

DOUGLAS RAFAEL FERREIRA GOMIDES

O USO DAS MÍDIAS SOCIAIS POR HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE NO
BRASIL: um estudo exploratório

Rio de Janeiro

Fevereiro de 2019

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM
SAÚDE (PPGICS)

DOUGLAS RAFAEL FERREIRA GOMIDES

O USO DAS MÍDIAS SOCIAIS POR HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE NO
BRASIL: um estudo exploratório

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Cristina
Guimarães

Rio de Janeiro

Fevereiro de 2019

Ferreira Gomides, Douglas Rafael.

O uso das mídias sociais por hospitais de alta complexidade no Brasil:
Um estudo exploratório / Douglas Rafael Ferreira Gomides. - Rio de Janeiro,
2019.

80 f.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e
Comunicação em Saúde, 2019.

Orientadora: Maria Cristina Soares Guimarães.

Bibliografia: f. 76-80

1. Mídias Sociais. 2. Hospitais. 3. Alta Complexidade. 4. Médicos. I.
Título.

DOUGLAS RAFAEL FERREIRA GOMIDES

O uso das mídias sociais por hospitais de alta complexidade no Brasil:

Um estudo exploratório

Aprovação em 26 fevereiro de 2019.

Banca examinadora:

Maria Cristina Soares Guimarães

Orientador

Cícera Henrique da Silva

Membro

Michele Nacif Antunes

Membro

AGRADECIMENTOS

O alcance de um sonho. É isso que eu sinto ao final desse trabalho. Depois de várias tentativas sem sucesso, a Fiocruz me deu a oportunidade para estudar mídias sociais na saúde e trazer para academia um trabalho inovador, prático e totalmente condizente com minhas ideologias. Ideologias essas que demonstram um amor intenso pelas mídias sociais, partindo da pequena Ouro Preto, perpassando por São Paulo e Dublin e aterrissando na cidade maravilhosa. Agradeço sempre a toda minha família por ter sempre acreditado em mim. Em vários momentos que pensei em desistir, foram eles que me deram apoio para continuar tentando. Obrigado, pai, mãe e Tereza por estarem sempre do meu lado.

Agradeço a minha orientadora Cristina, a Cícera, a Michele e Kizi e todos aqueles que fazem parte do laboratório. Agradeço também a todos os professores do ICICT pelas aulas e orientações acadêmicas. Agradeço também ao professor Marcelo Freire, da Universidade Federal de Ouro Preto, por me dar grande embasamento teórico em Mídias Sociais para a produção desse trabalho.

Agradeço a todos os colegas de sala que fizeram parte desse trajeto e, principalmente ao Tarcísio, grande amigo que me auxiliou bastante em todas angústias e dificuldades. Agradeço também a todos os meus amigos de Ouro Preto pelo grande apoio de sempre e aos novos que conquistei no Rio, principalmente aqueles provenientes da confraria celeste.

Por fim, agradeço à Capes pelo apoio da bolsa de mestrado, que foi definitivamente importante para que esse projeto fosse desenvolvido. À Fiocruz pela possibilidade de trazer para realidade um projeto que vinha planejando há muito tempo. O meu sonho virou realidade e isso é só o começo.

RESUMO

Esta dissertação tem o intuito de fazer, de maneira pioneira, um estudo exploratório do uso das mídias sociais por Hospitais de Alta Complexidade em todas as regiões do Brasil. A amostra analisada foi de 21 hospitais de todas as regiões do Brasil, divididos entre Privados, Públicos e Filantrópicos, durante 1 ano, de 01 de dezembro 2017 a 01 de dezembro de 2018.

Em termos metodológicos, optou-se pelo cruzamento de dados entre uma tabela webométricas e dados disponibilizados pelo CNES. Para a análise, utilizou-se a ferramenta Fanpage Karma. Como resultado, observou-se a diferença entre hospitais de diferentes regiões e diferentes tipos de gestões. Nota-se também a diferença de atuação de cada instituição em diferentes mídias sociais.

Por isso, no projeto são criadas tabelas que abordam fatores como engajamento, taxa de crescimento, valor investido dentre outros indicadores, em Facebook, Instagram e LinkedIn. Dessa forma, é possível explorar o contexto dos hospitais brasileiros em três das maiores plataformas sociais de todo o mundo.

Palavras-chave: Mídias Sociais, Hospitais, Alta Complexidade, LinkedIn, Facebook, Instagram, Médico

ABSTRACT

This dissertation intends to make, in a pioneering way, an exploratory study of the use of social media by Hospitals of High Complexity in all regions of Brazil. The sample analyzed was 21 hospitals from all regions of Brazil, divided between Private, Public and Philanthropic, for 1 year, from December 1, 2017 to December 1, 2018.

In methodological terms, we chose to cross-data between a web-based table and data provided by CNES. For the analysis, the Fanpage Karma tool was used. As a result, we observed the difference between hospitals from different regions and different types of management. We also note the difference in the performance of each institution in different social media.

Therefore, in the project are created tables that address factors such as engagement, rate of growth, value invested among other indicators, in Facebook, Instagram and LinkedIn. In this way, it is possible to explore the context of Brazilian hospitals in three of the largest social platforms in the world.

Keywords: Social Media, Hospitals, High Complexity, LinkedIn, Facebook, Instagram,
Doctor

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Rank Webometrics	49
Tabela 1 – Hospitais Brasileiros de Alta Complexidade	51
Tabela 2 – Hospitais e Unidade Federativas	62
Tabela 3 – Hospitais e Tipo de gestão	64
Tabela 4 – Hospitais e endereços na web	65
Tabela 5 – Check List de hospitais com páginas de Facebook	67
Tabela 6 – Facebook e Indicadores	67
Tabela 7 – Check List de hospitais com páginas de Instagram	70
Tabela 8 – Instagram e Indicadores	70
Tabela 9 – Check List de hospitais com páginas de LinkedIn	72
Tabela 10 – LinkedIn e Indicadores	72

LISTA DE DIAGRAMAS E GRÁFICOS

Gráfico 1 – Hospitais de Alta Complexidade e Unidade Federativas	63
Gráfico 2 – Hospitais de Alta Complexidade e Tipo de Gestão	65

LISTA DE IMAGENS

Figura 1 – Página inicial do sítio do CNES	45
Figura 2 – Lista de fontes nacionais e internacionais.....	48
Figura 3 – Página inicial Fan Page Karma.....	54
Figura 4 – Dashborad Fanpage Karma	54
Figura 5 – Página para adicionar perfil	55
Figura 6 – Diferenciação por cores na tela “Table”	55
Figura 7 – Tela que mostra o perfil específico de cada hospital	56
Figura 8 – Página “Table” do Instagram	57
Figura 9 – Página “Table” do LinkedIn	58
Figura 10 – Aba “Posts” da ferramenta FanPage Karma	58
Figura 11 – Aba “ChatBoard” da ferramenta FanPage Karma	59
Figura 12 – Aba “Analytics” da FanPage Karma	59
Figura 13– Aba “History” da FanPage Karma	60
Figura 14 – Aba “Matriz” da ferramenta FanPage Karma.....	60
Figura 15 – Aba “Relatório” da ferramenta FanPage Karma	61

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. MÍDIAS SOCIAIS NA SAÚDE	16
3. HOSPITAIS NO BRASIL: UM BREVE CENÁRIO	23
4. HOSPITAIS E MÍDIAS SOCIAIS: UM CENÁRIO INTERNACIONAL	32
5. OBJETIVOS.....	43
6. METODOLOGIA.....	44
7. RESULTADOS	62
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
9. REFERÊNCIAS	76

1. INTRODUÇÃO

A difusão da internet vem transformando a maneira de viver no mundo atual, tanto pela informação por ela compartilhada quanto por meio das inovações trazidas pela interação e pela comunicação utilizando as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). O maior tempo conectado (LEUNG, 2015) pelas pessoas e a vivência em um ambiente cada vez mais *online* é comumente apontado como fonte para novas e inesperadas experiências, abrindo o caminho para inovações de toda ordem (social, cultural, econômica, dentre outras). Isso pode ser denominado de uma grande revolução digital (TOPOL, HILL, 2012).

O tema é de grande discussão e também de grande interesse do pesquisador que trabalha há mais de 10 anos na área de Mídias Sociais, principalmente para médicos e hospitais. A pesquisa sempre perpassou pelo digital, porém inicialmente tinha um foco em produção colaborativa, com foco na Wikipedia. Porém, com o passar do tempo, viu-se que aproximar das mídias sociais poderia dar um resultado bem melhor, pelo conhecimento prático e científico do pesquisador na área.

Segundo Sevckenko (2001), as inovações tecnológicas mudaram as bases econômica, social e política, assim com a vida e a rotina de grande parte da sociedade ocidental. Corroborando com esse pensamento, Castells (2002) considera essa revolução tão importante quanto a Revolução Industrial do século XVIII, induzindo um padrão de descontinuidade nas bases materiais da sociedade, incluindo a economia e cultura, e penetrando nos domínios da atividade humana não apenas como fonte externa, mas como o próprio tecido em que essa atividade é exercida. Ou seja, a característica principal da revolução que se vivencia não é a centralidade de conhecimentos e informação, mas a aplicação desses conhecimentos e dessa informação para a geração de novos conhecimentos e de dispositivos de processamento/comunicação da informação, em um ciclo de realimentação cumulativo entre inovação e seu uso.

Pesquisa realizada pelo *site* Saúde *Business* [www.saudebusiness.com.br (2017)¹] aponta que a tecnologia vem afetando significativamente o campo da saúde em diversas dimensões, particularmente na busca, coleta, tratamento e difusão da informação. Mantida essa evolução, é esperado que esses avanços continuem a influenciar a qualidade geral do cuidado de saúde para pacientes e médicos.

¹ <http://saudebusiness.com/noticias/o-impacto-da-tecnologia-em-saude-infografico/>

De forma clara, as mídias sociais assumem, aqui, um papel importante. Essas ferramentas são aplicações da web, construídas na fundamentação tecnológica da *Web 2.0*, que permitem a criação e troca de conteúdo entre os usuários. Elas podem ter diversas formas e são acessadas tanto por *desktop* quanto por celular. Dentre essas formas, pode-se citar os fóruns da *internet*, as plataformas de mensagem instantânea, os serviços de criação de redes profissionais (SNS) e os *microblogs* (LEUNG, 2015).

De fato, as mídias sociais são ferramentas muito importantes nessa mudança, pois facilitam tanto a disseminação do conteúdo produzido como no relacionamento instituições de saúde com seus públicos. Além disso, por serem ferramentas bidirecionais, permitem a construção conjunta de conhecimento (DE SOUSA, 2010). Por possibilitarem um espaço de trocas e conversa entre vários usuários, é possível alcançar amplificação da mensagem, a disseminação rápida e o engajamento. Com essa alteração de velocidade e entrega, as mídias sociais transformaram todas as relações sociais (JENKINS, 2015).

Ainda segundo o anteriormente citado Saúde *Business* (2017), 72% das pessoas que utilizam a *internet* em todo mundo realizam buscas sobre temas relacionados a saúde. Além disso, a pesquisa mostra que é comum que a busca seja feita por *Smartphones* (52%) mostrando uma certa urgência na resposta. Outro indicador que chama atenção é o quantitativo de aplicativos direcionados a área de saúde em todo mundo. Segundo essa mesma fonte, existem na atualidade mais de 9000 *Apps* que têm foco em algum serviço de saúde. Pode-se dar destaque também a grande porcentagem de médicos (85%) e cuidadores (88%) que utilizam a *web* para procurar informação relacionada a saúde.

O cotidiano da sociedade e a literatura científica confirmam que, de forma crescente, os profissionais de saúde vêm fazendo uso de mídias sociais, tanto profissionalmente quanto pessoalmente (HAWN, 2009; MCNAB, 2009; ANTHEUNIS, TATES, NIEBOER, 2013). As pesquisas apontam que elas têm trazido uma maior e mais eficiente assistência ao paciente, sem alterar os princípios básicos desses profissionais: humanismo, integridade, ética, profissionalismo e confiança (CHRETIEN, 2013). Tem sido apontado que o uso dessas ferramentas é feito para buscar e compartilhar informação em saúde e para comunicar com os usuários e parceiros de profissão, bem como para disseminar pesquisas em saúde e seus resultados, e engajar na defesa em saúde.

São inúmeros os estudos que abordam o uso de mídias sociais por profissionais de saúde, especialmente nos países desenvolvidos (GRAJALLES et al 2014) (BURKE-GARCIA, SCALLY, 2014). Igualmente, os pacientes têm também utilizado mais as mídias sociais para

se comunicar. Os depoimentos podem auxiliar em melhorias de qualidade nos cuidados a saúde de maneira e participativa e melhorar os cuidados centrados nos pacientes.

No que diz respeito ao uso pelas organizações, a utilização de mídias sociais pelas instituições de saúde pode também acelerar a comunicação e o fornecimento de informação aos pacientes e suas famílias, supostamente aumentando ainda mais a qualidade do serviço. Os hospitais parecem também estar se conscientizando dos benefícios que as mídias podem oferecer. Dados mostram que os hospitais dos Estados Unidos, Reino Unido e Holanda já utilizam significativamente as mídias sociais (VAN DE BELT; et al, 2012).

De fato, os avanços tecnológicos no campo da saúde compreendem um largo leque de soluções, o que acaba por configurar um novo campo chamado *e-Health*, ou saúde digital. A Organização Mundial da Saúde (2018), define *e-Health* como o uso das tecnologias de informação e comunicação na saúde. Já o *m-Health*, ou, saúde móvel que está inserido dentro de todo este conceito mais amplo, permite a colaboração por meio de aplicações disponíveis nos dispositivos móveis. O que é mais importante é que esses recursos não só ampliam a assistência, facilitando o acesso dos pacientes aos médicos e provedores de saúde, mas também diminuem os custos operacionais e evitam desperdício de recursos. (KAY; SANTOS; TAKANE, 2011).

No contexto brasileiro, pesquisa divulgada no *site* www.brasilwebhost.com.br pela empresa de tecnologia Cisco (2013)², 84% dos entrevistados disseram estar mais preocupados com a qualidade da assistência médica do que com o contato pessoal. O estudo também revelou que 76% dos usuários do sistema de saúde no Brasil dizem estar abertos ao atendimento médico virtual.

Na Europa, por exemplo, uma pesquisa demonstra os impactos socioeconômicos da adoção do *m-Health*. Segundo a GSMA – *Global Strategic Marketing Alliance*, instituição responsável por compilar estes dados, esta tecnologia é apontada como responsável por ter reduzido os gastos anuais totais com assistência à saúde em quase 100 bilhões de euros em 2017. Ou seja, o *m-Health* pode melhorar o estilo de vida, permitir o tratamento remoto de problemas de saúde, equipar os provedores de saúde para a tomada de melhores decisões clínicas e ainda tornar o sistema de saúde mais sustentável.

Sabe-se que os aplicativos de mídia social em saúde podem servir para atividades como: recurso educacional para médicos e pacientes, geração de referências e conteúdo, avaliação de

² <https://www.brasilwebhost.com.br/blog/mais-de-75-dos-brasileiros-aceitam-ter-atendimento-medico-virtual/>

tendências, auxílio na catalisação da divulgação das campanhas de saúde e atração de pacientes para estudos *online*. (GRAJALES III; et al, 2014)

Em relação as pesquisas acadêmicas, evidências científicas apontam também que o número de artigos indexados no *PubMed* (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) para a busca utilizando as palavras chaves “Social Media AND Healthcare” quase dobrou a cada ano nos últimos 4 anos, e que várias políticas de mídias sociais têm sido adotadas e testadas em vários ambientes de cuidado de saúde, explorando como a mídia social pode facilitar a partilha de conhecimento e colaboração (GRAJALES III; et al, 2014). Além disso, teorias sobre as mudanças no cuidado provenientes das mídias sociais estão sendo desenvolvidas em todo mundo. No entanto, não se conseguiu chegar em uma compreensão coletiva de como as mídias sociais podem ser usadas pela a área da saúde.

Househ (2013) apresenta um panorama sobre o crescimento do uso das mídias sociais pelas instituições de saúde, médicos e público nos últimos anos. Para fins de clareza das várias possibilidades, o autor divide a análise em três perspectivas em relação ao uso das plataformas: 1) Perspectiva Organizacional, ou seja, o uso das mídias sociais pelas instituições em uma perspectiva de marketing digital; 2) Perspectiva médica, ou, o uso de mídias sociais pelos profissionais médicos, e 3) Perspectiva do paciente, ou, o uso das mídias sociais pelo paciente, para se informar, interagir com os profissionais de saúde e mesmo como forma de tratamento. Essa pesquisa utiliza da Perspectiva Organizacional para análise e estudo.

Segundo o mesmo autor de todas essas perspectivas levantadas, ainda são poucos as pesquisas que abordam o ambiente hospitalar, principalmente na perspectiva organizacional.

Do melhor do conhecimento disponível, baseado em buscas bibliográficas, são raros ou mesmo inexistentes estudos/analises do uso de mídias sociais por ambientes hospitalares no Brasil. Por exemplo, Schneider (2015) analisou o uso de mídias sociais pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especificamente o uso institucional feito do Twitter, Facebook e Youtube. Analisando os conteúdos postados e o perfil de acesso, a autora conclui que as mídias sociais atuam positivamente na transparência necessária a uma instituição pública, representando também uma economia de recursos financeiros (dado o baixo custo para implementação desses canais de comunicação).

O presente projeto se debruça sobre essa apontada lacuna e se pergunta sobre o uso de mídias sociais por unidades hospitalares de alta complexidade, em uma perspectiva organizacional. Alta e média complexidade são definidos, de forma crescente em complexidade dos procedimentos, pelo Sistema Único de Saúde – SUS. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) define média e alta complexidade em saúde, em seu site

na internet ([http:// portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm)), da forma como se segue. A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Os procedimentos de média complexidade são: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; • patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

A alta complexidade, por seu lado, lista um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). São eles:• assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; • reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta, e fibrose cística e reprodução assistida.

Segundo documento editado pelo CONASS, em 2007 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf) na maior parte dos estados brasileiros, esses procedimentos foram historicamente contratados/conveniados junto aos serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores, e seu acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes.

O mesmo acima citado documento aponta que o MS, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), é o órgão responsável pela publicação da habilitação (que é feita pelos Estados

e Municípios) do serviço no Diário Oficial da União e inclusão dessa habilitação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

De caráter descritivo e exploratório, a presente pesquisa se justifica principalmente pela pouca presença de análises dessa natureza no Brasil. Ou seja, não há análises descritivas que apontem para o uso de mídias sociais pelo mix de hospitais de alta complexidade no contexto nacional.

No texto que se segue são apresentados e discutidos os seguintes temas: no Capítulo 2, é discutido o panorama da saúde na era da web 2.0. Para isso, são trazidos diversos teóricos que contextualizam as mudanças da comunicação digital na saúde nesse novo cenário tecnológico, destacando principalmente o uso das mídias sociais nesse momento. Já o Capítulo 3 é dedicado a situar o papel dos hospitais dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para que fique mais nítido o posicionamento dos hospitais de alta complexidade, dentro do Sistema Único de Saúde, elucidando o cenário atual das instituições. O que se discute, atualmente, sobre o uso de mídias sociais por hospitais é apresentado no Capítulo 4. O cenário nacional quanto internacional são destacados nesse capítulo. Nesse capítulo é importante ver o tão pioneiro é a pesquisa. Os objetivos da presente pesquisa são apresentados no Capítulo 5, o que é seguido pela proposta metodológica para seu desenvolvido, no Capítulo 6. Os resultados são apresentados no Capítulo 7, ao que se as considerações finais, sumarizadas no Capítulo 8.

2. MÍDIAS SOCIAIS NA SAÚDE

Mídias sociais são ferramentas que fazem parte hoje da vida de grande maioria das pessoas. No Brasil, os números são bem expressivos. Em um estudo realizado em 2015, a Pesquisa Brasileira de Mídia³, identificou que cerca de 40% dos brasileiros utilizam a internet todos os dias. O tempo conectado também é bem representativo. Em média, os usuários ficam *online* por 4h59min durante a semana e 4h24min nos finais de semana. Esses números superam o tempo dispendido pelas pessoas em frente à televisão. Entre as redes sociais e os programas de trocas de mensagens mais utilizados no Brasil, segundo o site a Rock Content ⁴estão 1 – Facebook, 2 – WhatsApp, 3 – Youtube, 4 – Instagram, 5 – Twitter e 6 – LinkedIn.

A utilização das mídias sociais por instituições de saúde, profissionais e pacientes cresceu bastante nos últimos anos. De acordo com Househ (2013), esse uso faz parte de uma tendência e acontece devido a um entendimento de que as instituições e profissionais de saúde precisam ser mais engajados com seus pacientes. Essas plataformas fornecem a possibilidade de interação em torno de vários tópicos de saúde e isso pode ser utilizado muitas vezes para a educação do paciente, promoção da saúde, alcance comunitário, relações públicas e comunicação de crise.

Além disso, existem algumas abordagens e possibilidades de interação entre diferentes nas mídias sociais. Househ (2013) propõe a divisão das mídias sociais em *blogs*, *microblogging* (por exemplo, *Twitter*) rede (por exemplo, Facebook e Patients Like Me), vídeo e compartilhamento de arquivos (*YouTube*), *e-games* e *wikis*.

A prestação de serviços de saúde foi transformada por esses novos meios de comunicação. Essas ferramentas são aplicadas em vários setores, como da educação médica e educação do paciente, facilitando a interação entre clientes e profissionais de saúde, colaboração entre equipes de saúde, prestação de serviços consultivos e curativos, fóruns terapêuticos, compartilhamento de conhecimento e campanhas de saúde (NASERI BOORI ABADI e SHEIKHTAHERI, 2015).

Com o uso generalizado da internet e o custo relativamente baixo dos provedores, as mídias sociais passaram ser mais utilizados por todos os profissionais, de diferentes idades e classes sociais (LEUNG, 2016). Segundo Shackak e Jadad (2010) as mídias sociais tendem a

³ <http://www.secom.gov.br/atuacao/pesquisa/lista-de-pesquisas-quantitativas-e-qualitativas-de-contratos-atuais/pesquisa-brasileira-de-midia-pbm-2015.pdf>

⁴ <https://rockcontent.com/blog/redes-sociais-mais-usadas-no-brasil/>

transformar o sistema de saúde em um modelo centrado no paciente e tem o potencial de aprimorar a comunicação e o fluxo de informação entre pacientes, provedores e administradores, tornando o fluxo comunicacional muito mais universal.

Alguns pesquisadores já identificaram muitos benefícios na aplicação das mídias sociais nos cuidados de saúde. Segundo Naseri Boori Abadi e Sheikhtaheri (2015), os pontos principais de melhora comunicacional consistem em relações mais fortes entre pacientes provedores e até aqueles que formulam políticas públicas de saúde, apoio social, autocuidado, capacidade de acesso a mais informações, compartilhamento de informações, maior acessibilidade à informação de saúde proporcional às necessidades dos usuários, aplicação de mídias sociais para a vigilância da saúde pública e sua influência positiva na formulação de políticas de saúde.

A questão ética é uma das mais discutidas em relação a utilização das mídias sociais. A potencialidade de transgressão de normas, como da privacidade do paciente, confidencialidade e códigos profissionais de prática, juntamente com deturpação de conteúdos e mensagens são alguns dos fatores que mais contribuem para que profissionais e instituições de saúde tenham um certo temor de utilizar mídias sociais na medicina e na saúde.

Outro detalhe muito importante é a visão de como esses questionamentos podem variar em relação aos costumes locais e culturais, e como os profissionais de saúde podem se resguardar durante a interação em ambiente online. Um dos exemplos que pode ser dado é o serviço de consulta de cuidados primários holandês Tweetspreekuur, que se baseava na troca de Tweets com dicas de saúde, no *Twitter*. O serviço é julgado por alguns profissionais por um uso antiético da tecnologia pela maioria dos corpos profissionais. (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 2011), (KOVIC, LULIC, BRUMINI, 2008).

Mais diretamente, há algumas visões filosóficas diversificadas e em evolução por parte das instituições de saúde, suportando e tolerando o uso das mídias. Essas contradições são ainda mais influenciadas pelas diversidades regionais (por exemplo, autoridades políticas de saúde) e institucionais (por exemplo, hospital). No entanto, o medo do desconhecido parece ser uma barreira importante para adoção de mídias sociais no contexto clínico. (BROWN, RYAN, HARRIS, 2014). Outro fator bem importante é a falta de compreensão dos verdadeiros riscos e responsabilidades podem causar, bem como a definição das melhores práticas a serem seguidas (um exemplo: a *Associação Médica Canadense*⁵ incita o uso conservador das mídias sociais. Por outro lado, a *Associação Médica Americana*⁶ e *Britânica*⁷ são contra).

⁵ <http://www.cma.ca/socialmedia>

⁶ http://www.meded.umn.edu/policies/du/Social_Media_DU.pdf

⁷ http://www.medschools.ac.uk/SiteCollectionDocuments/social_media_guidance_may2011.pdf.

Outro debate importante é em relação a privacidade de informação. Pesquisadores como Hrynaskiewicz et al (2010) indicam que caso a informação seja postada publicamente, não deve incluir dados que permitam a identificação dos pacientes (nome, número do seguro de saúde ou fotos) sem o consentimento dos mesmos. Em alguns países, no entanto, mesmo sem a permissão dos mesmos, os médicos podem manter os dados em bases éticas e sólidas e divulgar no máximo de três indicadores indiretos da pessoa (doença, tratamento e sexo).

Anthenius, Tates e Nieboer (2013) empreenderam uma análise comparativa entre pacientes e profissionais de saúde sobre os motivos, barreiras e expectativas no uso de mídias sociais na atenção em saúde em obstetrícia e ginecologia. Os resultados apontaram que os pacientes usam preferencialmente o *Twitter* (59,9%), particularmente para apoio social e troca de conselhos. Os profissionais, por outro lado, utilizam principalmente o *LinkedIn* (70,7%) e o *Twitter* (51,2%), para comunicação com seus colegas e orientados por marketing. As principais barreiras dos pacientes para o uso de mídias sociais foram a preocupação com a privacidade e a falta de confiabilidade dos conteúdos. As principais barreiras dos profissionais foram a ineficiência e falta de habilidades. Tanto pacientes quanto profissionais apontam mais usos futuros para as mídias sociais, desde que tenham autonomia na escolha (ANTHEUNIS; TATES; NIEBOER, 2013).

Nos dias de hoje, as mais importantes organizações de saúde criaram políticas e diretrizes específicas sobre a utilização de mídias sociais e elas esperam que os usuários as sigam. Porém no Brasil, isso não é algo comum na maioria dos Hospitais. Alguns dos conceitos comuns definidos por essas diretrizes são a determinação de atividades de mídia social, propriedade, consentimento informado e autorização, respeito à confidencialidade individual e organizacional, conformidade com leis de privacidade, respeito às leis de direitos autorais, separação de atividades pessoais e profissionais, divulgação de recusa de responsabilidade e conflito de interesses, leis e políticas relacionadas a registros médicos, cobertura de seguro contra erros médicos e termos de uso (NASERI BOORI ABADI; SHEIKHTAHERI, 2015).

Em relação a essas políticas, o site <http://socialmediagovernance.com/policies/> é o banco de dados públicos com mais políticas institucionais sobre esse tema. Em janeiro de 2018, o site incluía mais de 230 políticas de mídias sociais, sendo que nenhuma delas é de empresa brasileira. Em relação ao ambiente acadêmico, Greysen, Kind e Chretien (2010), fizeram uma pesquisa avaliando todas as universidades de medicina nos Estados Unidos (132), analisando por sua presença nas mídias sociais. Embora a grande maioria das universidades tem presença no *Facebook* (126), apenas 13 delas tinham políticas de mídia social e somente 7 delas encorajavam o uso responsável das mídias sociais.

Na relação mídias sociais e saúde, é importante abordar também a qualidade de da informação. Esse tema tem sido alvo discussões desde meados da década de 1990, quando a Internet se tornou acessível ao público. É importante analisar a publicidade direta de medicamentos por meio de mídias sociais, mas também se atentar as *Fake News* que nos dias atuais se tornaram cada vez mais comuns, principalmente na área da saúde (SACRAMENTO, 2018).

No Reino Unido, a recomendação é que os profissionais de saúde ignorem todas as solicitações de pacientes mandadas por meio de mídias sociais. Isso levanta um questionamento na medida em que é possível argumentar que, ao não responder a esses convites, os profissionais podem estar cometendo um ato de omissão, pois eles poderiam responder dúvidas por meio desse canal (*Twitter, Facebook, Blog*) (GRAJALES III et al, 2014).

Mais uma questão de destaque remete aos diferentes níveis de alfabetização digital e credenciais educacionais dos profissionais de saúde. Uma dúvida levantada em alguns estudos, por exemplo, é se a utilização de mídias sociais por enfermeiras deve ser diferente das dos médicos (MOUBARAK et al, 2010). Essa falta de conhecimento técnico faz com que alguns profissionais não saibam separar a sua vida pessoal e profissional e acaba, muitas vezes, evitando qualquer contato ou interação com os pacientes atuais ou anteriores. (DZENOWAGIS, CLAUSON, GRAJALES III, 2009).

Outra dúvida constante é sobre a utilização da telemedicina no atual cenário de mídias sociais. Na telemedicina, a prática é que os médicos sejam licenciados na instituição onde o paciente está recebendo tratamento (DZENOWAGIS, CLAUSON, GRAJALES III, 2009). Porém, a internet ultrapassa todas as fronteiras geográficas e tornam muito difícil isso acontecer, mesmo se o paciente revele seu endereço.

Mais um ponto a se abordar se refere aos termos de responsabilidades e negligência. De quem é a responsabilidade da informação provida no digital e como o provedor deve ser responsabilizado por essas recomendações relacionadas à saúde? (DZENOWAGIS, CLAUSON, GRAJALES III, 2009). Um grande desafio é a articulação de políticas adaptáveis às mudanças nas ferramentas sociais em constante evolução. No centro está a questão se as organizações profissionais preferirão monitorar e impor sobre todas interações digitais ou se darão liberdade para que seus membros possam exercer julgamento profissional e realizar investigação somente quando receberem alguma queixa (GRAJALES III et al, 2014).

Os governos também precisam identificar como é feito a gestão dos dados pelas empresas que os captam. É interessante refletir sobre a segurança e ética do processo de

aquisição de informação dessas ferramentas para que seja possível que as mídias sociais se tornem um local de interações digitais seguras e protegidas na área de saúde.

Outros questionamentos que podem ser feitos remetem à importância de mídias sociais abertas de produção colaborativa e de validação regulada pela comunidade, como a *Wikipedia*, e sua relação com fontes primárias acadêmicas e quais as importâncias éticas e legais dos produtores de conteúdo.

Em relação as questões éticas, a utilização de mídias sociais por hospitais tem várias restrições. Algumas delas são semelhantes ao das demais áreas, como falta de conhecimento das novas ferramentas, insegurança sobre como usá-las, barreiras impostas pelas organizações, recursos insuficientes e/ou falta de estratégia e diretrizes (SCHOENBERG, 2012). Em um hospital, as mídias sociais devem ser integradas a estratégia global de comunicação, focadas no alcance de metas claramente definidas. Além do mais, a capacidade de interação com o público precisa ser observada. As ferramentas oferecem aos hospitais possibilidade de melhorar suas políticas e processos com bases do feedback do paciente e a chance de criação de comunidade de pacientes (SCHOENBERG, 2012). Apesar disso, grande maioria, apresenta uma comunicação unilateral e que não dá atenção a resposta do paciente (THAKER, NOWACKI e MEHTA, 2011).

Em relação a comunicação interna, vários estudos mostram os aspectos benéficos das mídias sociais para os hospitais que facilitam as ações. No quesito de posicionamento, as mídias sociais são essenciais para construir a marca do hospital e ser usado, por exemplo, para recrutamento de novos projetos e pessoas (VAN DE BELT et al, 2012).

A conscientização e o uso das mídias estão crescendo em todo mundo, porém o contexto muda muito de acordo com o país (VAN DE BELT et al, 2012). Com exceção da Holanda e Reino Unido, a quantidade de hospitais que usa mídias sociais continua pequena, porém várias instituições começaram a usar o *LinkedIn* para recrutamento. Isso mostra que as organizações estão cientes do poder dessas novas mídias (VAN DE BELT et al, 2012). Pesquisas como esta proposta são necessárias para levar melhor cuidados a saúde, por meio da utilização dessas ferramentas em um cenário brasileiro, no qual as mídias sociais são amplamente utilizadas (CIRIBELI e PAIVA, 2011).

No que se diz respeito aos usos do Instagram na área da saúde, pode-se inferir que as postagens são principalmente educacionais / informativos e motivacionais / de suporte. A aplicação tem um grande potencial para servir como plataforma de mídia social em áreas visualmente ricas, como Dermatologia (KARIMKHANI et al, 2016), doenças infecciosas clínicas (GAUTHIER, SPENCE, 2015) e radiologia (GLOVER et al, 2015), devido ao seu forte,

embora não único, potencial de compartilhamento de fotos e vídeos. As vantagens visuais também foram documentadas na literatura, tais como na promoção do tabaco e uso de álcool (RICHARDSON e al, 2014) de mensagens pró-anorexia (CUSTER, 2015) e de alimentos não saudáveis, ricos em calorias, mas baixo em nutrientes (HOLMBERG, 2016). Yi-Frazier et al (2015) trouxeram o uso do Instagram em discussões relacionadas a doenças e compartilhamento de fotos para apoio, entre adolescentes com diabetes tipo 1. Outro estudo por Al-Eisa et al (2016) concluíram que o uso do Instagram com um programa de exercícios em casa como uma modalidade motivacional poderia ser atraente e eficaz para reforçar a adesão e manter uma nível adequado de atividade física. No entanto, Tiggemann e Zaccardo (2015) relataram que o Instagram imagens *fitspiration* (promoção de exercício e alimentação saudável para inspirar os seguidores a um estilo de vida) pode ter consequências não intencionais negativas para a imagem corporal de certos usuários, que são mais propensos a desenvolver aumento do humor negativo e insatisfação corporal e diminuição do estado aparência de autoestima após a exposição a essas imagens.

Plataformas de compartilhamento de fotos e vídeos, como o Instagram, também estão sendo usadas para troca de informações sobre crises de saúde pública, o Instagram continua sendo uma das ferramentas utilizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Centros dos EUA para Controle e Prevenção de Doenças e outros órgãos de saúde pública para disseminar mensagens de saúde pública visualmente ricas que educam e interessam ao público em geral, e para comunicação de risco durante crises de saúde pública e desastres naturais ou provocados pelo homem (BOULOS, GIUSTINI e WHEELER, 2016).

Uma outra e complementar perspectiva de análise sobre o uso de mídias sociais no campo da saúde traz o conceito de mídias sociais em medicina, tradução livre para *medical social media* (DENECKE, 2015, p. 3), tomado como um subconjunto das mídias sociais no qual os interesses dos participantes são especificamente direcionados a questões médica e de saúde.

Nesse sentido, o conteúdo em *medical social media* seria caracterizado por uma mistura de conhecimento de especialistas com o conhecimento leigo, ou experiências empíricas. Blogs baseados em tópicos primários relacionados a medicina ou a saúde são considerados blogs médicos. Os blogs médicos constituem uma parte muito importante da mídia pública sobre medicina, pois oferecem novos canais capazes de alcançar uma audiência médica maior e gerar novas possibilidades para produtores de conteúdos médicos disseminar informação relacionada a saúde.

Denecke (2015), acima referenciada, se pergunta sobre a informação e os dispositivos disponíveis para essa interação, e sobre como os pacientes e os profissionais de saúde podem ter benefícios com a utilização desses mecanismos. Além disso, ela avança apontando que esse conteúdo compreende dados e informação de saúde, tratamentos, remédios, experiências e melhores práticas providas por autores diferentes, com variadas intenções. Os indivíduos são os pacientes únicos, médicos ou profissionais de saúde. Em relação as organizações, compreendem hospitais, empresas da indústria de saúde, organizações de saúde e seguros de saúde.

Para estruturar os atores que estariam envolvidos nesse ambiente, Denecke (2015) toma um trabalho de Eysenbach (2008) que identificou três personas da Web 2.0, quando aplicadas na saúde: pacientes, profissionais de saúde e pesquisadores biomédicos. Essas personas fornecem informações baseadas em evidências ou experienciais sobre doenças, tratamentos e medicamentos a partir de suas perspectivas.

Essa breve descrição de alguns dos pontos discutidos na literatura científica sobre o uso de mídias sociais no campo da prática em saúde, claramente, aponta para a recenticidade da temática, com um amplo leque de perspectivas, ainda com a carência de estudos mais sistematizados ou mesmo de orientações metodológicas mais sólidas que permitam investigar as inúmeras questões de forma mais sistematizada e comparativa. Combinam-se perspectivas organizacionais do uso de mídias sociais, voltadas para análise tanto da transparência como do marketing digital, como perspectivas mais voltadas a identificar o uso de mídias sociais pelos profissionais, grande parte das vezes com o foco principal na mídia, e não necessariamente na intencionalidade do uso e na resolutividade da ação. Entende-se, portanto, ser oportuno um olhar exploratório em ambiente hospitalar no Brasil, ganhando indícios que permitam avançar no entendimento da temática.

Nesse sentido, na presente dissertação, indaga-se, especificamente, sobre o uso de mídias sociais por hospitais de alta densidade tecnológica, no caso, hospitais de alta complexidade no Brasil.

3. HOSPITAIS NO BRASIL: UM BREVE CENÁRIO

No presente capítulo será traçado um breve sumário da inserção de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente a partir da Rede de Atenção à Saúde – RAS.

Com o compromisso de aprimorar a saúde dos brasileiros, o Sistema Único de Saúde - SUS tem o dever de propiciar uma ampla gama de serviços, que abrangem ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, desde a pequena unidade da saúde da família até o hospital especializado de grande porte, desde a vacinação até o transplante de órgãos. Cada serviço que o SUS oferece, possui propriedades próprias, com técnicas específicas, desde abordagens comportamentais até o uso intensivo de equipamentos, com diferentes graus de complexidade. O hospital é um desses pontos.

Araújo (2013, p.30) traça, em sua tese de doutorado, o histórico dos hospitais. Segundo a autora, “O termo hospital tem suas origens no vocábulo hospes, cujo significado era convidado ou hóspede. Por muito tempo, derivações deste termo, como por exemplo, hospitalis (ser hospitaleiro) e hospitium (lugar onde hóspedes eram recebidos), compartilharam com outros termos, como nosocomium (lugar ou asilo de enfermos), a responsabilidade por denominar o local onde pessoas com alguma enfermidade eram acolhidas para tratamento.”

A referida autora aponta ainda que a instituição hospital sofreu inúmeras mudanças conceituais e organizacionais ao longo dos séculos, em resposta não apenas às mudanças sociais e políticas, mas também às mudanças no e sobre o conhecimento médico. A partir do século IV, quando o foco era cuidar da saúde, em pequenas construções para o abrigo de doentes, até o século XX e XXI, quando e onde evoluiu para o curar, ensinar e buscar a cura e a melhoria do sistema nacional de saúde. Ao longo desse período, o processo de medicalização tomou conta do hospital, e isso se deveu, basicamente, à conquista de um maior grau de legitimidade social pela classe médica, tornando-se mais influente nos debates sobre as questões de saúde. Por outro lado, fortaleceu-se uma nova concepção teórica sobre o processo saúde-doença que redundou em uma mudança da prática médica: a doença é entendida como um fenômeno natural, obedecendo a leis naturais, e nasce do ambiente para o indivíduo. (Araújo, 2013, p.35)

Ao longo do século XX, os hospitais deixaram de ser um local associado à morte, para se tornarem um lugar de cura. Assim, o hospital ganha, assim, um lugar de destaque na medicina moderna como principal cenário dos cuidados de saúde. Essa centralidade acabou orientando a construção de hospitais de grande porte, os grandes centros de referência, que povoaram a

Europa nos anos de 1950. A Declaração de Alma Ata, nos anos setenta do século XX, coloca a saúde como um direito de todos e incorpora à abordagem biológica da saúde a social, e a assistência à saúde passa a ter o caráter cada vez mais interdisciplinar, demandando a integração de profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Neste contexto, Neto, Barbosa e Santos (2008) afirmam que os sistemas nacionais de saúde passaram por profundas transformações ao longo das últimas décadas, não apenas no tocante as suas orientações políticas, padrões de financiamento e princípios e diretrizes relativos à organização da rede de serviços, mas também quanto ao modelo de atenção à saúde adotado.

Segundo Araújo (2013, p.36):

“(...) vivemos um momento de formação de um novo modelo de hospital, que agora se integra a uma rede diversificada de serviços de saúde. Este novo hospital de ação mais restrita volta-se para o atendimento dos casos mais graves e intensivos de saúde. Em contrapartida, aumentam suas responsabilidades com o sistema de saúde, fazendo parte de suas atribuições também o desenvolvimento da educação permanente, a formação de profissionais especializados, treinamento em gestão em saúde e ainda servir como espaço para desenvolvimento de pesquisa e avaliação de novas tecnologias em saúde [...] e o colocaram como uma peça chave (mas, não a única) do sistema nacional de saúde.

A Declaração de Alma Ata, que defende uma ação urgente de todos os governos para proteger e promover a saúde de todos as pessoas teve profundas repercussões mundo afora. No Brasil, o direito constitucional à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS expressam, em suas origens, os compromissos necessários apontados na referida Declaração.

Na organização do SUS, a tríade governos federal, estadual e municipal é responsável pelo conjunto de ações e serviços de saúde que, segundo a Constituição de 88 instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS, os quais são responsáveis pela descentralização (com direção única em cada esfera de governo); atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais), e participação da comunidade (BRASIL, 1988). A iniciativa privada atua de forma complementar ao SUS.

Para a sustentabilidade do sistema, tornou-se imperiosa a organização de redes assistenciais articuladas que deem conta da evolução do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, facilitando mecanismos que garantam a continuidade dos cuidados de saúde e reduzindo os incentivos perversos de duplicação de ações e estímulos aos desperdícios decorrentes de um parque assistencial desarticulado e competitivo. A Constituição de 1988 já

determinava a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços de saúde devem conformar uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional.

Segundo Paim (2009, p.48), a descentralização do SUS, formando uma rede, possibilita que “os serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados enquanto os serviços especializados se apresentam mais concentrados e centralizados” dando autonomia aos entes estaduais e municipais, sendo o Ministério da Saúde o ponto central de coordenação do sistema. Este formato permite que as diferenças culturais e geográficas entre os Estados sejam respeitadas, atendendo assim a população da melhor forma possível (PAIM, 2009). Dessa maneira, os municípios podem gerir os problemas de saúde que aparecem em contexto local. Como pontua Paim em seu texto, a atenção básica é o primeiro ponto de contato dentro do SUS. É nela que os problemas mais simples são resolvidos, de forma mais rápida e eficiente. (PAIM, 2009). A hierarquia, destacada na legislação do SUS, diz respeito aos processos de atendimento; inicialmente o paciente é atendido na atenção básica, passando para os serviços especializados caso o problema seja de média ou alta complexidade. Esses serviços podem ser estruturados pelo município ou regionalmente, de acordo com o porte ou necessidade do município (PAIM, 2009).

A Portaria GM/MS nº 4.279 de 31/12/2010, o documento de referência contendo as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde - RAS no âmbito do SUS, de 2012, orienta como a RAS deve se organizar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesse sentido, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Segundo a Portaria, o objetivo das RAS é promover a integração do Sistema, incrementando seu desempenho em termos de acesso, eficácia, eficiência e equidade. Para que as RAS possam funcionar plenamente, é necessário considerar alguns fundamentos tais como: economia de escala, suficiência, qualidade, acesso e disponibilidade de recursos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Segundo a RAS, o Governo centraliza as necessidades de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), que fica responsável em fornecer atenção contínua e integral, com profissionais diversificados, respeitando as especificidades do território e da população. A APS fica, assim, caracterizada como o primeiro nível de atenção, a atenção primária, que se realizam em

unidades básicas de saúde, ambulatórios, centros de apoio psicossocial (CAPs), serviços de hemoterapia e hematologia, entre outros. Os hospitais, por seu lado, podem abrigar diferentes pontos de atenção, tais como ambulatório, maternidade, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva. Segundo Aguiar (2017), cada ponto de atenção à saúde tem sua importância para que a RAS possa funcionar plenamente. As diferenças entre eles recaem sobre os requisitos para seu funcionamento, como infraestrutura e equipamentos. Esse entendimento sobre as RAS e da APS está em sintonia com os parâmetros do SUS que, tendo como uma de suas diretrizes a descentralização político-administrativa, permite que cada esfera de governo participe das ações do Sistema.

Na construção das redes de atenção é importante considerar os conceitos de integração vertical e horizontal. Na integração horizontal, as unidades de serviço de saúde da mesma natureza ou especializadas, estão agrupadas as unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade, com o intuito de ampliar o atendimento e otimizar o atendimento e as atividades, evitando despesas desnecessárias e aumentando as ações da unidade. Na integração vertical, estão diferentes serviços de saúde, cada um com a sua especialidade, formando assim o sistema de atendimento à população. (BRASIL, 2010)

Entretanto, o processo de construção do SUS ao longo da década de 1990, em um contexto político e econômico adverso, privilegiou a expansão das bases municipais de ações e serviços de saúde em consonância com a diretriz de descentralização. O debate em torno da busca por maior integração para as ações e serviços de saúde adquiriu nova ênfase apenas no início da década de 2000, a partir das reflexões relativas ao aprofundamento do próprio processo de descentralização, na medida em que as reflexões convergiram para a necessidade de definir o espaço regional como locus essencial de construção do SUS.

Essa diretriz partiu da constatação de que a maioria dos municípios não tem, isoladamente, condições de garantir oferta integral a seus cidadãos. Recentemente, o Decreto 7.508/2011 regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), estabelecendo novas estratégias e instrumentos para a consolidação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011). É possível conceber as redes de atenção como uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade do cuidado. Redes de atenção à saúde correspondem a conjuntos de serviços de saúde, de hierarquias recíprocas, com missão e objetivos comuns que se articulam de modo

cooperativo e interdependente, para oferecer atenção contínua e integral a determinada população.

Segundo o Ministério da Saúde (portalms.saude.gov.br), a assistência hospitalar no SUS é organizada a partir das necessidades da população, a fim de garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente. De forma integrada à RAS, e junto a outras políticas intersetoriais, a Assistência Hospitalar tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e transparência.

Os hospitais têm diferentes pontos de atenção, tais como ambulatórios, maternidade, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva. Cada tipo desses pontos de atenção é necessários para que a RAS possa funcionar de maneira correta. A grande diferença entre eles tem a ver com aspectos como infraestrutura e equipamentos. Essa compreensão sobre as RAS e da APS está em sinergia com os parâmetros do SUS que, por ter como uma de suas diretrizes a descentralização político-administrativa, permite que cada parte do governo participe das ações do Sistema (BRASIL, 1990).

Esse tipo de atuação, hierarquizada e regionalizada, foi implantada com a intenção de prover aos estados e municípios autonomia para gerenciar a saúde local, segundo as necessidades de sua população. Compreende-se que os serviços mais básicos devem ser mais disseminados e descentralizados, enquanto os serviços mais especializados, tenham a dinâmica contrária, pois são mais centralizados (PAIM, 2009). Dessa maneira, os municípios podem gerir os problemas de saúde que aparecem em contexto local. Como pontua Paim em seu texto, a atenção básica é o primeiro ponto de contato dentro do SUS. É nela que os problemas mais simples são resolvidos, de forma mais rápida e eficiente. (PAIM, 2009). A hierarquia, destacada na legislação do SUS, diz respeito aos processos de atendimento; inicialmente o paciente é atendido na atenção básica, passando para os serviços especializados caso o problema seja de média ou alta complexidade. Esses serviços podem ser estruturados pelo município ou regionalmente, de acordo com o porte ou necessidade do município (PAIM, 2009).

A Portaria 3390, de 30 de dezembro de 2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS e, no seu artigo 3º define o hospital como instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas

que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Portaria de Consolidação nº 2, publicada em 28/07/2017 (<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-consolidada.pdf>), instituiu a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em seu Art. 4º, registra-se que os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS locorregional, Define ainda que os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS. Adicionalmente, o Art. 6º cita que uma das diretrizes da PNHOSP é a participação e controle social no processo de planejamento e avaliação.

Os hospitais de ensino (HE) que se constituem como os serviços mais onerosos e de alta complexidade do SUS. Os HE são classificados em hospital universitário, hospital escola e hospital de ensino auxiliar. O primeiro é ligado ou gerido à universidades e o segundo pela escola de medicina, enquanto o terceiro é organizado por uma instituição de ensino superior (BITTAR e MENDES, 2018). O setor da saúde está sujeito às implicações das transições demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, socioculturais, geopolíticas e mesmo climáticas, resultando em novas e mais onerosas demandas ao sistema. Essas condições adicionam a importância dos HE em atividades de pesquisas e ensino de novas habilidades e na construção de estratégias de médio e longo prazo que tornem o SUS sustentável.

São organizações exponenciais devido à constante e intensa ruptura e inovação da tecnologia utilizada. Essas instituições possuem custos elevados fixos para o capital investido em área física específica, equipamentos cuja tecnologia é rapidamente renovada, profissionais de notória especialização, gastos com pesquisa e educação, alto consumo de insumos, utilidade pública e itens de manutenção, maior tempo de permanência hospitalar e menor rotatividade de leitos. Existem no país (ligados ao SUS) 200 HE certificados, dos quais 51 estão no Estado de São Paulo, 11 pertencentes ao Governo do Estado. Em 2017, os 51 HE admitiram cerca de 710 mil pacientes (28,5% das internações nas 614 unidades de internação do SUS / SP). A média de procedimentos de alta complexidade no SUS / SP é de 8,4%; em HE, é 18,4%. O valor médio

de internação por HE é duas vezes maior que o valor de internação de outros hospitais do SUS / SP, segundo a tabela do SUS, que tem valores muito desatualizados. (BITTAR e MENDES, 2018).

Os hospitais são também caracterizados por sua forma de contratualização, segundo o Art. 36 da mesma Portaria. Hospitais públicos, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais; hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS; hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS; demais hospitais privados sem fins lucrativos; e hospitais privados com fins lucrativos.

No recente estudo *Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030*⁸ é apontado que em termos de organização dos serviços de saúde, tanto na provisão ambulatorial quanto na hospitalar, é possível visualizar três grandes conjuntos de ações e serviços institucionalmente reunidos sob o SUS, porém com baixa articulação gerencial e coordenação clínica: a atenção básica, formada pelo programa de agentes comunitários de saúde, pela ESF e pelas unidades básicas e ambulatoriais hospitalares; a média complexidade, formada por unidades ambulatoriais e hospitalares especializadas públicas e privadas; e as redes de alta complexidade de referência nacional em várias especialidades médicas (cardiologia, neurologia, oncologia, nefrologia, oftalmologia, entre outras). De forma geral, esses três subsistemas de provisão correspondem a configurações específicas de estruturas de oferta (mix público-privado), densidade tecnológica dos fatores de produção, responsabilidade territorial, formas de acesso e alocação de recursos financeiros e modalidades de pagamento a unidades prestadoras de serviços de saúde, temas que serão tratados em outros capítulos.

Em cada um desses três grandes conjuntos, a distribuição territorial da oferta tem uma configuração específica, mas compartilha características como a expressiva concentração nas capitais de estado e a significativa desigualdade ao longo do território nacional. As principais redes de ações e serviços de saúde estão disponíveis nas capitais dos estados brasileiros, e alguns serviços que exigem maior nível de especialização profissional, equipamentos mais complexos e insumos mais caros estão localizados apenas em algumas capitais.

Como apontado, a rede hospital se caracteriza como de média ou alta complexidade. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do MS, define média e alta complexidade em saúde como dimensões que se complementam, em nível crescente, em densidade tecnológica e perfil

⁸ <https://apsredes.org/sus-30-anos/>

multiprofissional. Segundo relatório do CONASS (2011, p.12) (http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf), a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Os procedimentos de média complexidade, presentes no do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA) são os que se seguem: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

No mesmo documento, encontra-se a seguinte definição de alta complexidade:

“Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2009).

Cabe aos gestores estaduais e municipais do SUS a integração dos serviços de saúde no sistema, segundo suas normas vigentes, por meio de seu credenciamento ou habilitação, tornando-os serviços públicos de saúde. Os serviços, para serem credenciados ou habilitados para a prestação de serviços de média ou de alta complexidade, podem ser federais, estaduais ou municipais, da administração direta, indireta ou fundacional. A iniciativa privada pode participar do SUS, de forma complementar, com preferência para as entidades filantrópicas. A participação se dá mediante convênio (serviços filantrópicos) ou contrato de prestação de serviços de saúde (entidades lucrativas) firmado com o gestor do SUS (estadual ou municipal). Integrados ao SUS, as entidades privadas submeter-se-ão a regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor público correspondente, conforme as atribuições pactuadas nos Termos de Compromisso de Gestão. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), é o órgão responsável pela publicação da habilitação do serviço no Diário Oficial da União e inclusão dessa habilitação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). A Portaria SAS/MS n. 629/2006 descentraliza para os gestores estaduais e municipais a habilitação de alguns serviços no CNES. (CONASS, 2011, p.29).

Dada essa aproximação com as tecnologias, e o compromisso com uma atuação de ponta, toma-se aqui esses hospitais de alta complexidade como aqueles que, preferencialmente, fariam uso de mídias sociais. Essa premissa se fundamenta, por um lado, no compromisso que o SUS abraça com a participação e o controle social. Se, como mencionado no Capítulo anterior, o uso de mídias sociais para buscar informação em saúde é crescente no Brasil, em sintonia com o que ocorre em perspectiva internacional, é oportuno perguntar se e como esses hospitais se beneficiam desse tipo de visibilidade e interação com a sociedade.

No próximo capítulo é apresentado um referencial teórico-conceitual básico que fundamenta o uso de mídias sociais por hospitais, particularmente em perspectiva internacional, devido a escassa literatura no Brasil, o que caracteriza o projeto com o pioneiro no Brasil no estudo de Mídias Sociais me Hospitais.

4. HOSPITAIS E MÍDIAS SOCIAIS: UM CENÁRIO INTERNACIONAL

Embora as mídias sociais já tenham uma trajetória de discussão teórica-conceitual de mais de uma década na academia, a inserção das mesmas no campo da saúde é não só mais recente, mas também mais controverso. O livro recém lançado de Deborah Lupton, “*Digital Health*” (2017, p.i), eminente e reconhecida pesquisadora das mídias sociais, traz na sua apresentação:

“This is the first book to articulate a critical response to the techno-utopian and entrepreneurial vision of the digital health phenomenon. Deborah Lupton, internationally renowned for her scholarship on the sociocultural and political aspects of medicine and health as well as digital technologies, addresses a range of compelling issues about the interests digital health represents, and its unintended effects on patients, doctors and how we conceive of public health and healthcare delivery.”

Igualmente, o livro “*Participatory health through social media*”, editado por Syed-Abdul, Gabarron e Lau (2016), reúne contribuições de especialistas europeus que se propõem a fazer um síntese sobre o como as mídias sociais tem se colocado no campo da saúde. Aqui, a perspectiva principal se dá pelo caráter inclusivo e participatório que tais tecnologias trazem para o campo da saúde. Reconhece-se que os pacientes representam não só uma voz valiosa, mas oportuna e apropriada para a saúde que se busca fazer no século XXI. O relatório *Best Care at Lower Cost* (<https://www.nap.edu/read/13444/chapter/1#xvii>), ainda no início dos anos 2000, cita que, entre os quatro pilares de um sistema de saúde sustentável, as Parcerias medico/paciente e a busca por “Pacientes Engajados, Capacitados”.

In the past, physicians and scientists were trained to only trust major “arteries” of information, clearly identifiable and highly predictable journals. Today, social media act like capillaries: countless pathways with no centralized control. Patients and clinicians of the future—and the best ones today—must understand how the pipelines of social media can bring value, and how to make the most of it. Read and learn. (deBronkart 2016, p. xix)

O cenário traçado por Lupton (2017) aponta para um crescimento vertiginoso das tecnologias digitais no campo da saúde, tanto pública como privada, o que tem apontado para algumas importantes transformações no fazer de saúde. A referida autora aponta, entre outras dimensões, para uma digitalização do cidadão saudável e para uma crescente incorporação das tecnologias nos corpos. Aponta ainda para o campo da *big digital health data*, ou, a crescente captura de dados dos indivíduos, que se colocam como um grande conjunto de *bit* e *bites* disponível para análise nos mais diversos equipamentos de ponta.

O que, por certo, parece real, tanto nos países do norte como nas partes mais ricas da Ásia, é que diversas dimensões do cotidiano das instituições de saúde têm sido reconfiguradas por meio das tecnologias digitais, que são cada vez mais facilitadas pela disponibilidade de dispositivos móveis e pelo crescimento das redes *wi-fi* de acesso à Internet. Indo além, as relações pessoais, as famílias, as atividades de lazer, a educação, as empresas, a segurança e a economia têm sido influenciadas fortemente pelos meios e dispositivos digitais (LUPTON, 2017). Por certo, o campo da saúde e da medicina não poderia ser diferente.

Por certo, o uso de mídias sociais para uso pessoal e àquelas relacionadas à saúde, tanto por pacientes como por médicos, está em ascensão. Esse cenário compõe um pano de fundo onde fica claro que o uso crescente das mídias sociais podem fornecer uma plataforma para imprimir outros modos de agir nos pacientes: eles podem não só ter acesso a um grande volume de informação de sua própria saúde, e podem ainda compartilhar suas experiências. As mídias sociais oferecem a oportunidade e possibilidade de usar plataformas *online* para interações em torno de vários tópicos de saúde relacionados, por exemplo, à educação do paciente, à promoção da saúde, as relações entre sociedade e instituições de saúde e, não menos importante, para comunicação em tempos de crise. Um aspecto importante das mídias sociais, na perspectiva da comunicação em saúde, é fornecer apoio social e emocional valioso para o público em geral e para os pacientes. Os pacientes podem compartilhar suas experiências por meio de fóruns de discussão, salas de bate-papo e mensagens instantâneas, ou consultas on-line com um clínico qualificado (SYED-ABDUL et al., 2016)

Igualmente, médicos também vêm usando as mídias sociais para promoção saúde e a educação dos pacientes. Os médicos escrevem no Twitter, criam postagens em blogs, gravam vídeos e participam de fóruns de discussão específicos de doenças com foco na educação do paciente. Esses fóruns oferecem uma oportunidade importante para os médicos distribuírem informação baseadas em evidências, atuando principalmente para combater materiais imprecisos publicados na Internet (SYED-ABDUL et al., 2016).

As mídias sociais têm quebrado paradigmas por meio das suas inovações. Hoje por exemplo, é muito fácil achar conteúdo na web que possibilitam um autodiagnóstico. Outra prática muito comum é a utilização de aplicativos de troca de mensagem para que os médicos e os pacientes possam interagir remotamente. Além disso, hoje existem mídias sociais próprias para a área da saúde devido ao grande fluxo de comunicação, como a Patients Like Me. (FROST, MASSAGLI, 2009)

A literatura tem registrado, ainda, que os estímulos comunicacionais que vêm a que vem sendo expostos os usuários da saúde, e à população em geral, são muitos e por isso há

uma disputa das instituições de saúde pela atenção das pessoas, o que coloca em cena hospitais, prestadores de serviços de saúde, seguradoras de saúde, empresas de tecnologia farmacêutica e médica, associação de apoio ao paciente, agências governamentais e vários produtores de *apps* de saúde. Várias dessas empresas desenvolvem parceria entre si de modo que as fronteiras entre o governo, o empregado e a empresa tornam-se difíceis de serem diferenciadas. Existem algumas tecnologias digitais utilizadas para fins médicos e de saúde. São elas (SYED-ABDUL et al., 2016):

- ✓ Sites relacionados a saúde e medicina, wikis, aplicativos, sites de mídias sociais que fornecem informações, suporte, conselhos e produtos para leigos e oportunidades de comunicação entre profissionais;
- ✓ E-mail, aplicativos de mensagens de pacientes para profissionais de saúde, ou de profissionais para profissionais, ou da instituição com o *target*;
- ✓ Mecanismos de buscas como o Google, para encontrar informações de saúde;
- ✓ Aplicativos de saúde nos quais é possível compartilhar um perfil particular de saúde e construir comunidades;
- ✓ Dispositivos digitalizados para distribuição de produtos farmacêuticos ou para regular / melhorar funções corporais (implantes cocleares, monitores cardíacos, bombas de insulina, pílulas digitais e assim por diante);
- ✓ Dispositivos de autocontrole e autocuidado do paciente, aplicativos e acessórios para *smartphones* e objetos “inteligentes” incorporados a biossensores digitais que coletam informações detalhadas sobre corpos humanos;
- ✓ Sistemas de resposta a emergências usados para alertar cuidadores ou profissionais de saúde se o usuário tiver uma emergência médica em casa;
- ✓ Sistemas de imagem digital para diagnóstico médico, incluindo tecnologias como ferramentas de análise genômica, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética;
- ✓ Informática em saúde para instituições de saúde: registros eletrônicos de pacientes, sistemas de triagem e reserva, diagnóstico, avaliação de risco e software de tomada de decisão, pagamento online e sistemas de pessoal;
- ✓ Sistemas digitais de vigilância de doenças;
- ✓ Tecnologias e aplicativos de console de jogos para atividades físicas e de promoção da saúde;

- ✓ Realidade virtual e tecnologias de realidade aumentada para a educação do doente, diagnóstico, terapias para a saúde mental e condições de mobilidade, simulação cirúrgica e formação profissional em saúde;
- ✓ Cirurgia robótica;
- ✓ Tecnologias de impressão tridimensional (3D) para cirurgia, próteses e educação do paciente, e
- ✓ Monitoramento ambiental baseado em sensores, desenvolvimento comunitário e iniciativas de ciência cidadã.

Alguns prestadores de serviço de saúde têm utilizado as mídias sociais, blogs e outras ferramentas de fóruns online para produzir conteúdo com informações sobre os seus serviços, saúde preventiva e alguns tratamentos médicos no geral (GRIFFIS et al, 2014).

Em relação as mídias sociais, Adams (2016), divide o uso das mídias sociais em três tipo de envolvimento entre paciente e público: 1) Na distribuição de informações aos pacientes e público, 2) Na coleta de informações de paciente e do público, 3) Na facilitação da interação entre pacientes e pacientes e provedores.

Na distribuição de informações aos pacientes e ao público, tem-se uma enorme mudança nos últimos 30 anos e a maneira de comunicar se tornou totalmente diferente, não apenas nos serviços de saúde, mas também nas informações relacionadas a saúde (HARDEY, 1999 e CLARK et al, 2007). Os pacientes agora são vistos como clientes das instituições de saúde e isso faz com que a transparência seja mais requisitada, o que melhora a qualidade do atendimento e dá ao cidadão mais controle de todo seu processo de cuidado.

Isso faz com que as instituições de saúde sofram pressão para que estejam na web e produção conteúdo sobre as suas ações. Na Holanda, os centros médicos acadêmicos implementaram diretrizes rígidas para seus funcionários no que diz respeito à publicação de informações em sites de blogs ou via Twitter (ADAMS, 2016). Tais políticas lembram os profissionais que, quando publicam informações na Web em contexto profissional, isso também reflete sobre a organização e ainda os incentiva a pensar sobre as associações que podem ser feitas, bem como manter postagens profissionais e personas online separadas das postagens privadas. Embora a maioria dos profissionais tenha aprendido algumas regras, por exemplo, para não aceitar solicitações de “amigo” de pacientes em sites de redes sociais e também de estar ciente de quem está (ou pode estar) seguindo o que eles escrevem em um feed do Facebook ou blog pessoal, eles também percebem que os limites entre profissional e pessoal nem sempre são tão claros como as diretrizes podem sugerir (ADAMS, 2016).

Em países como os o Reino Unido e os dos Países Baixos, o governo vê como essencial a utilização de mídias sociais para manter o público informado sobre todas as notícias e eventos. Nesses países, os institutos de saúde pública encontram a necessidade de se posicionarem em mídias sociais para se tornarem fontes confiáveis de informações.

Em relação a coleta de informações, as mídias sociais pelas instituições e autoridades de saúde possibilitam um retorno mais rápido sobre conteúdo, ações e serviços dos hospitais. A mineração de dados baseada em conteúdos através das redes sociais pode auxiliar na vigilância das doenças (BERNARDO et al 2013), mas também inclui a gestão de crises das organizações. Um exemplo é o Instituto Holandês de Saúde Pública e Meio-Ambiente, que está desenvolvendo programas para minerar postagens em plataformas comunitárias (fóruns) em tempo real. A velocidade com que o monitoramento pode ocorrer e as tendências que podem ser identificadas são as maiores vantagens percebidas desse uso das mídias sociais para coletar informações sobre a saúde pública. As autoridades de saúde pública podem agir mais rapidamente, fornecendo informações específicas ou intervindo em locais específicos, se necessário (ADAMS, 2016).

Uma das vantagens percebida desse uso das mídias sociais é a capacidade de captar sinais sobre, por exemplo, a qualidade do atendimento, que de outra forma permaneceria não revelado. Essas informações aumentam a capacidade de resposta às preocupações do cliente e a transparência das informações sobre o desempenho. No entanto, em países como a Holanda, tem havido muita crítica desses sites. Os profissionais de saúde e autoridades têm, cada vez mais, questionado se a web é a saída mais adequada para esse tipo de informação.

As mídias sociais também têm o papel de facilitar a interação, especialmente dentro dos relacionamentos existentes, de várias maneiras, dentro de um relacionamento profissional específico com o paciente, de médico para paciente, (Doctor to Patient - D2P), comunidades paciente-paciente (P2P), e recrutamento para pesquisa e para o paciente geral / educação pública (ADAMS, 2016). As desvantagens percebidas, no entanto, são limites para a habilidade do paciente em utilizar esses sites. Eles podem não entender todas as funcionalidades as mídias sociais ou serem limitados por sua doença ou impedidos por outros fatores.

Uma das principais vantagens percebidas em iniciar esses tipos de atividades são a capacidade de fornecer uma melhor educação ao público sobre o que acontece em um hospital, bem como mostrar a evolução das técnicas de medicina aplicadas no local. As desvantagens percebidas são, como mencionado acima, questões relacionadas a privacidade e confidencialidade. Há também preocupações sobre a ideia de mercantilização das experiências do paciente. Instituições e médicos ganham notoriedade através de suas trocas nessas

plataformas, o que significa que, sob o pretexto de atendimento centrado no paciente, há muito benefício da saúde.

Um dos grandes desafios das organizações de saúde tem sido compreender o uso das mídias sociais pelos pacientes. São necessários estudos mais focados para entender a interação entre os atores da saúde. Outro grande desafio é o de manter, anunciar e atualizar os sites de mídia social. Vários hospitais ainda não fizeram investimentos nessa área e acabam abundando e negligenciando suas mídias sociais. Porém, há evidências que o uso de mídias sociais por hospitais e profissionais de saúde levam a melhorias na prestação e cuidados de saúde. (ADAMS, 2016).

Os profissionais e as instituições de saúde podem gerar muito material e construir redes sociais na web muito mais do que anteriormente. Os trabalhadores da área da saúde vêm constantemente interagindo uns com outros e, compartilhando conhecimento em diversas plataformas de mídias sociais. O LinkedIn, por exemplo, oferece diversas oportunidades de trabalho e também de aproximação de pessoas que tem os mesmos interesses de conteúdo que o seu. (ANTHEUNIS, TATES, NIEBOER, 2013). As organizações de saúde e as empresas tem visto nas mídias sociais a possibilidade de engajar mais com os clientes atuais, gerar mais de manda e aumentar o alcance da marca melhorar a reputação. Essas instituições têm percebido que elas podem ser prejudicadas ou promovidas dependendo do conteúdo que os pacientes compartilham na internet sobre os seus serviços online. (KOTLER, 2017). Vários hospitais, atualmente, têm diversas mídias sociais, como Facebook, Instagram e LinkedIn e essas redes tem papel fundamental nas estratégias de comunicação e relações públicas. Por exemplo, nos EUA 95% das organizações de saúde usam as mídias sociais como parte de várias atividades de relacionamento com a comunidade. (HARDEY, 1999). As mídias sociais influenciaram positivamente na visibilidade e na imagem das instituições e também foram essenciais no aumento do envolvimento com o paciente. Como resultado, 12,5% das organizações de saúde americanas pesquisadas atraíram com sucesso novos pacientes através do uso de mídias sociais (GRAY e HARRISON, 2005)

Griffis et al. (2014) assinam um artigo apontado como seminal sobre o uso de mídias sociais por hospitais. Tomando como universo hospitais norte-americanos, os autores revisaram o uso das seguintes plataformas: Facebook, Yelp, Twitter, and Foursquare. Do total de 3371 hospitais identificados, a adoção das mídias variou entre plataformas, com 3351 (99,41%) usando Facebook, 1713 (50,82%) Twitter, 3351 (99,41%) Foursquare e 3342 (99,14). %) com uma conta Yelp. No geral, 1699 (50,40%) hospitais tinham contas em todas as 4 plataformas. Poucos hospitais (42), ou 1,25% do total analisado, usaram apenas 1 ou 2 tipos de plataforma

de mídias social. Os hospitais maiores, urbanos, sem fins lucrativos, e de ensino, tinham significativamente mais utilização das mídias sociais (todas as 4 plataformas) em comparação a outros perfis de hospitais analisados. A magnitude da atividade de mídia social aumentou com o tamanho do hospital, significativamente para o Facebook. Os hospitais privados com fins lucrativos tiveram significativamente menos curtidas no Facebook em comparação com os hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos em comparação com os hospitais públicos, e essa associação foi a mesma para o número de seguidores no Twitter.

Os acima referidos autores demonstram que a adoção pelos hospitais variava de acordo com a plataforma de mídia social, com mais contas geradas em hospitais no Facebook do que no Twitter, e mais contas geradas pelo público para o Foursquare e o Yelp. Como a adoção neste contexto reflete se um hospital estabeleceu ou não uma conta, a utilização (medida por likes e seguidores) permite uma melhor compreensão de como os hospitais estão usando ativamente suas contas e o quão ativamente o público está respondendo ao seu conteúdo. Embora o estudo não tenha permitido identificar qual plataforma pode conectar melhor os hospitais aos pacientes e para que finalidade, é provável que os usuários continuem interagindo com os hospitais através das mídias sociais, mesmo com a introdução contínua de novos portais de mídia social, como Instagram e Snapchat.

Richter et al (2014) estudaram diretamente como os hospitais utilizam as mídias sociais e as suas ferramentas para tornarem melhores os serviços hospitalares. A grande maioria dos pesquisados usava o Facebook como um canal para educação de pacientes, reconhecimento de funcionários e compartilhamento de informações de reconhecimento hospitalares, como por exemplo, prêmios. Os autores descobriram que as mídias sociais podem ajudar a melhorar os esforços de melhoria de qualidade.

Dorwal et al (2016) estudaram o uso do WhatsApp em um departamento de gestão de um laboratório hospitalar para melhorar a comunicação entre os funcionários. Especificamente, os autores descobriram que houve uma melhoria significativa na comunicação na forma de compartilhamento de fotos, informações sobre acidentes, plantões, assuntos acadêmicos, alertas e informações organizacionais. Johnston et al (2015) estudaram o uso de WhatsApp para melhorar a comunicação entre equipes cirúrgicas no ambiente de emergência. Os autores chegaram ao resultado de que o WhatsApp era uma ferramenta de comunicação segura em um ambiente de emergência. Esses dois estudos mostram que a utilização de Mídias, como o WhatsApp, para a comunicação hospitalar, podem trazer benefícios a comunicação.

Um dos grandes desafios das organizações de saúde está relacionado a compreensão do uso de mídias sociais pelos seus pacientes. Postagens na página do Facebook ou apenas uma

página do LinkedIn não mostra um uso significativo. Níveis mais altos de interação são necessárias entre o paciente e a instituição de saúde e estudos para analisar essas interações devem ser conduzidos. Outro desafio importante é o direcionamento de recursos para projetar, manter e anunciar nos sites de mídias sociais. Grande parte das organizações de saúde ainda não fazem investimento suficiente nessa área, e algumas estão abandonando e negligenciando esse meio de comunicação, especialmente aquelas que não veem resultados financeiros com as ações. Contudo, o potencial para envolvimento por meio das mídias sociais continua sendo uma grande oportunidade para que as organizações de saúde engajem com sua comunidade e comercializem seus serviços.

Nos EUA, embora os hospitais tenham conseguido adotar as mídias sociais em seu modelo de prestação de serviço, em outros países, principalmente aqueles com pouca penetração da Internet e uso de mídia social, podem não serem beneficiados com essas ferramentas. Além disso, há questões relacionadas às preocupações de privacidade e segurança dos pacientes, especialmente em países onde não há leis de privacidade de assistência médica que protejam identidades de pacientes.

Para que o processo de mídias sociais sejam implantados com eficácia é necessário um modelo de negócios sustentável. Por exemplo, é necessária a contratação de pessoal, conhecimentos técnicos e recurso. Porém no momento atual o financiamento de organizações de saúde está diminuindo globalmente. Não ser capaz de gerar receita com o uso de recursos hospitalares levou ao uso indevido, negligência e o fechamento de sites de mídia social por hospitais e autoridades de saúde. Por exemplo, a clínica Mayo implementou um modelo de negócios de sucesso que está gerando receita e, na verdade, levou à expansão dos serviços de mídia social que fornece (MAYO CLINIC, 2015). Outros sites de mídia social permanecem estagnados sem pessoal dedicado para atualizá-los e são geralmente negligenciados.

Dentro do hospital, reduzir custos, melhorar o fluxo de trabalho e melhorar a comunicação são benefícios adicionais ao uso das mídias sociais. Mais estudos e exemplos de implementações hospitalares bem-sucedidas são necessários. Fora do hospital, a mídia social tem sido usada para envolver os pacientes, obter feedback sobre os serviços, fornecer materiais educacionais e fornecer aos pacientes acesso aos serviços de saúde. Embora os impactos de longo prazo no atendimento ao paciente ainda estejam por ser vistos, até agora, a presença da mídia social está aumentando no setor de saúde. A oportunidade é propícia para o futuro crescimento e sustentabilidade.

No cenário atual, tem-se um grande destaque dado às avaliações dos pacientes e dos seus provedores, em mídias sociais. Após se perceber o alcance potencial do impacto dessas

tecnologias, os promotores de saúde tem utilizado dessas plataformas de maneira estratégica para disseminar informações sobre saúde preventiva, coletar dados sobre comportamento relacionados a saúde das pessoas e tentar persuadir os membros da comunidade para mudar seu comportamento no interesse a saúde (por exemplo, BALATSOUKAS et al. 2015; KORDA E ITANI 2013; MUESSIG et al. 2013).

Uma pesquisa norte-americana, feita com pesquisadores da Universidade John Hopkins (Keller et al.2014), mostrou que poucos profissionais usaram plataformas de mídias sociais para trabalho. Embora, eles tenham sido positivos sobre a possibilidade de usar as mídias sociais com fins profissionais, a maioria não estava interessada ou não achava interessante utilizar as ferramentas de maneira profissionais. As mídias sociais eram vistas como meios para promover informação em saúde para o público, mas não como fontes de informação para pesquisas. Uma outra pesquisa feita com profissionais de educação em saúde revelou que apenas um terço dos entrevistados estava usando mídias sociais em locais de trabalho.

Lupton (2017), destaca a importância e os benefícios que as mídias sociais podem trazer no local de trabalho, como o de conectar e estabelecer redes não apenas com colegas, mas também pessoas ou grupos fora do local de trabalho, promovendo a abertura e informação e divulgação e desenvolvimento da pesquisa. Porém, algumas preocupações dos trabalhadores de saúde também foram abordadas, como: questões de privacidade e a confusão de fronteiras entre o uso pessoal e profissional, o risco de prejudicar sua carreira por meio do uso indevido das mídias sociais, e falta de credibilidade, do conteúdo que eles postaram. Outras grandes barreiras são os ambientes conversadores e burocráticos em quais os trabalhadores estão imersos. Em muitos lugares nem mesmo a internet é liberada para o uso.

Um outro ponto a se levantar é que a adoção das mídias sociais nos hospitais varia de acordo com as plataformas de mídia social. Estudos como de Griffis et al (2014) mostram que a utilização dos canais depende muito da adoção pelos usuários e uma maneira de mensurar isso são os likes e os seguidores. Esses números permitem que os hospitais tenham uma compreensão se está ou não tendo um bom desempenho em suas ações.

Embora não se saiba qual o melhor canal para conectar hospitais aos seus pacientes, é provável que cada vez mais os usuários continuem interagindo com os hospitais por mídias sociais. (GRIFFIS et al, 2014). Mídias sociais como LinkedIn, Facebook e Instagram tem grande importância nesse cenário, pois são alguns dos canais com os maiores números de usuários no país.

O Facebook é uma interessante plataforma de mídias sociais para que os hospitais aumentem a reputação e atraiam pacientes (GRIFFIS, 2014). Com a possibilidade de interação

que a plataforma cria, as conversas podem ser muito interessantes para atender ainda mais sobre os aspectos importantes da organização, como o atendimento. Além disso, a instantaneidade nas respostas e na coleta de dados não só do Facebook como do LinkedIn e do Instagram permitem que os hospitais tenham avaliações mais rápidas que as pesquisas convencionais.

Já o Instagram é uma rede social online que permite a criação, manipulação e compartilhamento de fotografias ou vídeos. A mídia social tem sido bastante utilizada pelo público em geral e também pelos profissionais de saúde. A possibilidade dos Stories, vídeos de 15 segundos que podem ser compartilhados com os amigos, faz com que a mídia social seja utilizada em larga escala por médicos, dentistas, fisioterapeutas e outros profissionais.

O LinkedIn é uma ferramenta em franco crescimento desde que foi adquirido pela Microsoft em 2016. Hoje a ferramenta já tem mais de 500 milhões de usuários em todo mundo e tem um papel muito importante na construção de conteúdo profissional, networking e na oferta de oportunidades. Vários hospitais utilizam da ferramenta para buscar profissionais para as vagas abertas. (ADAMS, 2015)

As mídias sociais estão se transformando rapidamente, assim como os próprios canais de mídia. A mesma velocidade com que esses canais são adotados e novos canais são desenvolvidos revela a importância de examinar como eles são usados pelos hospitais.

Como com qualquer tecnologia, o uso das mídias sociais na prática requer um período de classificação e aprendizado, no qual os usuários devem aprender a analisar os benefícios e malefícios e desenvolver estratégias para abordar esses fatores. Na saúde, as apostas são mais elevadas variam em relação a um número de fatores como tipo ou finalidade de uso, aplicação específica de mídia social e público-alvo para a comunicação.

Geralmente, há benefícios para envolver os pacientes e o público por meio das mídias sociais, que apontam argumentos favoráveis ao seu uso, em ambientes de saúde, bem como argumentos contra a tomada de uma linha dura para proteger contra possíveis danos, como usar apenas mídias sociais para fins de promoção de uma instituição, o que é atualmente o caso para muitas organizações de saúde. Em muitos casos, não só profissionais, mas também hospitais, precisam de mais orientação para aprender o que e o que não fazer nas mídias sociais para o envolvimento de pacientes e cidadãos. Isso ajudará a proteger mais a confiança no uso de mídias sociais para que seja possível colher os benefícios de postar, reunir e trocar informações sobre vários aspectos da saúde nessas interações cotidianas.

Como ocorre com qualquer nova tecnologia, o uso na prática depende de um tempo de teste, no qual os usuários devem aprender sobre os benefícios e os prejuízos e desenvolver estratégias para lidar com essas preocupações. A pouca proteção dos direitos dos pacientes e

dos profissionais e a falta de atenção a considerações e erros éticos, não intencionais, podem influenciar negativamente não somente o relacionamento entre pacientes e profissionais, mas também entre os cidadãos e as instituições responsáveis.

Em muitos casos, não apenas os profissionais, mas também as instituições de atendimento e as autoridades de saúde precisam de mais orientação para aprender o que fazer e o que não devem fazer nas mídias sociais para o envolvimento de pacientes e cidadãos. Isso ajudará a garantir mais confiança no uso de mídias sociais para que possamos colher os benefícios de postar, reunir e trocar informações sobre vários aspectos da saúde e do cuidado nessas interações cotidianas.

Do contexto descrito acima, pode-se inferir que as pesquisas relacionadas ao uso de mídias sociais em hospitais são ainda bem recentes, e não permitem traçar um cenário mais acurado do uso que tem sido feita das mesmas, e para qual finalidade.

Do melhor do conhecimento disponível, estudos dessa natureza no Brasil são também inexistentes, se não escassos. O que se propõe realizar, na dissertação aqui apresentada, é um primeiro olhar, exploratório, sobre o uso de mídias sociais por hospitais de alta complexidade no Brasil. A opção por esse perfil de hospital decorre do fato dos mesmos serem também hospitais de ensino, os quais, como apontado no estudo de Griffis et al. (2014), são aqueles que mais fazem uso de mídias sociais.

5. OBJETIVOS

O objetivo principal da presente dissertação é um olhar exploratório sobre o uso das mídias sociais por hospitais de alta complexidade.

Como objetivos específicos, citam-se:

- a. Identificar os hospitais de alta complexidade no Brasil
- b. Identificar soluções tecnológicas/aplicativos que permitam avaliar a participação ou uso de mídias sociais pelos hospitais de alta complexidade.
- c. Traçar uma matriz do uso de Facebook, Instagram e LinkedIn pelos hospitais de alta complexidade

6. METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos as seguintes etapas foram cumpridas:

1º Etapa – Identificação dos Hospitais de Alta Complexidade

Com o intuito de identificar os Hospitais de Alta Complexidade foi feita uma consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Segundo o DATASUS (<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>), o CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS.

Além disso, o CNES é responsável por automatizar todo o processo de coleta de dados feita nos estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores (MS, SES, SMS, etc.) com dados de abrangência nacional para efeito de planejamento de ações em saúde.

A base de dados também tem a meta de dar transparência a sociedade, pelo site, de toda a infraestrutura de serviços de saúde bem como a capacidade instalada existente e disponível no país.

O sistema coleta os seguintes dados: Informações básicas gerais; Endereçamento/Localização; Gestor responsável (SMS, SES, etc.); Atendimento prestado (Internação, Ambulatório, etc.); Caracterização (Natureza, Esfera, Ret. Tributos, etc.); Equipamentos (RX, Tomógrafo, ultra-som, etc.); Serviços de Apoio (SAME, S. Social, Lavanderia, etc.); Serviços Especializados (Cardiologia, Nefrologia, Farmácia, etc.); Instalações Físicas (leitos, salas, etc.); Profissionais (SUS, Não SUS, CBO, Carga horária, etc.); Equipes (ESF, PACS, etc.); Cooperativa.

Os principais benefícios do CNES são: auxiliar o planejamento em saúde, em todos os níveis do governo; disponibilizar informações de infraestrutura, tipo de atendimento prestado, serviços especializados, leitos e profissionais de saúde existentes nos estabelecimentos de saúde. Além disso, o CNES propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial

existente, sua potencialidade e capacidade instalada, visando auxiliar no planejamento em saúde, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

O CNES foi criado em 1999 através da PT-SAS 376. O MS/SAS instituiu as fichas de cadastro de estabelecimento e colocou em consulta pública. Em 2000, através da PT-SAS 511, o MS/SAS, após término da consulta pública, aprova e ratifica a ficha de cadastro de estabelecimento e seus respectivos manuais e determina ao DATASUS a criação do banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde. Seu público alvo são os estabelecimentos Públicos de Saúde, Rede Complementar e Prestadores do SUS, sejam pessoas físicas ou jurídicas.

Figura 1 – Página inicial do sítio do CNES

The image shows the homepage of the CNES website. At the top, there is a navigation bar with links for 'BRASIL', 'Serviços', 'Simplifique!', 'Participe', 'Acesso à informação', 'Legislação', and 'Canais'. Below this is a blue banner with the CNES logo and the text 'Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde'. A search bar is located on the right side of the banner. Below the banner, there is a message: 'Bem vindo ao nosso novo site! As funcionalidades que ainda não foram implementadas neste site, estão disponíveis aqui.' The main content area is divided into three sections: 'ACESSO RÁPIDO' on the left with a list of quick links, a central banner for 'Dúvidas sobre o CNES?' featuring a '136' support icon, and 'INFORMES' on the right with a list of recent news items.

Na primeira busca tentando localizar os serviços de alta complexidade no CNES, foram extraídos 5943 registros. A tabela extraída veio acompanhada de 17 colunas com as seguintes denominações:

- 1 – Couf: Código da Unidade Federativa.
- 2 – codufmun: Código da Unidade Federativa e Município
- 3 – cnes:
- 4 – competen: Competência
- 5 – dt_atual:
- 6 – CO_UNIDADE: Código da Unidade

7 – NO_RAZAO_SOCIAL: Nome da Razão Social

8 – NO_FANTASIA: Nome Fantasia

9 – pf_pj:

10 – tpgestao: Tipo de Gestão

11 – atividade: Atividade

12 – clientel:

13 – tp_unid: Tipo de Unidade

14 – turno_at:

15 – vinc_sus:

16 – nat_jur:

17 – NívelAssistência3

Inicialmente, devido ao quantitativo ser muito alto de registros a serem analisados, o que demandaria um tempo não condizente com o desenvolvimento de uma dissertação de mestrado, foram feitas tentativas para produzir uma amostra representativa desse universo. A primeira tentativa foi separar pelo Código de Unidade Federativa, porém, tomar como objeto de análise somente algumas unidades federativas poderia simplificar demais a amostra e não entregar um resultado realmente condizente com a realidade.

Depois disso, tentou-se organizar os hospitais entre aqueles que tinham vínculo com o SUS e aqueles que não tinham. Porém, ao organizar os resultados dessa forma, notou-se que vários hospitais importantes de alta complexidade haviam ficado de fora.

Com isso, devido à dificuldade de fazer o recorte utilizando dados inseridos dentro da tabela, foi necessário pesquisar por outra fonte para que assim fosse feito um cruzamento de dados. O que se buscava era uma outra fonte de dados que apontasse, pelo menos, para um recorte dos hospitais de alta complexidade no Brasil. Depois de realizar algumas buscas livres no *Google Scholar* e *Pubmed*, que foram improdutivas, chegou-se ao sítio <http://hospitals.webometrics.info/>. O sítio é uma iniciativa do Laboratório de Cibermetricas, um grupo de pesquisa do Centro de Informação e Documentação (CINDOC), parte do Conselho Nacional de Pesquisa (CSIC), o maior órgão público de pesquisa da Espanha. É descrito, a seguir, como esse sítio é organizado.

O *Cybermetrics Lab* dedica-se à análise quantitativa dos conteúdos da Internet e da Web, especialmente aqueles relacionados aos processos de geração e comunicação acadêmica do conhecimento científico. O "Ranking Web dos Hospitais Mundiais" é lançado em fase "Beta", e pretende-se, uma vez atingida sua versão definitiva, seja atualizado a cada 6 meses

(dados coletados em janeiro e julho e publicados um mês depois). Os indicadores Web utilizados são baseados e correlacionados com os tradicionais indicadores cientométricos e bibliométricos e o objetivo do projeto é convencer as comunidades acadêmicas e políticas sobre a importância da publicação na web não apenas para disseminar o conhecimento acadêmico, mas para medir atividades científicas, desempenho e impacto também.

Existe um *target* direto para o Ranking, que são as autoridades do hospital. Se o desempenho da Web de uma instituição estiver abaixo da posição esperada de acordo com sua excelência acadêmica, eles devem reconsiderar sua política da Web, promovendo aumentos substanciais no volume e na qualidade de suas publicações eletrônicas.

Os membros do hospital são *targets* indiretos, pois os responsáveis pelo ranking acreditam que, em futuro próximo, as informações da web possam ser tão importantes quanto outros indicadores bibliométricos e cientométricos para a avaliação do desempenho científico dos acadêmicos e de seus grupos de pesquisa.

O acesso às informações da Web é feito principalmente por meio de mecanismos de busca. Esses intermediários são livres, universais e muito poderosos, mesmo considerando suas deficiências (limitações de cobertura e vieses, falta de transparência, segredos e estratégias comerciais, comportamento irregular). Os mecanismos de pesquisa são essenciais para medir a visibilidade e o impacto dos sites dos hospitais.

Há um número limitado de fontes que podem ser úteis para propósitos webométricos: 7 mecanismos de pesquisa gerais (Google *, Pesquisa do Yahoo *, Pesquisa do MSN *, Exalead *, Ask (Teoma), Gigablast e Alexa) e 2 bancos de dados (Google Acadêmico * e Live Acadêmico). Todos eles têm bancos de dados independentes muito grandes, mas devido à disponibilidade de seus procedimentos de coleta de dados (APIs), somente aqueles marcados com asterisco são usados na compilação do banco de dados.

A unidade de análise é o domínio institucional, portanto, apenas os hospitais com um domínio da Web independente são considerados. Se uma instituição tiver mais de um domínio principal, duas ou mais entradas serão usadas com os diferentes endereços. Segundo informação disponibilizada no sítio do ranking, cerca de 5-10% das instituições não têm presença independente na web; a maioria que os têm, está localizada em países em desenvolvimento. Os nomes e endereços foram coletados de fontes nacionais e internacionais, incluindo entre outros:

Figura 2 – Lista de fontes nacionais e internacionais

Hospitals Worldwide	www.hospitalsworldwide.com
CISMEF, Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones	www.cismef.org
US Hospitals	www.u-s-hospitals.com

A atividade hospitalar é multidimensional e isso se reflete em sua presença na web. Portanto, a maneira de construir o ranking foi combinar um grupo de indicadores que mede esses diferentes aspectos. Almind & Ingwersen (1997) propuseram o primeiro indicador da Web, o Web Impact Factor (WIF), baseado na análise de link que combina o número de *inlinks* externos e o número de páginas do website, uma relação de 1:1 entre visibilidade e tamanho. Essa proporção é usada para a classificação, mas adiciona dois novos indicadores ao componente de tamanho: número de documentos, medidos a partir do número de arquivos avançados em um domínio da web e o número de publicações coletadas pelo banco de dados do Google Acadêmico. Como já foi comentado, os quatro indicadores foram obtidos a partir dos resultados quantitativos fornecidos pelos principais mecanismos de busca da seguinte forma:

1) Tamanho (Em inglês *size*) (S). Número de páginas encontradas em quatro mecanismos: Google, Yahoo, Live Search e Exalead. Para cada mecanismo, os resultados são log-normalizados para 1 para o valor mais alto. Então, para cada domínio, os resultados máximo e mínimo são excluídos e cada instituição recebe uma classificação de acordo com a soma combinada.

2) Visibilidade (V). O número total de links externos exclusivos recebidos (*inlinks*) por um site pode ser obtido apenas com confiança do Yahoo Search, Live Search e Exalead. Para cada mecanismo, os resultados são log-normalizados para 1 para o valor mais alto e, em seguida, combinados para gerar a classificação.

3) Arquivos Ricos (R). Após avaliação de sua relevância para as atividades acadêmicas e de publicação e considerando o volume dos diferentes formatos de arquivos, foram selecionados: Adobe Acrobat (.pdf), Microsoft Excel (.xls), Microsoft Word (.doc) e Microsoft Powerpoint (.ppt). Esses dados foram extraídos usando o Google e mesclando os resultados para cada tipo de arquivo após a normalização do log da mesma maneira descrita anteriormente.

4) Scholar (Sc). O Google Acadêmico fornece o número de artigos e citações para cada domínio acadêmico. Estes resultados da base de dados do Acadêmico representam artigos, relatórios e outros itens acadêmicos.

As quatro categorias foram combinadas de acordo com uma fórmula em que cada uma tem um peso diferente:

Quadro 1 – Rank Webometrics

WEBOMETRICS RANK	
VISIBILITY (external inlinks) 50%	SIZE (web pages) 20%
	RICH FILES 15%
	SCHOLAR 15%

A escolha dos indicadores foi feita de acordo com vários critérios, alguns deles tentando captar pontos fortes de qualidade e acadêmicos e institucionais, mas outros pretendendo promover iniciativas de publicação na web e de Acesso Aberto. A inclusão do número total de páginas baseia-se no reconhecimento de um novo mercado global de informações acadêmicas, de modo que a web é a plataforma adequada para a internacionalização das instituições. Uma presença forte e detalhada na web, fornecendo descrições exatas da estrutura e das atividades da universidade, pode atrair novos estudantes e acadêmicos em todo o mundo. O número de *inlinks* externos recebidos por um domínio é uma medida que representa a visibilidade e o impacto do material publicado e, embora exista uma grande diversidade de motivações para a vinculação, uma fração significativa funciona de maneira semelhante à da citação bibliográfica.

O sucesso do auto arquivamento e de outras iniciativas relacionadas a repositórios pode ser representado de forma detalhada a partir de arquivos avançados e dados do Google Acadêmico. Os números enormes envolvidos com os formatos pdf e doc significam que não apenas relatórios administrativos e formulários burocráticos estão envolvidos. Os arquivos Excel e Powerpoint estão claramente relacionados às atividades acadêmicas.

A única fonte para os dados da Web de Classificação é um pequeno conjunto de mecanismos de busca de acesso livre disponíveis globalmente. Todos os resultados podem ser duplicados de acordo com as metodologias de descrição, tendo em conta o crescimento explosivo do conteúdo da web, a sua volatilidade e o comportamento irregular dos motores de buscas com vieses comerciais.

Os dados são coletados durante a mesma semana, em duas rodadas consecutivas para cada estratégia, sendo selecionado o maior valor. Todos os sites sob domínio institucional comum são explorados, mas nenhuma tentativa foi feita para combinar conteúdos ou links de diferentes domínios.

Após a coleta automática de dados, as posições são verificadas manualmente e comparadas com as edições anteriores. Alguns dos processos são duplicados e novos

conhecimentos são adicionados a partir de uma variedade de fontes. As páginas que se ligam ao Ranking são exploradas e os comentários de blogs e outros fóruns são levados em conta.

As tabelas publicadas mostram todos os indicadores da Web usados de uma maneira muito sintética e visual. As classificações são fornecidas não apenas a partir de uma classificação central Top 1000, mas também considerando vários rankings regionais para fins comparativos.

No Ranking Brasileiro de Hospitais, por exemplo, encontra-se 214 hospitais. Para fim de análise e relevância, foi feito um cruzamento dos dados do Ranking webométrico com a Lista dos CNES de Hospitais de Alta Complexidade, e tomou-se como objeto de análise dessa dissertação os 20 primeiros resultados que estavam no ranking e também na lista do governo. Porém, dessa lista excluiu-se o Fleury, pois ele se enquadra em laboratórios e também o HCor do Paraíso, que faz parte do INCOR já citado na lista. Com os 20 hospitais definidos, checkou-se se havia representantes das 5 regiões brasileiros e notou-se que não havia nenhuma instituição da região Norte. Com isso, buscou-se o primeiro hospital nortista. O encontrado foi o Hospital Universitário Getúlio Vargas, que estava na posição número 47 do ranking (Tabela 1, a seguir). Com isso, a pesquisa, faz análise de 21 instituições hospitalares brasileiras de todas as regiões brasileiras.

Tabela 1 – Hospitais Brasileiros de Alta Complexidade

ranking	World Rank ▲	Instituto	Size	Visibilidad	Ficheros ricos	scholar
1	21	INCA Instituto Nacional de Câncer	432	106	159	26
2	59	Hospital Israelita Albert Einstein	583	278	228	59
3	255	Instituto do Coração do Hospital das Clínicas	1288	1947	217	54
4	349	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	193	1992	948	147
5	446	Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII	537	963	2505	349
6	633	Hospital do Câncer A C Camargo	2741	1359	462	518
7	669	Fleury Medicina e Saúde	2155	1412	1370	420
8	727	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	138	3103	1379	392
9	797	Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Conceição	1605	3197	966	239
10	852	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	2388	1733	630	688
11	1045	(1) Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	2673	7779	1543	25
12	1089	Hospital Pequeno Príncipe	3456	3733	2922	138
13	1194	Hospital Sirio Libanês	2627	965	4798	1132
14	1204	Hospital Universitario da Usp	4117	3603	476	432
15	1442	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	4529	4920	1368	252
16	1522	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	3303	2740	1753	753
17	1664	Hospital do Coração Paraíso	428	2445	2125	2394
18	1700	Hospital São Luiz	3285	1671	4194	1289
19	1728	Hospital Mae de Deus	1489	2999	3420	972
20	1889	Hospital de Clínicas Unicamp	3660	3966	2121	659
21	1948	Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo	7124	2633	1234	1157
22	2014	Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian Ufms	4799	8494	908	172
23	2020	Da S/A Hospital Aliança	1512	1109	8217	2394
24	2034	Hospital Universitario de Santa Maria	3639	7289	758	361

26	2058	Hospital Universitario Pedro Ernesto	3292	5296	2648	468
27	2169	Grupo Unimed Paulistana	1948	2737	1847	2394
28	2189	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	3191	8096	2004	198
29	2200	Hospital Carlos Chagas	2577	1217	7393	2394
30	2293	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	4183	4870	1165	931
31	2297	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	1614	5363	180	2394
32	2415	Rede Labs d'Or Hospitais d'Or	5383	1232	6430	2394
33	2444	Santa Casa Complexo Hospitalar Porto Alegre	1318	3331	2674	2394
34	2463	Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação	6214	1910	2748	2394
35	2691	Hospital Samaritano São Paulo	1772	3080	3893	2394
36	2757	Hospital São Francisco Ribeirão Preto	3034	3956	1449	2394
37	2836	Hospital Universitario Clementino Fraga Filho	3051	4692	3029	1289
38	3001	Hospital Geral de Bonsucesso	2311	7544	2010	701
39	3081	Casa de Saúde São Jose	323	6889	6274	860
40	3140	Hospital Vivalle	2725	4347	2171	2394
41	3214	(1) Hospital e Maternidade São Camilo	2818	3100	5102	2394
42	3243	Hospital Divina Providência	126	6542	3660	2394
43	3427	Hospital de Clinicas de Uberlândia	4998	2957	9261	931
44	3772	Hospital dos Servidores do Estado	4373	7104	2992	860
45	3824	Hospital Santa Catarina	5664	3306	4915	2394
46	3915	Hospital Vila da Serra Instituto Materno Infantil	1458	7330	3715	1328
47	4129	Hospital Universitario Getúlio Vargas	10948	11576	3432	63

2º Etapa

A segunda etapa foi dedicada a selecionar um aplicativo que permitisse a análise dos dados de uso de mídias sociais pelos referidos hospitais selecionados, dentro de um intervalo de 1 ano, tomando as mídias apontadas no Capítulo 2 da presente dissertação, Facebook, Instagram e LinkedIn. A escolha deveria se voltar para um aplicativo que fosse de acesso livre, ou, que pelo menos oferecesse um período de teste pelo usuário que permitisse buscas no período citado, de 1 ano.

Foram testadas a *Social Bakers* e a *Scup*, porém as duas não permitiam a análise de dados no período selecionado, quando acessado como teste. Fez então uma busca em diversos fóruns na internet, grupos do Facebook e WhatsApp para buscar uma ferramenta com um tempo gratuito para que os estudos pudessem ser feitos. Um das ferramentas sugeridas foi a FanPage Karma. Depois de vários testes com a ferramenta, concluiu-se que ela, em sua versão de teste, tinha a condição de gerar dados relevantes para a pesquisa.

Segundo o site da própria empresa, o Fanpage Karma é uma ferramenta online para análise e monitoramento de mídias sociais. Ele ajuda os gerentes e agências de mídia social a

envolver melhor os fãs e alcançar uma comunidade crescente nas redes sociais. A Fanpage Karma fornece informações valiosas sobre estratégias de postagem e desempenho de perfis de mídia social como Facebook, Twitter, LinkedIn ou YouTube. A ferramenta foi lançada por Nicolas Graf von Kanitz e Stephan Eyl em 2012. Nicolas e Stephan decidiram ajudar seus amigos e clientes e começaram a criar uma ferramenta que é fácil de usar e repleta de informações úteis. Hoje, o Fanpage Karma é oferecido em três idiomas (inglês, alemão e espanhol) e conta com clientes em todo o mundo.

Na ferramenta, é possível analisar os horários em que mais as pessoas se engajam com as marcas/instituições elencadas, os melhores tipos de posts e assuntos, a melhor frequência para postagem e mais vários outros insights. Tudo isso pode ser extraído em relatórios mensais, de dados e benchmarking. Além disso, o mais interessante da ferramenta para pesquisa é a possibilidade da análise comparativa de página, da comparação de conteúdo e de resultados.

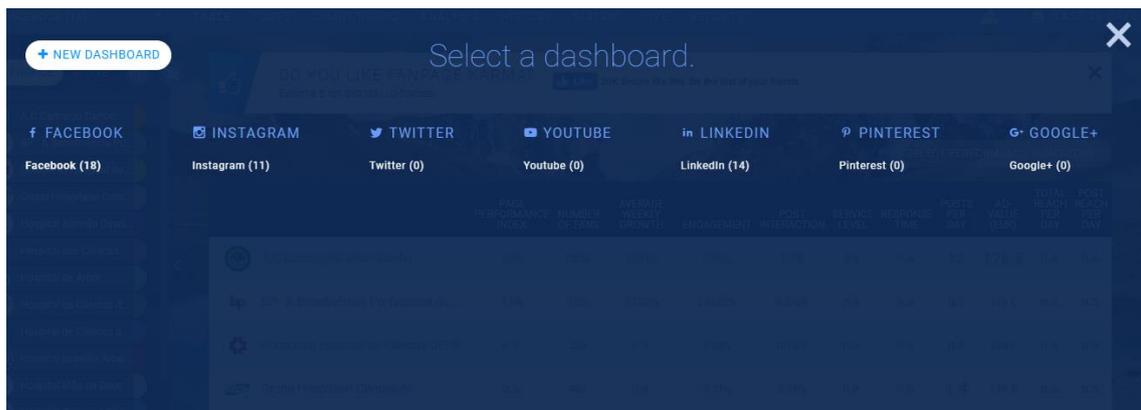
O processo foi feito da seguinte forma: inicialmente, foi criado uma tabela com o nome dos 21 hospitais e colunas com as mídias Facebook, Instagram e LinkedIn. A ação iniciava pelo site e eram diagnosticadas todas as mídias sociais dos hospitais presentes na página da instituição. Se mesmo assim não fosse encontrado resultados, foi feita uma busca no Google, utilizando o nome da instituição mais o nome da mídia social.

3º Etapa – Descrição da coleta dos dados de mídias pelos hospitais

Nesta etapa, iniciou-se a utilização do FanPage Karma para analisar diversos fatores das mídias sociais estudadas (Facebook, Instagram e LinkedIn). O trabalho só se tornou possível pois a ferramenta oferece um *trial* de 15 dias para que se possa extrair resultados relativos a um período de 1 ano, de 01 de dezembro de 2017 a 01 de dezembro de 2018.

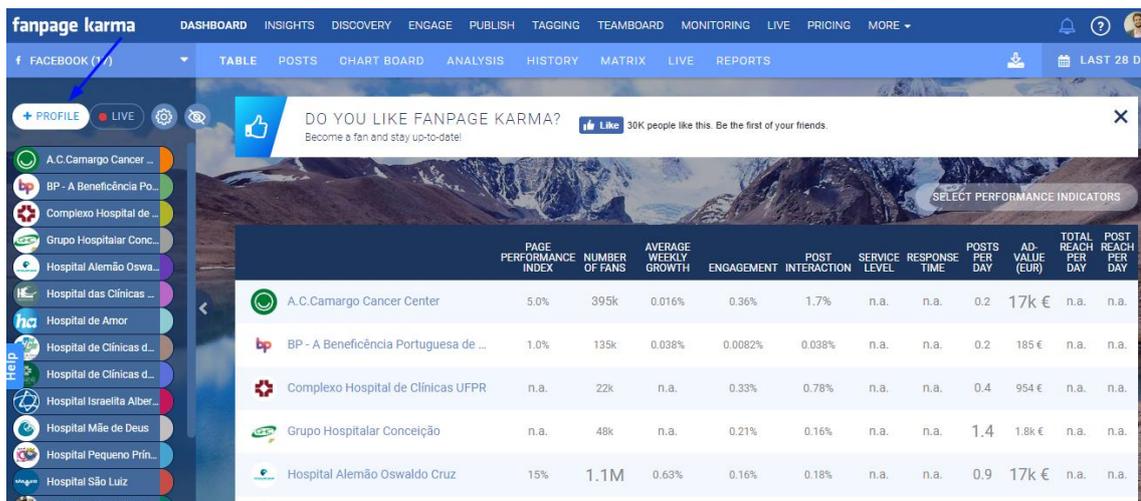
Para se iniciar a pesquisa é necessário criar um conta na plataforma. Essa conta pode ser criada por meio do seu perfil do Facebook. Em seguida, é exibida uma tela na qual são listadas várias mídias sociais, seguida por um numeral, entre parêntesis.

Figura 3 – Página inicial



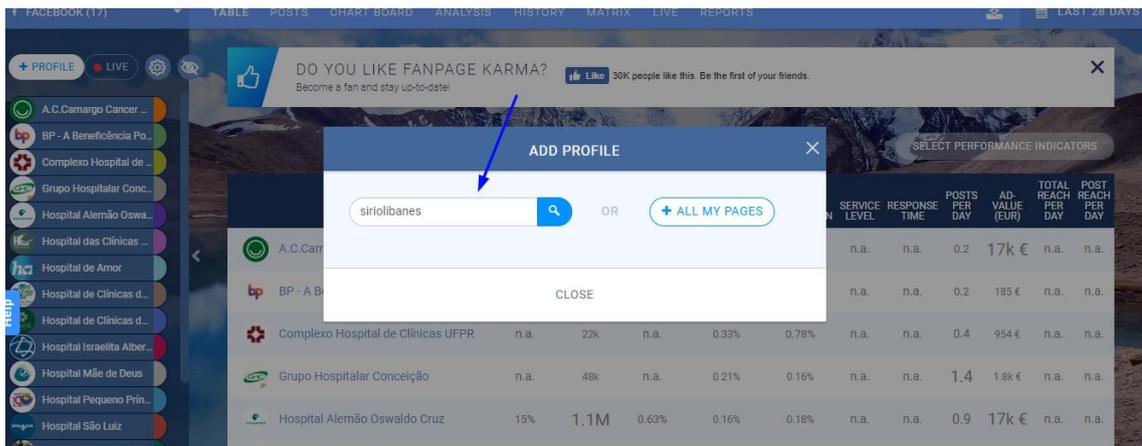
Em seguida, faz-se a escolha da mídia desejada, e assim tem-se acesso ao *dashboard*. Nessa página, é possível adicionar todos os perfis dos hospitais que vão ser analisados no estudo.

Figura 4 – Dashborad Fanpage Karma



Para adicionar, deve-se clicar no botão “+ Profile” e uma nova tela abre com um espaço para que o link ou nome do hospital seja adicionado.

Figura 5 – Página para adicionar perfil



O perfil dos hospitais buscados é apresentado ao lado dos outros no lado esquerdo da tela da ferramenta, diferenciados por cores.

Figura 6 – Diferenciação por cores na tela “Table”

	PAGE PERFORMANCE INDEX	NUMBER OF FANS	AVERAGE WEEKLY GROWTH	ENGAGEMENT	POST INTERACTION	SERVICE LEVEL	RESPONSE TIME	POSTS PER DAY	AD-VALUE (EUR)	TOTAL REACH PER DAY	POST REACH PER DAY
Hospital das Clínicas da UFMS	n.a.	4.0k	n.a.	0%	0%	n.a.	n.a.	0	0 €	n.a.	n.a.
Hospital de Amor	5.0%	325k	0.099%	0.11%	0.11%	n.a.	n.a.	1.1	6.0k €	n.a.	n.a.
Hospital de Clínicas da Unicamp	n.a.	1.4k	n.a.	0%	0%	n.a.	n.a.	0	0 €	n.a.	n.a.
Hospital de Clínicas de Porto Alegre...	13%	89k	0.30%	0.26%	0.38%	n.a.	n.a.	0.7	4.7k €	n.a.	n.a.
Hospital Israelita Albert Einstein	2.0%	832k	0.0085%	0.054%	0.046%	94%	59 h	1.2	8.3k €	n.a.	n.a.
Hospital Mãe de Deus	5.0%	89k	0.069%	0.15%	0.35%	n.a.	n.a.	0.4	2.1k €	n.a.	n.a.
Hospital Pequeno Príncipe	29%	101k	1.1%	0.34%	0.22%	50%	3.5 h	1.5	5.4k €	n.a.	n.a.
Hospital São Luiz	1.0%	55k	0.068%	0%	0%	n.a.	n.a.	0	0 €	n.a.	n.a.
Hospital Sirio-Libanês	12%	328k	0.13%	0.49%	0.76%	70%	72 h	0.6	17k €	n.a.	n.a.

Nessa primeira tela, denominada na ferramenta de “Table”, tem-se acesso aos números gerais das organizações nas mídias sociais específicas, nesse caso, o Facebook. Os indicadores mostrados são:

- Page Performance Index: O Page Performance Index (PPI) é uma combinação do valor de engajamento e o crescimento da página de fãs (aumento do número de fãs). É um indicador para a força geral de uma página de fãs no Facebook.
- Numbers of fans: Número de usuários que curtem a página no Facebook
- Average Weekly Growth: Média de crescimento semanal da página

- Engagement: O valor de engajamento mostra o envolvimento dos fãs em uma página de fãs. É calculado pela quantidade média de curtidas, comentários e compartilhamentos por dia, dividido pelo número de fãs
- Post interaction: Indica o quanto os fãs reagem aos posts. É o número médio de curtidas, comentários e compartilhamentos por fã para todas as postagens.
- Service Level: Quantas postagens de fãs recebem uma resposta desta página?
- Response time: Tempo médio de respostas
- Post per day: Números de posts por dia
- Ad-value (EUR): Valor investido em mídia paga, mensurado em Euros
- Total Reach per day: O número total de pessoas alcançadas
- Post Reach per day: O número total de pessoas alcançadas por cada post

Ao se clicar em cima de cada perfil, tem-se acesso aos dados específicos daquele perfil de uma maneira que torna muito mais fácil a visão dos dados. Isso é possível em todas as três mídias.

Figura 7 – Tela que mostra o perfil específico de cada hospital



Seguindo o mesmo caminho, adicionou-se os perfis do Instagram à plataforma. Aqui, os indicadores mudam:

- Followers: Números de seguidores
- Following: Números de seguidores
- Número de posts: Número de posts
- Likes: Números de likes nos posts
- Comments: Números de comentários nos posts
- Comments and Likes: Números de comentários + número de likes

- Growth (Absolute): Crescimento absoluto do perfil
- Growth Rate: Taxa de crescimento do perfil
- Percent increase since starting point: Porcentagem do crescimento desde o ponto de início
- Followers-Following-Ration: Taxa de Seguidores/Seguindo
- Engagement: Engajamento

Figura 8 – Página “Table” do Instagram

	FOLLOWER	FOLLOWING	NUMBER OF POSTS	LIKES	COMMENTS	COMMENTS AND LIKES	GROWTH (ABSOLUTE)	GROWTH RATE	PERCENTAGE INCREASE SINCE STARTING POINT	FOLLOWERS-FOLLOWING-RATIO	ENGAGE
BP	10k	4,3k	10	731	11	742	78	0.76%	0.76%	2.4	0.2
Complexo HC UFPR	1.6k	93	3	743	4	747	n.a.	n.a.	n.a.	17	1.3
Grupo Hospitalar Conceição	3.2k	24	3	558	6	564	n.a.	n.a.	n.a.	135	0.6
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	7.2k	11	12	2.6k	47	2.6k	604	9.1%	9.1%	656	1.0
Hospital de Amor	89k	263	28	27k	587	28k	2.8k	3.3%	3.3%	339	1.3
Hospital Israelita A. Einstein	161k	1.2k	17	20k	895	21k	3.6k	2.3%	2.3%	138	0.4
Hospital Mãe de Deus	7.1k	550	10	1.7k	14	1.7k	227	3.3%	3.3%	13	0.8
Hospital Pequeno Príncipe	50k	447	23	15k	163	15k	n.a.	n.a.	n.a.	112	1.3

O mesmo processo foi realizado para o LinkedIn e os indicadores mostrados nessa tela são:

Followers:

- Followers-organics:
- Followes-paid:
- Clicks in time period:
- Comments in time period:
- Engagement per day in time period:
- Impression in time period:
- Likes in time period:
- Shares in time period:
- Unique Impressions per day in time period:

Figura 9 – Página “Table” do LinkedIn

	FOLLOWER	FOLLOWER ORGANIC	FOLLOWER PAID	CLICKS IN TIME PERIOD	COMMENTS IN TIME PERIOD	ENGAGEMENT PER DAY IN TIME PERIOD	IMPRESSIONS IN TIME PERIOD	LIKES IN TIME PERIOD	SHARES IN TIME PERIOD	UNIQUE IMPRESSIONS PER DAY IN TIME PERIOD
A.C. Camargo Cancer Center	111k	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
HCor - Hospital do Coração	49k	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	84k	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hospital das Clínicas da UFMG	3.9k	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hospital de Amor	7.1k	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hospital de Clínicas - UNICAMP	942	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hospital de Clínicas de Porto Alegre...	20k	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hospital Israelita Albert Einstein	256k	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Na aba “Posts”, tem-se acesso à todos os posts de todas as marcas, e é possível ver indicadores de engajamento de cada um deles, como números de reações, números de comentários, números de compartilhamentos e a porcentagem de interação de cada post.

Figura 10 – Aba “Posts” da ferramenta FanPage Karma

		NUMBER OF REACTIONS	NUMBER OF COMMENTS	NUMBER OF SHARES	POST INTERACTION
1	Hospital Pequeno Princ... 2/1/19 6:39 PM	42	0	9	0.051%
2	A.C. Camargo Cancer Ce... 2/1/19 4:28 PM	247	14	73	0.085%
3	Hospital Israelita Alber... 2/1/19 4:23 PM	36	2	12	0.0060%
4	Grupo Hospitalar Concei... 2/1/19 2:52 PM	225	12	66	0.63%
5	Hospital de Clínicas de ... 2/1/19 2:36 PM	336	64	312	0.80%
6	Santa Casa de Misericór... 2/1/19 1:26 PM	37	0	18	0.24%

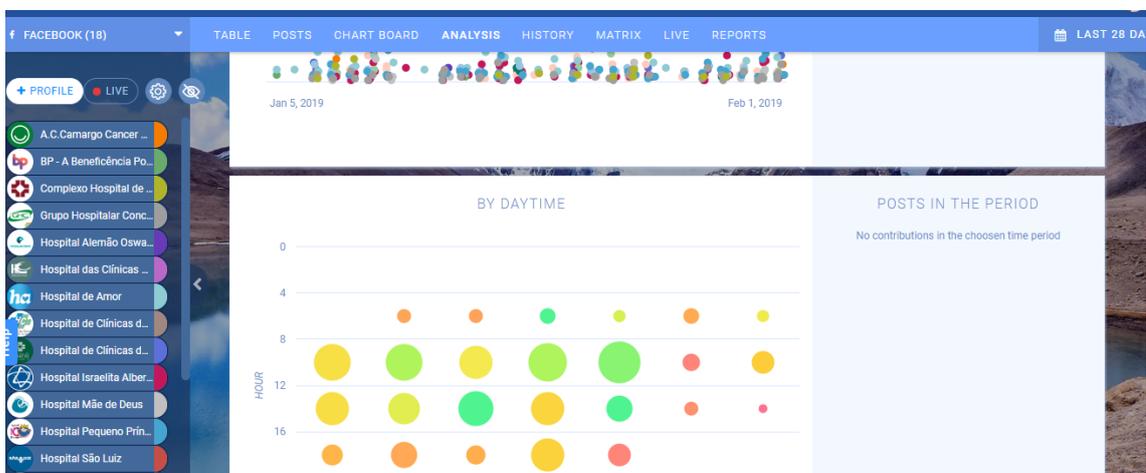
Na aba “ChartBoard”, baseado em indicadores já destacados, é possível criar tabelas e gráficos com todos os perfis adicionados, dos quais é possível fazer download.

Figura 11 – Aba “ChatBoard” da ferramenta FanPage Karma



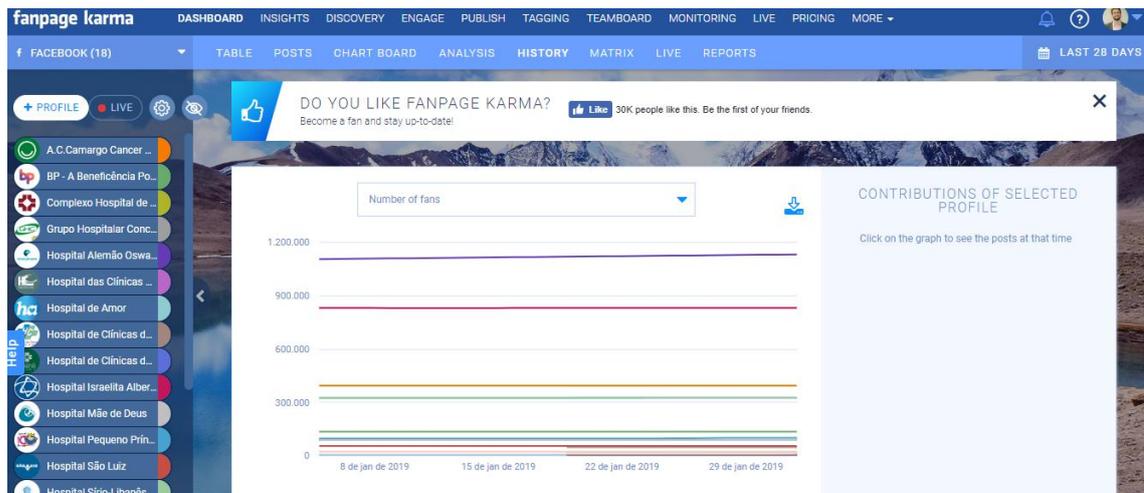
Na parte de Analytics, é possível ver também dados dos perfis analisados, apresentados por exemplo, em bolhas, baseada nos indicadores também a ser escolhidos, dentro os apresentados.

Figura 12– Aba “Analytics” da FanPage Karma



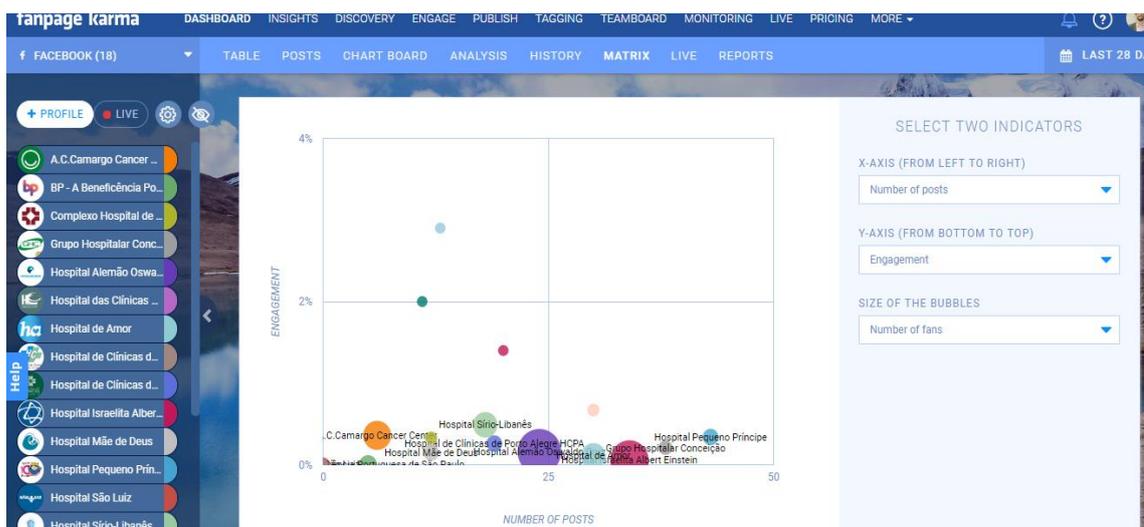
Na aba “History” é possível analisar indicadores em relação ao tempo relacionado.

Figura 13– Aba “History” da FanPage Karma



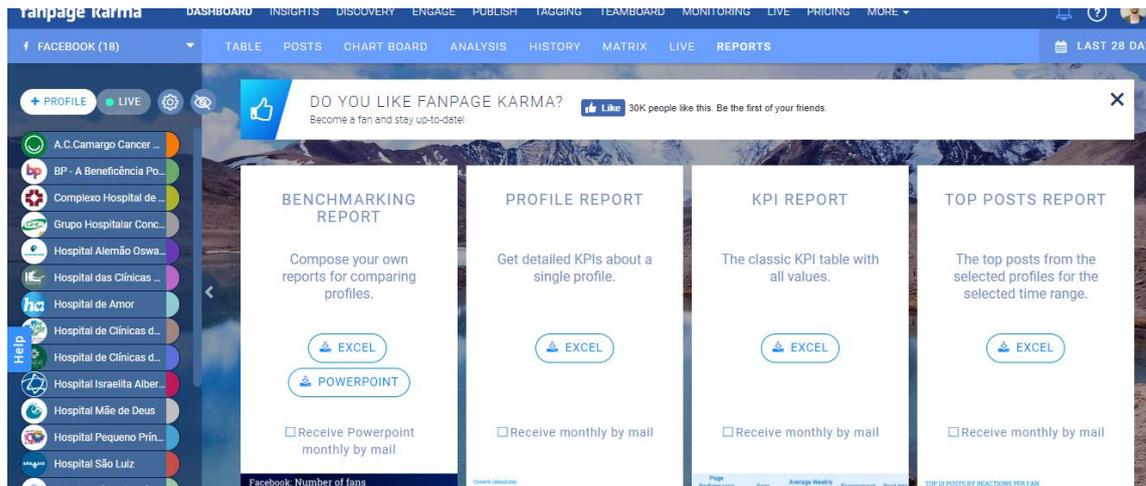
Na seção “Matriz”, é possível colocar vários indicadores e criar uma matriz para analisar os números entre eles.

Figura 14 – Aba “Matriz” da ferramenta FanPage Karma



Feitas as buscas, foi feito download de todos esses relatórios em arquivos de pdf, Power Point e Excel.

Figura 15 – Aba “Relatório” da ferramenta FanPage Karma



Seguindo o objetivo proposto, a expectativa é então descrever se e como os hospitais de alta complexidade nacionais eleitos nessa dissertação usam as mídias sociais e a partir disso, derivar sugestões para o uso das mesmas, especificamente no que diz respeito ao relacionamento com a comunidade como um todo.

7. RESULTADOS

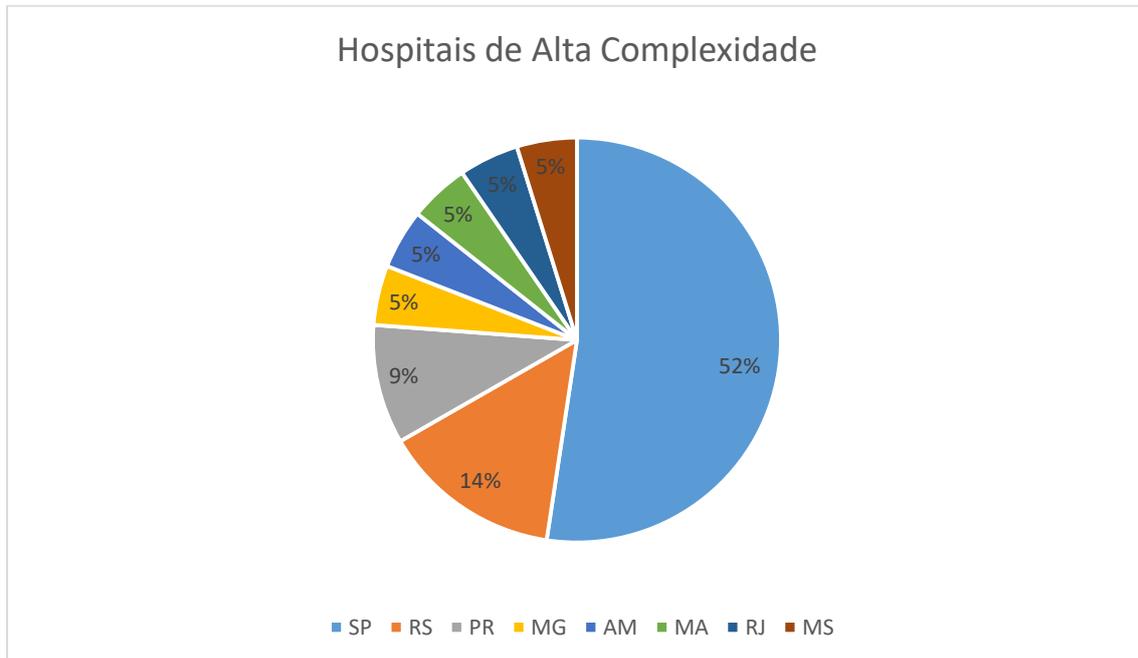
Seguindo os passos metodológicos anteriormente descritos, foram selecionados 21 hospitais de alta complexidade e construído uma colunas com nome do Hospital, unidade federativa (UF), tipo de gestão, site, Facebook, Instagram e LinkedIn.

Para facilitar a leitura, dividiu-se em algumas tabelas para a análise. O primeiro indicadores a ser avaliado é a unidade federativa de cada instituição.

Tabela 2 – Hospitais e Unidade Federativas

Instituição	UF
Hospital Universitário Getúlio Vargas	AM
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	MA
Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais	MG
Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian Ufms	MS
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	PR
Hospital Pequeno Principe	PR
INCA Instituto Nacional de Câncer	RJ
Hospital de Clinicas de Porto Alegre	RS
Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Conceição	RS
Hospital Mae de Deus	RS
Hospital Israelita Albert Einstein	SP
Instituto do Coração do Hospital das Clinicas	SP
Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII	SP
Hospital do Câncer A C Camargo	SP
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	SP
Hospital Sirio Libanês	SP
Hospital Universitario da Usp	SP
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	SP
Hospital São Luiz	SP
Hospital de Clinicas Unicamp	SP
Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo	SP

Das 21 instituições escolhidas para análise, 11 estão situadas no Estado de São Paulo, 3 estão no Rio Grande do Sul e 2 no Paraná. Os estados do Amazonas, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro têm uma instituição somente entre as 21.

Gráfico 1: Hospitais de Alta Complexidade e Unidade Federativas

Vê-se, então, que o estado de São Paulo, na amostra feita no presente estudo, tem mais da metade dos hospitais de alta complexidade de todo Brasil. Um dos fatores que pode auxiliar nesse número relevante é a população do estado. Segundo o Censo de 2016, o estado de São Paulo tinha cerca de 45 milhões de pessoas. Além disso, tem participação de 32,1% em todo PIB Nacional (2013). A oferta desse serviço vem trazendo ótimos resultados para economia do local. Segundo a Associação Brasileira de Turismo de Saúde, a capital tem recebido cerca de 55 mil pacientes estrangeiros por ano.

Dos demais estados, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná são estados com relevância tanto no PIB quanto populacional. Os outros 3 hospitais estão em regiões menos populosas e com o PIB mais baixo. Esse pode ser um dos motivos pelo qual não há tantos hospitais de alta complexidade nesse local, pois o repasse de dinheiro do governo é menor e para as instituições privadas, pelos serviços de alta complexidade serem caros e a população ter um perfil econômico mais baixo em relação a São Paulo.

Tipo de Gestão

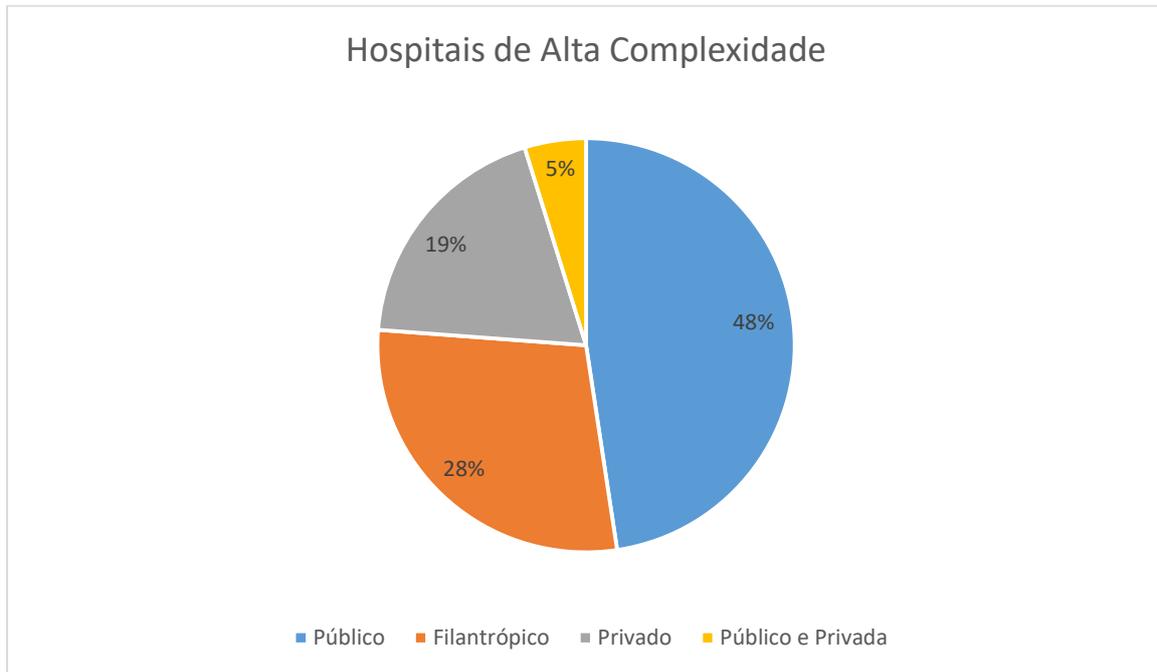
A próxima análise a ser feita é em relação ao tipo de gestão de cada hospital. Os tipos de gestão encontrados foram Público, Privado e Público-Privado.

Tabela 3 – Hospitais e Tipo de gestão

Instituição	Tipo de Gestão
Hospital Universitário Getúlio Vargas	Pública
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	Pública
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	Pública
Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian Ufms	Pública
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	Pública
Hospital Pequeno Principe	Filantrópica
INCA Instituto Nacional de Câncer	Pública
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Pública e Privada
Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Conceição	Pública
Hospital Mae de Deus	Filantrópica
Hospital Israelita Albert Einstein	Privada
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas	Pública
Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII	Filantrópica
Hospital do Câncer A C Camargo	Filantrópica
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Filantrópica
Hospital Sirio Libanês	Privada
Hospital Universitario da Usp	Pública
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Filantrópica
Hospital São Luiz	Privada
Hospital de Clínicas Unicamp	Pública
Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo	Privada

Em relação ao tipo de gestão, tem-se 10 hospitais públicos, 6 filantrópicos, 4 privados e um de gestão mista (público-privada). Os 10 hospitais públicos são também hospitais de ensino, e por isso aparecem bem colocados no Ranking de Hospitais. O número de artigos e páginas internas dos sites fazem com que eles realmente tenham essa boa colocação.

Os hospitais privados estão todos localizados em São Paulo.

Gráfico 2: Hospitais de Alta Complexidade e Tipo de Gestão

Abaixo são listados todos os endereços web dos hospitais. Essa etapa foi necessária para confirmar se as instituições possuíam, ou não, perfil nas mídias sociais selecionadas.

Tabela 4 – Hospitais e endereços na web

Instituição	Endereços web
Hospital Universitário Getúlio Vargas	http://www.hugv.ufam.edu.br/
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufma/
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian Ufms	http://www.nhu.ufms.br/
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	http://www.hc.ufpr.br/
Hospital Pequeno Príncipe	http://pequenoprincipe.org.br/
INCA Instituto Nacional de Câncer	https://www.inca.gov.br/
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	https://www.hcpa.ufrgs.br/
Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Conceição	https://www.ghc.com.br/
Hospital Mae de Deus	https://www.maededeus.com.br/
Hospital Israelita Albert Einstein	https://www.einstein.br/
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas	http://www.incor.usp.br/

Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII	https://hospitaldeamor.com.br/
Hospital do Câncer A C Camargo	https://accamargo.org.br/
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	https://accamargo.org.br/
Hospital Sirio Libanês	https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/
Hospital Universitário da USP	http://www.hu.usp.br/
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/
Hospital São Luiz	http://www.saoluiz.com.br/
Hospital de Clínicas Unicamp	https://www.hc.unicamp.br/
Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo	http://www.bp.org.br/

Dois dos hospitais não tem um site próprio, o da UFMG e o da UFMA. Ambos são ligados Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, que foi criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. Nesse sentido, cabe à ela disponibilizar para os hospitais infraestrutura para que eles possam ter seus sites.

No texto que se segue, são descritos os resultados relacionados ao uso de mídias sociais pelos hospitais de alta complexidade elencados. A análise é feita por cada uma das mídias selecionadas para o presente estudo.

a) Facebook

De todos os hospitais estudados, apenas três não possuem página no Facebook. São eles: o INCA, o Hospital Universitário da USP e Hospital Universitária Getúlio Vargas (UFAM). Surpreende que o INCA, dado o seu papel em oncologia no âmbito do SUS, não faça uso de Facebook.

Tabela 5 – Check List de hospitais com páginas de Facebook

HOSPITAL	FACEBOOK
Hospital Universitário Getúlio Vargas	x
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	https://www.facebook.com/huufmaoficial/
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	https://www.facebook.com/hcufmg
Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian Ufms	https://www.facebook.com/HumapUfms/
Hospital Pequeno Principe	https://www.facebook.com/hospitalpp/
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	https://www.facebook.com/chcufpr
INCA Instituto Nacional de Câncer	X
Hospital Mae de Deus	https://www.facebook.com/HospitalMaedeDeus/
Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Conceição	https://www.facebook.com/grupohospitalarconcei
Hospital de Clinicas de Porto Alegre	https://www.facebook.com/hcpa.poa/?ref=hl
Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII	https://www.facebook.com/ohospitaldeamor
Hospital do Câncer A C Camargo	https://www.facebook.com/accamargocancercente
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	https://www.facebook.com/santacasasp/?ref=ts
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	https://www.facebook.com/HospitalAlemaoOswalc
Hospital Israelita Albert Einstein	https://www.facebook.com/HospitalAlbertEinstein
Hospital Sirio Libanês	https://www.facebook.com/HospitalSirioLibanes/
Hospital São Luiz	https://www.facebook.com/HospitalSaoLuiz/
Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo	https://www.facebook.com/bporgbr
Instituto do Coração do Hospital das Clinicas	https://www.facebook.com/InCorHCFMUSP/
Hospital Universitario da Usp	x
Hospital de Clinicas Unicamp	https://www.facebook.com/hcunicampoficial/

Identificados os links das mídias sociais de cada um dos hospitais, os mesmos foram adicionadas ao FanPage Karma, e os seguintes resultados foram produzidos:

Tabela 6 – Facebook e Indicadores

Hospital / Facebook	Número de fãs	Média de Crescimento Semanal	Engajamento	Posts por dia	Valor Investido em Anúncio (Euro)
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	1.1M	1,3%	0,22%	0,9	279k
Hospital Israelita Albert Einstein	832k	0,17%	0,20%	1,5	302k
Hospital do Câncer A C Camargo	395k	0,13%	0,31%	0,4	223k
Hospital Sirio Libanês	328k	1,3%	0,59%	0,6	241k

Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII	325k	0,41%	0,22%	1,2	174k
Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo	135k	0,12%	0,55%	0,6	176k
Hospital Pequeno Príncipe	101k	0,61%	0,36%	1,6	70k
Hospital Mae de Deus	89k	0,052%	0,089%	0,7	20k
Hospital de Clinicas de Porto Alegre	89k	0,39%	0,49%	0,9	95k
Hospital São Luiz	55k	0,14%	0,31%	0,9	21k
Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Conceição	48k	0,24%	0,019%	0,7	44k
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	23k	0,70%	0,81%	1,1	14k
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	22k	0,21%	0.015%	0,2	3.5 k
Instituto do Coração do Hospital das Clinicas	5.4k	2,6%	3,5%	0,3	2.6k
Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais	4.0k	0,31%	0.0086%	0,2	4.4k
Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian Ufms	1.4k	Não disponível	0.023%	0,7	19k
Hospital de Clinicas Unicamp	1.4k	0,24%	0%	0,0027 %	13k
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	1.2k	0,93%	0.037%	0,4	33k

Alguns pontos são relevantes. Os hospitais Privados ou de Filantropia tem páginas maiores que as de hospitais públicos. Isso pode ser reflexo da presença de equipes/profissionais de comunicação vocacionadas para o uso de mídias sociais. Os 5 primeiros hospitais em número de Likes estão enquadrados em um desses tipos de gestão. Importante também ressaltar que todos eles estão no Estado de São Paulo.

Outro fator que chama atenção é a disparidade de investimento em anúncios dos Hospitais Privados e Filantrópicos para os Hospitais públicos. A diferença de investimento feito pelos hospitais é bastante expressiva, e isso pode ser entendido pelo fato do poder público não disponibilizar verba específica para esse tipo de atividade. Dos 5 primeiros, todos do estado de São Paulo (3 privados e 2 filantrópicos).

Conteúdo também é muito importante para analisar a atuação da instituição em mídias sociais. Dos 5 hospitais com os maiores números de publicações diárias no Facebook, 4 são filantrópicos e 1 é particular. Isso mostra novamente que esses dois tipos de gestão valorizam o Facebook como uma ferramenta efetiva de comunicação.

No quesito engajamento, destaque para o Hospital Público Incor, que apresenta um engajamento particularmente expressivo em suas publicações. A primeira posição no uso do Facebook, distante do segundo colocado, dá indícios de como a mídia promove engajamento. A marca da empresa é muito forte e por isso, apesar no baixo número de fãs, vê-se que o engajamento dessas pessoas é grande. Os outros 4 primeiros hospitais bem colocados ou são filantrópicos ou particulares, e investem um valor relevante em anúncios. Portanto, o valor alcançado pelo Incor demonstra que a força de engajamento das mídias dos hospitais públicos pode ser bem interessante de ser trabalhada para a promoção de saúde e educação dos pacientes. A porcentagem de crescimento de dois hospitais reafirma esse potencial. Apesar de ter uma base de fãs menor, o crescimento do Incor e do Hospital Universitário do Maranhão são bem relevantes e mostram que se bem trabalhada, essa mídia pode ser muito efetiva para os hospitais públicos. Os hospitais privados e filantrópicos por ter uma base de fãs maior acabam tendo uma média de crescimento menor.

b) Instagram

A segunda mídia analisada foi o Instagram. Atualmente, essa mídia social é uma das quais mais circulam conteúdos de saúde entre usuários (KAMEL BOULOS, GIUSTINI e WHEELER, 2016) e tem mais 1 bilhão de usuários em todo mundo, segundo a empresa. Porém,

o número de hospitais que estão presente nessa mídia social, não é tão grande quanto o do Facebook.

Tabela 7 – Check List de hospitais com páginas de Instagram

	INSTAGRAM				
Hospital Universitário Getúlio Vargas	x				
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	https://www.instagram.com/huufma/				
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	x				
Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian Ufms	x				
Hospital Pequeno Principe	https://www.instagram.com/hospitalpequenoprince				
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	https://www.instagram.com/chcufpr/				
INCA Instituto Nacional de Câncer	X				
Hospital Mae de Deus	https://www.instagram.com/hospitalmaededeus/				
Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Conceição	https://www.instagram.com/comunicaghc/				
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	https://www.instagram.com/hcpa_oficial/	Não é bu			
Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII	https://www.instagram.com/hospitaldeamor/				
Hospital do Câncer A C Camargo	https://www.instagram.com/accamargocancercente				
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	https://www.instagram.com/santacasasp/				
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	https://www.instagram.com/hospitalalemaoswalc				
Hospital Israelita Albert Einstein	http://instagram.com/hosp_einstein				
Hospital Sirio Libanês	https://www.instagram.com/hsiriolibanes/				
Hospital São Luiz	x				
Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo	https://www.instagram.com/bporgbr/				
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas	x				
Hospital Universitario da Usp	x				
Hospital de Clínicas Unicamp	x				

Dos 21 hospitais estudados, somente 13 tem perfil no Instagram. 7 estão do estado de São Paulo, 3 no Rio Grande do Sul, 2 no Paraná e 1 no Maranhão. No total 6 desses hospitais são 6 filantrópicos, 3 privados, 3 são de gestões públicas e 1 é de gestão público-privada. Por meio desses números é possível observar que os hospitais filantrópicos, talvez pela necessidade de precisar mostrar seus serviços para conseguir doações, são as instituições com a maior atuação também no Instagram.

Tabela 8 – Instagram e Indicadores

Hospital / Instagram	Número de fãs	Média de Crescimento Semanal de seguidores	Engajamento	Posts por dia
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	7,7k	3,7%	2,1%	0,3
Hospital Israelita Albert Einstein	166k	1,3%	0,55%	0,7
Hospital do Câncer A C Camargo	38k	0,49%	0,36%	0,1

Hospital Sirio Libanês	63k	2,6%	0,51%	0,4
Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII	90k	1,2%	1,0%	1,2
Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo	10k	0,60%	0,50%	0,3
Hospital Pequeno Príncipe	51 k	Não disponível	0,61%	1,0
Hospital Mae de Deus	7,2k	0,72%	0,44%	0,7
Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Conceição	3,3k	Não disponível	0,50%	0,2
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	16k	Não disponível	0,55%	0,7
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	1,6k	0,9%	0,98%	0,08
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	3,8k	Não disponível	1,5%	0,5

Além das empresas que não tem perfil, não foi possível analisar o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pois apesar de terem perfil na plataforma, o perfil não é empresarial e isso inviabiliza a captura de dados pelo Fanpage Karma.

Em relação ao número de seguidores, mudam-se as posições em relação ao Facebook, porém o ranking continua sendo liderado pelas instituições de filantrópicas e particulares. Do ranking de 12 perfis de hospitais no Instagram os três últimos lugares são de Instituições Públicas.

Em relação à média de crescimento de seguidores, a plataforma tem um problema para identificar o número de alguns perfis. Provavelmente são perfis fechado, ou seja, não é possível ter acesso à seus dados. Mas, o comportamento de Hospitais Privados e Filantrópicos também se mantem o mesmo. Novamente eles são aqueles com o maior crescimento.

Novamente no quesito engajamento destaque para o Hospital da UFMA que está em terceiro lugar no que se diz respeito a porcentagem de pessoas engajando com as publicações. Apesar de não terem um número de fãs tão grande e não crescerem tanto, aqueles que estão ali, engajam com a marca realmente.

Vê-se também que o Hospital Universitário UFMA tem atuação presente também na plataforma. Postando 1 vez a cada dois dias. Além disso, vale destacar a importância que os hospitais de São Paulo também dão a essa plataforma, pois lideram também no quesito

engajamento. O grande destaque novamente é para os hospitais privados e filantrópicos. Um detalhe a se dar atenção é que alguns particulares não postam com tanta frequência no Instagram, como o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e a Beneficência Portuguesa. Isso pode sugerir que ambos os hospitais tenham a estratégia de postar menos ou que tem utilizado o outro mecanismo da plataforma para entrega de conteúdo, o Instagram Stories.

c) LinkedIn

O LinkedIn, surpreendentemente tem mais empresas com o perfil do que o Instagram. Isso pode acontecer, pois ele dá a possibilidade de qualquer funcionário da empresa criar uma Company Page somente com o email da instituição. Por isso, na pesquisa percebemos que 17 empresas tem perfil no LinkedIn. Porém o número de quem posta e abastece a plataforma com conteúdo é muito menor.

Tabela 9 – Check List de hospitais com páginas de LinkedIn

	LINKEDIN							
Hospital Universitário Getúlio Vargas	x							
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão		https://www.linkedin.com/company/huufma/about/						
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais		https://www.linkedin.com/company/hospital-das-cl-nicas-da-ufmg/about/						
Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian Ufms	x							
Hospital Pequeno Principe		https://www.linkedin.com/company/hospital-pequeno-principe/						
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	x							
INCA Instituto Nacional de Câncer		https://www.linkedin.com/company/instituto-nacional-do-c-ncer/about/						
Hospital Mae de Deus		https://www.linkedin.com/company/588620						
Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Conceição	x							
Hospital de Clínicas de Porto Alegre		https://www.linkedin.com/company/791011/						
Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII		https://www.linkedin.com/company/hospitaldeamor/						
Hospital do Câncer A C Camargo		https://www.linkedin.com/company/accamargo/						
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo		https://www.linkedin.com/company/santacasasp/						
Hospital Alemão Oswaldo Cruz		https://www.linkedin.com/company/hospitalalemaoswaldocruz/						
Hospital Israelita Albert Einstein		http://www.linkedin.com/company/hospital-albert-einstein						
Hospital Sirio Libanês		https://www.linkedin.com/company/hospitalsiriolibanes/						
Hospital São Luiz		https://www.linkedin.com/company/rede-dor-saoluiz						
Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo		https://www.linkedin.com/company/bp--a-benefic%C3%Aancia-portuguesa-de-s						
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas		https://www.linkedin.com/company/incor---hcfmusp/about/-sem-Atualização						
Hospital Universitario da Usp		https://www.linkedin.com/company/hospital-universitario-da-usp---sp						
Hospital de Clínicas Unicamp		https://www.linkedin.com/company/hospital-de-cl-nicas---unicamp/						

Tabela 10 – LinkedIn e Indicadores

Hospital \ LinkedIn	Número de seguidores	Média de Crescimento Semanal	Engajamento	Posts por dia
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	88k	Não disponível	0,076%	0,7
Hospital Israelita Albert Einstein	263k	Não disponível	0,043%	0,7

Hospital do Câncer A C Camargo	114k	Não disponível	0,016%	0,2
Hospital Sirio Libanês	184k	Não disponível	0,056%	0,3
Hospital de Câncer de Barretos Fundação Pio XII	7,4k	Não disponível	0,21%	0,3
Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo	102k	0,12%	0,0098%	0,2
Hospital Pequeno Príncipe	1,7k	Não disponível	0,11%	0,09
Hospital Mae de Deus	28k	Não disponível	0,053%	0,3
Hospital de Clinicas de Porto Alegre	22k	Não disponível	0,037%	0,5
Hospital São Luiz	109k	Não disponível	0,054%	0,3
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	24k	Não disponível	0,10%	0,8
Instituto do Coração do Hospital das Clinicas	7,4k	Não disponível	0%	0,3
Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais	4.0k	Não disponível	0%	0
Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian Ufms	1.4k	Não disponível	0.023%	0,7
Hospital de Clinicas Unicamp	1,1	Não disponível	0%	0
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	2	Não disponível	0%	0
INCA – Instituto Nacional do Câncer	5,6k	Não disponível	0%	0
Hospital Universitário da USP	1,1k	Não disponível	0%	0

O mesmo comportamento se repete no LinkedIn. Os hospitais privados e filantrópicos estão nos primeiros lugares em número de seguidores. As últimas posições em sua totalidade, excluindo o Hospital Pequeno Príncipe, são de instituições públicas. Novamente o destaque para os hospitais do estado de São Paulo, que ocupam as oito primeiras posições em números de seguidores.

Em relação ao número de publicações, é interessante atentar-se para a falta de produção de conteúdo dos Hospitais Públicos. As páginas das instituições têm público, porém as postagens não são feitas. Isso pode estar acontecendo por que as instituições, principalmente as públicas não viram na plataforma um lugar potencial de comunicação. Alguns dos hospitais

privados e filantrópicos, principalmente do estado de São Paulo já começaram a utilizar a plataforma, ainda timidamente, mas porém já tem um planejamento de conteúdo.

Infelizmente, a Fanpage Karma não conseguiu exibir o taxa de crescimento de cada página nesse tempo e portanto não foi possível analisar esse indicador no LinkedIn.

Em relação ao engajamento, vê-se um número muito pequeno ainda. Isso acontece pois a dinâmica social do LinkedIn privilegia mais a entrega do perfil pessoal do que da página. Se não houver uma estratégia entre perfil e página, realmente os números de engajamento na maioria das vezes fica baixo. Um fato é que quem não posta, não tem engajamento, e mais uma vez vemos que o engajamento com os hospitais públicos é quase zero.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao explorar o uso das mídias sociais por hospitais de alta complexidade, percebeu-se que essas ferramentas de comunicação já estão inseridas em várias dessas instituições. No geral, vê-se que há sim a necessidade e público interessado pelo conteúdo dos Hospitais de Alta Complexidade nas mídias sociais. Porém, ao se identificar os hospitais brasileiros, é possível perceber que, por terem recursos destinados a esse fim, as Instituições privadas e filantrópicas conseguem resultados bem melhores do que as públicas. Além disso, a falta de mídias sociais efetivas vão de encontro as leis de transparências requeridas pelo governo. O público deve ter possibilidade de acessar informações de órgãos públicos e hoje, vê-se que somente um site, não consegue atingir todas as pessoas.

É importantíssimo também que as instituições tenham acesso a ferramentas como a Fanpage Karma, para conseguirem mensurar o real resultado de suas ações. Além disso, é importantíssimo que sejam formados profissionais preparados para essa mensuração. As tabelas e as análises feitas no estudo podem auxiliar várias instituições a tomar decisões de comunicação e de investimento.

As mídias sociais são ferramentas essenciais hoje em qualquer estratégia de comunicação. Os hospitais particulares e filantrópicos já perceberam isso e a cada dia ganham mais fãs e seguidores. Espera-se que trabalhos como esses atentem o governo para essa mudança tão necessária para a evolução e transparência dos serviços de saúde nos Hospitais de Alta Complexidade. O conteúdo digital das instituições de saúde auxilia a ultrapassar barreiras e atingir horizontes ainda mais longínquos.

9. REFERÊNCIAS

- ADAMS, S. A. Use of social media by hospitals and health authorities. In: **Participatory Health Through Social Media**. Academic Press, 2016. p. 27-41.
- AL-EISA, Einas et al. Effect of motivation by “Instagram” on adherence to physical activity among female college students. **BioMed research international**, v. 2016, 2016.
- ALMIND, Tomas C.; INGWERSEN, Peter. Informetric analyses on the world wide web: methodological approaches to ‘webometrics’. **Journal of documentation**, v. 53, n. 4, p. 404-426, 1997.
- ANTHEUNIS, Marjolijn L.; TATES, Kiek; NIEBOER, Theodoor E. Patients’ and health professionals’ use of social media in health care: motives, barriers and expectations. **Patient education and counseling**, v. 92, n. 3, p. 426-431, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23899831>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- ARAÚJO, Kizi. A Pesquisa nos Hospitais Universitários Brasileiros: Realidade ou Modelo ainda em Implementação? Rio de Janeiro, 2013. 216p. Tese (**Doutorado em Química Biológica, Área de Concentração Educação, Gestão e Difusão em Biociências**) - Instituto de Bioquímica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013
- BALATSOUKAS, Panos et al. The role of social network technologies in online health promotion: a narrative review of theoretical and empirical factors influencing intervention effectiveness. **Journal of medical Internet research**, v. 17, n. 6, 2015.
- BERNARDO, Theresa Marie et al. Scoping review on search queries and social media for disease surveillance: a chronology of innovation. **Journal of medical Internet research**, v. 15, n. 7, 2013.
- BRASIL. Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.
- BRASIL. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez 2010. Disponível em: . Acesso em: 03 ago 2017.
- BRASIL. Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez 2013
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 2009.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION et al. **Using social media**: practical and ethical guidance for doctors and medical students. British Medical Association, 2011.
- BROWN, J., RYAN, C., & HARRIS, A. (2014). How doctors view and use social media: a national survey. *Journal of medical Internet research*, 16(12).

BURKE-GARCIA, Amelia; SCALLY, Gabriel. Trending now: future directions in digital media for the public health sector. **Journal of Public Health**, v. 36, n. 4, p. 527-534, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24468840>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CASTELLS, Manuel; MAJER, Roneide Venâncio; GERHARDT, Klauss Brandini. **A sociedade em rede**. Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CIRIBELI, João Paulo; PAIVA, Victor Hugo Pereira. Redes e mídias sociais na internet: realidades e perspectivas de um mundo conectado. **Revista Mediação**, v. 13, n. 12, 2011. Disponível em: <<http://www.fumec.br/revistas/mediacao/article/view/509>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

CHRETIEN, K. C.; KIND, T. Social media and clinical care: ethical, professional, and social implications. **Circulation**, v. 127, n. 13, p. 1413-1421, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23547180>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

DE SOUSA, Larissa Mahall Marinho; AZEVEDO, Luiza Elayne. **O uso de mídias sociais nas empresas: adequação para cultura, identidade e públicos**. 2010.

DORWAL, Pranav et al. Role of WhatsApp messenger in the laboratory management system: a boon to communication. **Journal of medical systems**, v. 40, n. 1, p. 14, 2016.

EYSENBACH, Gunther. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). **Journal of medical Internet research**, v. 6, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.jmir.org/article/view/jmir_v6i3e34>. Acesso em: 13 mar. 2017.

EYSENBACH, Gunther. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. **Journal of medical Internet research**, v. 10, n. 3, 2008.

FROST, Jeana; MASSAGLI, Michael. PatientsLikeMe the case for a data-centered patient community and how ALS patients use the community to inform treatment decisions and manage pulmonary health. **Chronic respiratory disease**, v. 6, n. 4, p. 225-229, 2009.

GAUTHIER, Timothy P.; SPENCE, Earlene. Instagram and clinical infectious diseases. **Clinical infectious diseases**, v. 61, n. 1, p. 135-136, 2015.

GRAJALES F. **Social networking sites and the continuously learning health system: a survey**. Washington (DC): Institute of Medicine of the National Academies, 2014.

GRAJALES III, Francisco Jose et al. Social media: a review and tutorial of applications in medicine and health care. **Journal of medical Internet research**, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24518354>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

GREYSEN, S. Ryan; KIND, Terry; CHRETIEN, Katherine C. Online professionalism and the mirror of social media. **Journal of general internal medicine**, v. 25, n. 11, p. 1227-1229, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2947638/>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

GRIFFIS, Heather M. et al. Use of social media across US hospitals: descriptive analysis of adoption and utilization. **Journal of medical Internet research**, v. 16, n. 11, 2014.

GLOVER, McKinley et al. Radiology and social media: are private practice radiology groups more social than academic radiology departments?. **Journal of the American College of Radiology**, v. 12, n. 5, p. 513-518, 2015.

HARDEY, Michael. Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. **Sociology of Health & Illness**, v. 21, n. 6, p. 820-835, 1999.

HAWN, Carleen. "Take two aspirin and tweet me in the morning: how Twitter, Facebook, and other social media are reshaping health care." **Health affairs**, v. 28, n. 2, p. 361-368, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19275991>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

HOLMBERG, Christopher et al. Adolescents' presentation of food in social media: An explorative study. **Appetite**, v. 99, p. 121-129, 2016.

HOUSE, James S. et al. Social stratification, age, and health. In: **Aging, health behaviors, and health outcomes**. Psychology Press, 2013. p. 13-44.

HRYNASZKIEWICZ, Iain et al. Preparing raw clinical data for publication: guidance for journal editors, authors, and peer reviewers. **BMJ**, v. 340, 2010. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/340/bmj.c181>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

JENKINS, Henry. **Cultura da convergência**. São Paulo: Aleph, 2015.

JOHNSTON, Maximilian J. et al. Smartphones let surgeons know WhatsApp: an analysis of communication in emergency surgical teams. **The American Journal of Surgery**, v. 209, n. 1, p. 45-51, 2015.

KAY, Misha; SANTOS, Jonathan; TAKANE, Marina. mHealth: New horizons for health through mobile technologies. **World Health Organization**, v. 64, n. 7, p. 66-71, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf>. Acesso em: 12 maio. 2017.

KAMEL BOULOS, Maged; GIUSTINI, Dean; WHEELER, Steve. Instagram and WhatsApp in health and healthcare: an overview. **Future Internet**, v. 8, n. 3, p. 37, 2016.

KARIMKHANI, Chante et al. Dermatology on instagram. **Dermatology online journal**, v. 20, n. 7, 2014.

KORDA, Holly; ITANI, Zena. Harnessing social media for health promotion and behavior change. **Health promotion practice**, v. 14, n. 1, p. 15-23, 2013.

KOVIC, Ivor; LULIC, Ileana; BRUMINI, Gordana. Examining the medical blogosphere: an online survey of medical bloggers. **Journal of medical internet research**, v. 10, n. 3, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626433/>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

KOTLER, Philip. **Marketing 4.0**. Leya, 2017.

LEUNG, L. A panel study on the effects of social media use and internet connectedness on academic performance and social support. **International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning**, v. 5, n. 1, p. 1-16, 2015.

LUPTON, Deborah. **Digital health: critical and cross-disciplinary perspectives**. Routledge, 2017.

MCNAB, Christine. What social media offers to health professionals and citizens. **Bulletin of the world health organization**, v. 87, n. 8, p. 566-566, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/09-066712/en/>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (Brasil). Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). As Redes de Atenção à Saúde. In: Portal da Saúde. Brasília, DF. 2012. Disponível em: Acesso em: 22 set 2017.

MOUBARAK, G, GUIOT A, BENHAMOU Y, BENHAMOU A, HARIRI S. **Facebook activity of residents and fellows and its impact on the doctor–patient relationship**. *Journal of medical ethics*, v. 37, n. 2, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21160080>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

MUESSIG, Kathryn E. et al. Mobile phone applications for the care and prevention of HIV and other sexually transmitted diseases: a review. **Journal of medical Internet research**, v. 15, n. 1, 2013.

NASERI BOORI ABADI T, SHEIKHTAHERI A. Social Media and Health Care: Necessity of Facing Their Challenges. **Iranian Journal of Public Health**, v. 44, n. 4, p. 596-597, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441977/>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009

RICHARDSON, Amanda; GANZ, Ollie; VALLONE, Donna. The cigar ambassador: how Snoop Dogg uses Instagram to promote tobacco use. **Tobacco control**, v. 23, n. 1, p. 79-80, 2014.

RICHTER, Jason P.; MUHLESTEIN, David B.; WILKS, Chrisanne EA. Social media: how hospitals use it, and opportunities for future use. **Journal of Healthcare Management**, v. 59, n. 6, p. 447-460, 2014.

SACRAMENTO, Igor. A saúde numa sociedade de verdades. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1514/0>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SCHOENBERG, Ursula. A rising tide: Hospitals and social media. **Medical Writing**, v. 21, n. 1, p. 51-55, 2012. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/204748112X13305147722817>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SEVCENKO, Nicolau. **A corrida para o século XXI: no loop da montanha-russa**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2001.

SCHNEIDER, R. Redes sociais em empresas públicas: usos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em <https://www.cmtecnologia.com.br/midias-sociais-no-mercado-da-sa...>, 2015. Acesso em 30/05/2018.

SHACHAK, A.; JADAD, A. R. Electronic health records in the age of social networks and global telecommunications. **JAMA**, v. 303, n. 5, p.452-453, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20124543>>. Acesso 10 jan. 2017.

SYED-ABDUL, Shabbir; GABARRON, Elia; LAU, Annie (Ed.). **Participatory health through social media**. Academic Press, 2016.

THAKER, Samir I. et al. How US hospitals use social media. **Annals of internal medicine**, v. 154, n. 10, p. 707, 2011.

TIGGEMANN, Marika; ZACCARDO, Mia. “Exercise to be fit, not skinny”: The effect of fitspiration imagery on women's body image. **Body image**, v. 15, p. 61-67, 2015.

TOPOL, Eric J.; HILL, Dick. **The creative destruction of medicine: How the digital revolution will create better health care**. New York: Basic Books, 2012.

VAN DE BELT, Tom H. et al. Use of social media by Western European hospitals: longitudinal study. **Journal of medical Internet research**, v. 14, n. 3, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22549016>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

YI-FRAZIER, Joyce P. et al. Using Instagram as a modified application of photovoice for storytelling and sharing in adolescents with type 1 diabetes. **Qualitative health research**, v. 25, n. 10, p. 1372-1382, 2015.