Journal of Information Systems**, v. 18, n. 3, p. 192-204, 2009. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1057/ejis.2009.16>. Acesso em: 11 jun. 2018.

PETERS, K. *et al.* Social media metrics — a framework and guidelines for managing social Media. **Journal of Interactive Marketing**, v. 27, n. 4, p. 281-298, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.intmar.2013.09.007>. Acesso em: 08 jul. 2018.

PIMENTEL, M. *et al.* Modelo 3C de colaboração para o desenvolvimento de sistemas colaborativos. In: Simpósio Brasileiro de Sistemas Colaborativos, III, 2006, Natal, **Anais [...]**, Natal, 2006, p. 58-67. Disponível em: [https://webserver2.tecgraf.puc-rio.br/~abraposo/pubs/SBSC2006/07\\_Pimentel\\_Modelo3C.pdf](https://webserver2.tecgraf.puc-rio.br/~abraposo/pubs/SBSC2006/07_Pimentel_Modelo3C.pdf). Acesso em: 23 jun. 2018.

PIMENTEL, M.; FUKS, H. (org.). **Sistemas colaborativos**. Rio de Janeiro: Elsevier Brazil, 2012.

PIMENTEL, M.; FUKS, M. A. G. H. Sistemas de comunicação para colaboração. In: PIMENTEL, M.; FUKS, H. (ed.). **Sistemas Colaborativos**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2012. p. 59-93.

POIRIER, E.; FORGUES, D.; STAUB-FRENCH, S. Collaboration through innovation: implications for expertise in the AEC sector. **Construction Management and Economics**, v. 34, n. 11, p. 769-789, 2016. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01446193.2016.1206660>. Acesso em: 04 jul. 2018.

POLTROCK, S.; GRUDIN, J. Computer-supported cooperative work and groupware. In: ZELKOWITZ, M. (ed.). **Advances in Computers**. Orlando: Academic Press, 1997. 45 v., p. 269-320.

POOLE, M.; DESANCTIS, G. Understanding the use of group decision support systems: the theory of adaptive structuration. In: FULK, J.; STEINFELD, C. (ed.). **Organizations and Communication Technology**. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc., 1990.

RABELLO, C. R. L. Interação e aprendizagem em Sites de Redes Sociais: uma análise a partir das concepções sócio-históricas de Vygotsky e Bakhtin. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 15, n. 3, p. 735-760, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-63982015000300735&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-63982015000300735&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 07 jul. 2018.

RAINS, S. A.; BONITO, J. A. Adaptive structuration theory. In: Scott, C.R., *et al.* (ed.s). **The International Encyclopedia of Organizational Communication**. [s.l.:s.n.], 2017. p. 1-9.

RECUERO, R. **Redes sociais na internet**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

RECUERO, R. Mapeando redes sociais na internet através da conversação mediada pelo

computador. **Educação e contemporaneidade: pesquisas científicas e tecnológicas** [online], p. 251-274, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jc8w4/pdf/nascimento-9788523208721-12.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2020.

RECUERO, R. A rede é a mensagem: efeitos da difusão de informações nos sites de rede social. *In*: EDUARDO VIZER. (org.) (ed.). **Lo que McLuhan no previu**. Buenos Aires: Editorial La Crujía, 2012, v. 1, p. 205-223. Disponível em: <http://www.raquelrecuero.com/arquivos/redemensagem.pdf>. Acesso em 04 jul. 2018

RECUERO, R. Contribuições da análise de redes sociais para o estudo das redes sociais na internet: o caso da hashtag #Tamojuntodilma e #CalaabocaDilma. **Fronteiras – estudos midiáticos**, São Leopoldo do Sul-RS, v. 16, n. 2, p. 60-77, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/fronteiras/article/view/4860>. Acesso em: 04 jul. 18.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

ROTHBERG, D.; VALENÇA, A. da S. Comunicação pública para cidadania no avanço das redes sociais oficiais. **Animus. Revista Interamericana de Comunicação Midiática**, Cascavel – SC, v. 13, n. 26, 11 dez. 2014. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/animus/article/view/11044>. Acesso em: 9 jan. 2018.

SALES, J. D. A. **Ações coletivas suportadas pela tecnologia da informação em comunidades de prática**: os efeitos indutores à configuração dos coletivos inteligentes. 2012. 174f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

SALES, J. D. A.; DORNELAS, J. S. Ações coletivas e tecnologia da informação: efeitos indutores à configuração dos coletivos inteligentes. **Revista de Administração Contemporânea**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 487-507, 2014. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/31603/acoes-coletivas-e-tecnologia-da-informacao--efeitos-indutores-a-configuracao-dos-coletivos-inteligentes>. Acesso em: 25 jun. 2015.

SALISBURY, W. D. *et al.* Research report: better theory through measurement - developing a scale to capture consensus on appropriation. **Information Systems Research**, v. 13, n. 1, p. 91-103, 2002. Disponível em: Disponível em: <https://pubsonline.informs.org/doi/abs/10.1287/isre.13.1.91.93?journalCode=isre>. Acesso em: 22 jun. 2018.

SANTANA, A. de S.; MARTENS, C. D. P.; FREITAS, H. M. R. de. Intenção de aplicação de mídias sociais em atividades de projetos. *In*: ENADI – Encontro de Administração da Informação da ANPAD, VI, 2017, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba, PR: 2017. Disponível em: [http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod\\_evento=17&cod\\_edicao\\_subsecao=1423&cod\\_evento\\_edicao=86&cod\\_edicao\\_trabalho=22301](http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=17&cod_edicao_subsecao=1423&cod_evento_edicao=86&cod_edicao_trabalho=22301). Acesso em: 14 out. 2017.

SANTANA, R. M. **O cuidado colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade da atenção à saúde**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde20022015150027/>. Acesso em: 29 mar. 2016.

SANTOS, J. A. P. dos; CORREIA-NETO, J. da S.; SOUZA, E. Funcionalidades, características e limitações das plataformas de participação e colaboração: uma análise comparativa. **Revista Gestão.Org**, Recife, v. 15, p. 147-156, 2017. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg>. Acesso em: 24 out. 2018.

SCHMITZ, K. W.; TENG, J. T. C.; WEBB, K. J. Capturing the complexity of malleable IT use: adaptive structuration theory for individuals. **MIS Quarterly**, v. 40, n. 3, p. 663-686, 2016. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.25300/MISQ/2016/40.3.07>. Acesso em: 09 maio 2018.

SCHOLL, I. *et al.* Measurement of shared decision making - a review of instruments. **Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen**, v. 105, n. 4, p. 313-324, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2011.04.012>. Acesso em: 28 maio 2018.

SILVA, A. S. R. **Apropriação de mídias sociais: uma análise do uso do facebook em empresas de base tecnológica**. 2019. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

SILVA, A. S. R.; SANTOS, E. M. DOS. Apropriação de tecnologia: um estudo bibliométrico. In: CONTECSI International Conference on Information Systems and Technology Management, 15<sup>th</sup>, **Proceedings [...]**, v. 15, p. 1520-1539, 2018. Disponível em: <http://www.tecsi.org/contecsi/arquivos/15contecsi.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2020.

SILVA, A. B. da; GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

SILVA, B. R. *et al.* Sistemas de apoio a decisão médica (SADM). **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação e de Gestão Tecnológica**, Franca, SP, v. 3, n. 1, p. 11, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/resiget/article/view/582/541>. Acesso em: 5 jan. 2018.

SILVA, D. P. A. da; FILHO, D. B. F.; SILVA, A. H. da. O poderoso NVivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje**, v. 24, n. 2, p. 119-134, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3723>. Acesso em: 05 maio 2020.

SILVA, G. A. R. da. O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, n. 1, p. 75-79, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3393.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2018.

SIMON, H. **Comportamento administrativo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971.

SOBRAL, F.; PECI, A. **Teoria e prática no contexto brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.

Stake, R. E. Qualitative case studies. In: DENZIN; N. K.; LINCOLN, Y. S. (ed.). **The Sage handbook of qualitative research**. 3. ed. Thousand Oaks/CA: Sage, 2005. p. 443-466.



SUBRAMANI, M. M. R. M. M. R. M.; RAJAGOPALAN, B. Knowledge-sharing and influence in *on-line* social networks via viral marketing. **Communications of the ACM**, v. 46, n. 12, p. 300-307, 2003. Disponível em: <http://portal.acm.org/citation.cfm?id=953514>. Acesso em: 02 jul. 2018.

TAPSCOTT, D.; WILLIAMS, A. D. **Wikinomics**: como a colaboração em massa pode mudar o seu negócio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2007.

TELLES, A. **A revolução das mídias sociais**: cases, conceitos, dicas e ferramentas. 2. ed. rev. e atual. São Paulo, SP: M. Books, 2011.

TERRA, C. F. A comunicação organizacional em tempos de redes sociais *on-line* e de usuários-mídia. *In*: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, XXXII, Curitiba/PR. **Anais [...]**. Curitiba/PR, 2009. Disponível em: [http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2009/lista\\_area\\_GP-RP.htm](http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2009/lista_area_GP-RP.htm). Acesso em: 07 fev. 2017.

TERRA, C. F. Como identificar o usuário-mídia , o formador de opinião on- line no ambiente das mídias sociais. **Revista Internacional de Relaciones Públicas**, v. II, n. 4, p. 73-96, 2012.

SALZBURG Statement on shared decision making. **BMJ**. V. 342:d1745, 2011. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d1745>. Acesso em 16 mar. 2020.

THOMAS, D. M.; BOSTROM, R. P. Vital signs for virtual teams: an empirically developed trigger model for technology adaptation interventions. **MIS Quarterly**, v.34, n. 1, mar, p. 115-142 2010. Disponível em: <https://misq.org/vital-signs-for-virtual-teams-an-empirically.html>. Acesso em: 27 mar. 2019.

TOWLE, A.; GODOLPHIN, W. *Framework* for teaching and learning informed shared decision making. **BMJ**, v. 319, n. 7212, p. 766-771. 18 set. 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116602/>. Acesso em 15 mar. 2020

VALENTE, T. W. **Social networks and health**: models, methods, and applications. New York: Oxford University Press, 2010.

VERGARA, S. C. Razão e intuição na tomada de decisão: uma abordagem exploratória. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 120-138, 1991. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8941/7848>. Acesso em: 06 nov. 2017.

VIEIRA, M. M. F. Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração. *In*: VIEIRA, M. M. F.; SOUAIN, D. M. Z. (org.). **Pesquisa Qualitativa em Administração**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 13-28.

VIVACQUA, A. S.; GARCIA, A. C. B. Ontologia da colaboração. *In*: PIMENTEL, M.; FUKS, H. (ed.). **Sistemas Colaborativos**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2012. p. 34-52.

WE ARE SOCIAL; HOOTSUITE. **Digital 2020: global digital overview**. 2020. Disponível em: <https://wearesocial.com/blog/2020/01/digital-2020-3-8-billion-people-use-social-media>.

Acesso em: 7 fev. 2020.

WELLMAN, B. *et al.* Computer networks as social networks: collaborative work, telework, and virtual community. **Annual Review of Sociology**, v. 22, p. 213-238, 1996. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.22.1.213>. Acesso em: 02 jul. 2018

WELLMAN, B. Computer networks as social networks. **Science**, v. 293, p. 2031-2034, 2001. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/293/5537/2031/tab-pdf>. Acesso em: 02 jul. 2018.

WHETTEN, D. A. O que Constitui uma contribuição teórica? **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v. 43, n. 3, p. 69-73, 2003. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/download/37425/36187>. Acesso em: 22 jun. 2018.

WIJAYA, S. *et al.* Web 2.0-based webstrategies for three different types of organizations. **Computers in Human Behavior**, v. 27, n. 4, p. 1399-1407, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2010.07.041>. Acesso em: 06 jul. 2018.

WITTEMAN, H. O. *et al.* Design features of explicit values clarification methods: a systematic review. **Medical Decision Making**, v. 36, n. 4, p. 4-5, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0272989X15626397>. Acesso: 06/07/2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****PESQUISA: REDES SOCIAIS MEDIANDO DECISÃO MÉDICA  
COMPARTILHADA: IMPLICAÇÕES DA COLABORAÇÃO**

Esta pesquisa faz parte da Tese de Doutorado da Pesquisadora Cabral Nogueira Lima. Gostaríamos de contar com a sua colaboração, que consiste em responder a uma entrevista sobre suas percepções e práticas no que concerne a tomada de decisão médica compartilhada. Esclarecemos que sua identidade será mantida em sigilo e que todas as informações prestadas serão gravadas e utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa. Sua participação, portanto, não lhe causará prejuízo profissional algum; colaborará para a análise das implicações causadas pela colaboração mediada pelas redes sociais virtuais no processo de tomada de decisão médica compartilhada e se estas trazem um desenho contemporâneo do processo decisório de tratamento clínico.

Esclarecemos também que a entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita, e que sua participação é voluntária. Caso queira, poderá interromper ou desistir a qualquer momento ou deixar de responder a quaisquer perguntas que lhe forem feitas.

Qualquer dúvida ou esclarecimento poderá ser feito junto à Coordenação do Núcleo de Pós-Graduação em Administração, da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia ou ao orientador deste estudo, Prof. Dr. Jefferson David de Araújo Sales, no *e-mail*: profjeffersonsales@gmail.com.

Se você concordar em participar, nós agradecemos muito a sua colaboração e pedimos que assine no espaço indicado a seguir, confirmando que está devidamente informado(a) sobre os objetivos da pesquisa e usos dos seus resultados.

**ENTREVISTADORA**

Pesquisadora

Alessandra Cabral Nogueira Lima

*e-mail*: ale.cnogueira@gmail.com

tel.: (79) 98133-8716

**ENTREVISTADO(A)**

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com Pacientes

### Preparação para a entrevista:

- ✓ Apresentar o objetivo geral da pesquisa sem entrar em muitos detalhes, a não ser que o entrevistado solicite;
- ✓ Solicitar autorização para gravação da entrevista. Ressaltar que as respostas serão sigilosas e os respondentes não serão identificados pelos resultados.

### Perfil do respondente

1. Qual local em que reside?
2. Qual a sua idade atual e quando identificou a comorbidade?
3. Qual a sua identidade de gênero?
4. Qual a sua ocupação profissional?
5. Quais os principais desafios enfrentados na condução do seu tratamento clínico?

### Perguntas Específicas

1. **Você usa algum aplicativo para cuidar de sua saúde? Medicamentos, atividade física, guardar informações?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia e Dimensão Mídias Sociais Virtuais

2. **Alguma vez você já pesquisou sobre sua condição clínica? Onde? Na *Internet*? Se já pesquisou, qual era a sua expectativa diante disso? O que esperava alcançar com essa investigação?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

3. **O que você acha das informações que a *Internet* fornece sobre as doenças?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia e Dimensão Mídias Sociais Virtuais

4. **Você conversou com seu médico a respeito do que encontrou na sua pesquisa? Como foi esse diálogo?**

Dimensão Colaboração

5. **Você participa de algum grupo, comunidade na *Internet* sobre a sua doença? De que forma?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

- 6. Você segue ou acompanha alguma página, perfil sobre a sua doença? Você segue ou acompanha alguma página, perfil de profissional de saúde? Se sim, você interage com elas?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

- 7. Você só fala com seu médico no momento da consulta? Existe algum outro momento no qual você pode consultá-lo? Por exemplo, é possível mandar mensagens ou fazer ligações?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

- 8. Você fala com outras pessoas sobre sua doença? E sobre tratamento? Quem? Aonde? De que forma?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

- 9. Na sua percepção, o que o médico acha do fato de você pesquisar sobre sua condição clínica e sobre as possibilidades de tratamento?**

Dimensão Colaboração

- 10. Você diz abertamente ao seu médico como se sente diante do tratamento? Existe espaço de negociação sobre seu tratamento?**

Dimensão Colaboração

- 11. Se há conversa, com você prefere? pessoalmente? Por outros meios?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

**No final da entrevista:**

- ✓ Perguntar se o respondente tem algo a mais que ele(a) ache relevante;

- ✓ Indica algum paciente que possa responder a entrevista;
- ✓ Agradecer a entrevista.

## APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista com os Profissionais de Saúde

### Preparação para a entrevista:

- ✓ Apresentar o objetivo geral da pesquisa sem entrar em muitos detalhes, a não ser que o entrevistado solicite;
- ✓ Solicitar autorização para gravação da entrevista. Ressaltar que as respostas serão sigilosas e os respondentes não serão identificados pelos resultados.

### Perfil do respondente

1. Qual local em que reside?
2. Qual a sua idade atual?
3. Qual a sua identidade de gênero?
4. Qual a sua ocupação profissional/especialidade?
5. Há quanto tempo atua? Em que esferas?

### Perguntas Específicas

1. **Diante de casos clínicos mais complexos, você consulta colegas para tomar uma decisão diagnóstica ou para escolher uma estratégia de tratamento?**

Dimensão Colaboração

2. **Se você consulta colegas, como se dá esse diálogo com eles? É marcado um encontro? É feita uma ligação? Você manda mensagens?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia e Dimensão Mídias Sociais Virtuais

3. **Você usa alguma ferramenta *on-line* para o desempenho de sua atividade profissional? De que forma?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia e Dimensão Mídias Sociais Virtuais

4. **Se sim, essas ferramentas atendem às suas expectativas? Contribuem de que forma?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia e Dimensão Mídias Sociais Virtuais

5. **De que forma o uso das redes sociais virtuais modificou o processo de colaboração?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia e Dimensão Mídias Sociais Virtuais e  
Dimensão Colaboração

**6. O que você acha das informações de saúde que a *Internet* fornece?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais

**7. Você participa de algum grupo, comunidade na *Internet* sobre sua especialidade? De que forma?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

**8. Você segue ou acompanha alguma página, perfil sobre saúde? Você segue ou acompanha alguma página, perfil de profissional de saúde? Se sim, você interage com elas? De que forma?**

Dimensão Apropriação da tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

**9. Você possui algum perfil nas mídias sociais? Se sim, como você o alimenta?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

**10. Como os pacientes se portam diante do diagnóstico? Eles aceitam completamente o que é dito? Questionam com base em alguma informação? Pesquisam sobre o assunto?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

**11. Nos casos em que os pacientes fazem pesquisas sobre sua condição clínica e possibilidades terapêuticas, quais são os recursos de pesquisa utilizados por eles?**

Dimensão Apropriação da Tecnologia, Dimensão Mídias Sociais Virtuais e Dimensão Colaboração

**12. Quando você percebe que um paciente se valeu de recursos de pesquisa acerca da sua condição, como você reage?**

Dimensão Colaboração



**13. Em que medida você vê que os traços/aspectos culturais do paciente, como região/localização, grau de instrução, influenciam no comportamento do paciente em relação ao seu diagnóstico ou tratamento?**

Dimensão Colaboração

**14. Em que medida você acha que o paciente deve protagonizar seu tratamento?**

Dimensão Colaboração

**15. Em que situações você realiza ou acredita que é possível a Decisão Médica Compartilhada? Quem deve ser os envolvidos? De que forma?**

Dimensão Colaboração

**16. Quais os principais desafios enfrentados na condução Decisão Médica Compartilhada?**

Dimensão Colaboração

**No final da entrevista:**

- ✓ Perguntar se o respondente tem algo a mais que ele(a) ache relevante;
- ✓ Solicitar uma indicação de um colega que possa contribuir com a pesquisa;
- ✓ Agradecer a entrevista.