

CAPÍTULO 1

HOMO MEDICUS DIGITALIS

DESAFIOS E PARADOXOS DA SAÚDE DIGITAL NAS SOCIEDADES DESIGUAIS

Carlo Botrugno

Abstract: This work aims at shedding light on the deterministic vision about the benefits of technological innovation processes in industrialized countries by entrenching it with a trend that has permeated the organization, management and functioning of contemporary healthcare systems, that is the commodification. Such a vision refers to a naive perspective of medical epistemology and medical practice and reinforces the belief that the patient's body works as a machine in the Cartesian manner, and the disease is not but a failure that can be repaired mechanically. The key chosen to reflect on this relationship from a critical perspective is that offered by the notion of *homo medicus*, which will be recalibrated in a “digital” fashion. This allows to assess the weight of the transformations resulting from the diffusion of health services mediated by information and communication technologies, paying attention to the relationships of meaning that its use establishes with respect to trends in the commodification of health.

Keywords: commodification, homo medicus digitalis, medicalization, inequalities, digital divide, digital health, telemedicine.

1. Introdução

Em junho de 2018, tive a oportunidade de participar numa reunião de especialistas organizada pelo Regional Office for Europe da Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre a construção de uma *Roadmap for the Digitalization of National Health Systems in Europe*.¹ A reunião contou com a presença de funcionários do governo dos Países envolvidos com competências em saúde digital e informatização da prática médica. Cada um deles contribuiu para traçar o quadro da situação interna, para depois concluir com a esperança de que o desenvolvimento das respetivas políticas nacionais para a digitalização dos sistemas de saúde pudesse avançar rapidamente, possivelmente graças ao apoio da própria OMS.

Surpreendentemente, porém, com exceção de uma menção (obrigatória) à questão da proteção de dados pessoais, durante o encontro não foram levantados problemas ou questões críticas no campo da digitalização na saúde, apesar de uma literatura ampla e transversal ter destacado que as implicações dessa forma de inovação ainda precisam de ser adequadamente avaliadas, sobretudo do ponto de vista ético-jurídico (e.g. Lateef; Kaplan; Botrugno, “Towards an Ethics for Telehealth”). Além disso, no que se refere à conveniência económica dos serviços digitais inovadores, não parece supérfluo lembrar que os custos exigidos para sua introdução na prática quotidiana permanecem consideráveis, apesar das promessas de economia que muitas vezes os acompanham.² Durante o encontro, alguns sinalizaram a oportunidade de explorar a internet para fortalecer as “habilidades” dos pacientes – aqui a referência obrigatória é ao tão falado “empoderamento”. Em particular, entre as várias propostas apresentadas a este respeito, foi sublinhada a necessidade de tornar o conhecimento médico facilmente acessível *online*, para que qualquer pessoa – “através de uma simples

pesquisa no Google” – possa obter *feedback* sobre o seu caso sem “ter de consultar necessariamente um médico”.

A meu ver, esta proposta remete a uma visão ingénuas tanto da epistemologia quanto da própria prática médica, uma visão dentro da qual o corpo do paciente é concebido à maneira cartesiana como uma “máquina”, e a doença não passa de uma “falha” que pode ser reparada “mecanicamente”, através de intervenções cirúrgicas ou farmacológicas (Wilson e Holt; Evans et al.; Botrugno, “Innovazione tecnologica”). Nesta visão, a inovação tecnológica é entendida, por um lado, num sentido determinístico, ou como um processo linear que consiste na introdução de um objeto x num contexto y, que por sua vez gera um efeito z; por outro lado, é entendida como um fenómeno de natureza “neutra”, ou seja, desprovido de valores, e desprovido de interesses diferentes do “progresso da sociedade”, entendido genericamente (Suchman e Bishop; Sucham et al.; Botrugno et al., “The Telehealth Brazil Networks”).

Para além do episódio acima referido, este tipo de visão é relevante para os propósitos da presente reflexão na medida em que surge da intersecção entre orientações institucionais, estratégias públicas, interesses privados e literatura especializada sobre ciências da computação médica e da engenharia. Inconscientemente ou não, uma “retórica da inovação tecnológica” forma-se a partir desta intersecção, que enfatiza o potencial da tecnologia em detrimento das repercussões que a sua introdução pode induzir a nível económico, político, social, cultural, ético e jurídico. Como se argumenta na continuação desta reflexão, esta retórica é tão penetrante que produz o efeito de um enorme viés público que, na maioria das vezes, favorece os interesses dos sujeitos que contribuem para a sua definição, favorecendo uma difusão acrítica das novas tecnologias, com o resultado de promover uma profunda reestruturação dos sistemas de saúde contemporâneos e, sobretudo, da relação entre o público e o privado (Pellegrino; Lown).

Nesse contexto, portanto, o principal objetivo deste trabalho é relacionar tal visão tecnológico-determinista, e a correlata retórica da inovação, com uma tendência que se insinuou em todos os níveis de organização, gestão e funcionamento dos sistemas de saúde dos países industrializados, ou seja, a chamada *commodification*. Este termo consolidou-se na sua especificidade dentro de uma vasta literatura (Jasso-Aguilar e Waitzkin; Esposito e Perez), designando a tendência de transformar recursos ou bens materiais ou imateriais, incluindo o acesso a eles, em *commodity* – ou seja, um bem ou serviço – e, portanto, em algo que pode ser produzido e adquirido no mercado. A chave eleita para refletir sobre essa relação em perspectiva crítica é aquela oferecida pela noção de *homo medicus*, a qual evoca um indivíduo que, cada vez mais, é chamado a assumir as próprias condições de saúde-doença por meio do envolvimento numa série de atividades – como formas de “prevenção ativa” e monitorização de parâmetros vitais – que tendem a borrar as fronteiras convencionais entre o cuidado que cada pessoa tem de si e a utilização dos serviços de saúde convencionais (Peretti-Watel e Moatti).

Para os propósitos deste trabalho, porém, essa noção será recalibrada numa perspectiva “digital”, ou seja, repensada para avaliar o peso das transformações decorrentes da difusão dos serviços de saúde mediados pelas tecnologias de informação e comunicação, prestando atenção às relações de sentido que o seu uso estabelece no que diz respeito às tendências de mercantilização da saúde.

2. *Commodification* e medicalização: uma lógica incremental

A *commodification*, conforme descrita na introdução deste trabalho, deve ser considerada na sua dimensão processual, ou seja, como um

fenómeno pelo qual recursos e bens que num determinado momento estão “disponíveis” ao público – e, portanto, são acessíveis, ainda que sob certas condições – convertem-se em “mercadoria” ou serviço de produção em massa, tornando-se objeto de lucro para quem os oferece, e item de despesa para quem é forçado ou induzido a adquiri-los no mercado (Christiansen; Timmermans e Almeling).

Quando se pensa na *commodification* em saúde, deve-se observar que o objeto deste fenômeno pode ser múltiplo, pois um sistema de saúde é constituído por um complexo de recursos (humanos, materiais e imateriais), bens, serviços, saberes, práticas e valores, cuja organização visa garantir a saúde das pessoas, nas diversas formas que a concretização deste objetivo possa exigir (Pellegrino; Evans e Stoddart). Como se sabe, as sociedades contemporâneas destinam grande parte dos seus recursos económicos à produção e distribuição de bens, atividades, serviços, recursos e meios voltados à prevenção, tratamento e manutenção da saúde da população.

Nesse sentido, pode-se dizer que a “saúde” representa uma indústria (Evans e Stoddart 1347), o que nos permite compreender a proximidade entre a *commodification* e a organização dos sistemas de saúde modernos. Por outro lado, deve-se lembrar que o próprio surgimento da *commodification* remonta à crise económica que atingiu as economias ocidentais na virada dos anos 1980 e, portanto, à consolidação correlata de lógicas liberais que contribuíram para reestruturar profundamente a ideia, o peso e a atuação global dos sistemas públicos de saúde, abrindo espaço para a atuação de entidades privadas que oferecem bens e serviços em regime competitivo, ou com fins lucrativos (Ferreira e Mendes; Ballandi).

Embora não seja possível aqui detalhar o surgimento e a consolidação de tais lógicas, é preciso lembrar que, especialmente nas últimas três décadas, a transferência de bens e serviços do âmbito de atuação

e abrangência dos sistemas públicos de saúde à saúde privada tem crescido em volume e importância, como atesta o aumento progressivo dos gastos diretos saúde do cidadão, mesmo em países com sistemas de saúde universalistas como os europeus.

Para alguns autores (Pellegrino), o fortalecimento das tendências de *commodification* da saúde deve ser relacionado ao surgimento do *managed care*, modelo surgido no final do século XX nos Estados Unidos. Na perspectiva do *managed care*, a assistência à saúde é oferecida nas mesmas condições de qualquer outra mercadoria disponível no mercado, o que implica que os provedores de bens e serviços competem livremente ao oferecer aos pacientes, como consumidores, a possibilidade de escolher quantos e quais usar. O funcionamento desse modelo parece ser uma expressão direta da teoria de Adam Smith, segundo a qual a busca de interesses individuais se traduz, a longo prazo, num benefício mais amplo para a comunidade. Aqui, porém, deve-se ressaltar que, diferentemente de outras atividades públicas, que também podem ser atraídas para a órbita da *commodification*, a assistência à saúde se caracteriza, por um lado, pelo total envolvimento biológico, psicossocial e espiritual intrínseco ao exercício da própria prática médica e, por outro, correlativamente, à condição de vulnerabilidade vivenciada pelo paciente, o que o leva a confrontar-se com a ideia de finitude do ser humano.

A implantação da *commodification* nos sistemas de saúde contemporâneos pode assumir formas evidentes – aqui a referência é sobretudo a algumas técnicas de *marketing*, incluindo práticas de *influencing* e *targeting* comerciais ou, mais simplesmente, a concessão de patrocínios e doações monetárias – ou de formas sub-reptícias, incluindo acesso a cargos que permitam a participação nos processos de tomada de decisão e na definição das normas que regem o funcionamento e organização dos sistemas de saúde. Essas formas de

condicionamento, de facto, podem afetar aspetos fundamentais, incluindo a definição da relação entre o público e o privado, a adoção de determinadas políticas de saúde e até a própria definição do que deve ser considerado “saúde” e “doença” (Botrugno, “Il diritto alla salute”; Esposito e Perez). Já se sabe, a este respeito, que o poder económico das grandes *corporations* (Donders; Santoro; Sassen) – na área da saúde e fora dela – é de molde a condicionar o que se definia como a “janela do discurso” (Russell), ou seja, as narrativas dominantes das quais podem depender tanto a definição de políticas públicas quanto a adoção de comportamentos e escolhas por parte do indivíduo. Por outro lado, a relação que esses sujeitos mantêm com as instituições e autoridades públicas permanece ambivalente. Com efeito, se por um lado os particulares são habitualmente os titulares de pedidos de desregulamentação – que visam eliminar o maior número possível de entraves à sua atividade económica –, por outro lado, estes últimos devem em todo o caso poder “contar” com o poder de regulamentação das instituições públicas para toda uma série de circunstâncias relativas, por exemplo, à autorização e comercialização dos produtos e serviços oferecidos.

2.1. Medicalização, *disease mongering* e *health consumerism*

A *commodification* deve ser investigada juntamente com uma outra tendência com a qual está intimamente relacionada, a saber, a chamada “medicalização”. Em sentido genérico, a expressão refere-se à definição de um problema ou de uma questão específica em termos médicos, geralmente sendo um distúrbio ou condição patológica. Mais especificamente, a noção de medicalização consolidou-se em sentido crítico graças à reflexão teórica elaborada desde a década de 1970 por autores como Peter Conrad, Thomas Szasz e Ivan Illich. Como

se sabe, este último em particular tem descrito a medicalização das sociedades contemporâneas como uma “némesis”, ou melhor, uma vingança da própria arte de curar cujos excessos são finalmente dirigidos contra os próprios pacientes. Voltando a esse tipo de perspectiva, Silvio Garattini³ define “medicalização” como uso de diagnóstico, terapia e reabilitação sem evidência de eficácia. Portanto, para Garattini, a medicalização surge da crença de que “existe um remédio para todo o estado de mal-estar, insatisfação ou desconforto; também se expressa como obstinação terapêutica quando não há mais esperança de obter um benefício”. Por outro lado, alguns autores têm destacado que a expansão da intervenção médica para áreas antes dela excluídas não deve necessariamente ser vista em sentido negativo (van Dijk et al.). Outros têm destacado com propriedade que a medicalização se refere a processos de natureza complexa, ambígua e não única, do que decorre a insuficiência de análises baseadas no mero domínio da profissão médica sobre os pacientes (Faulkner).

No plano conceptual, porém, pode-se dizer que a medicalização encontrou terreno fértil na progressiva dissolução da fronteira entre o normal e o patológico, que serviu de pendor para o surgimento da ideia de vigilância sanitária – ou mesmo *surveillance medicine* – que ocorreu no início do século 20. Para David Armstrong, em particular, os esforços para dissolver a dicotomia normal-patológico (Canguilhem) são particularmente evidentes após a Segunda Guerra Mundial, especialmente quando se considera o fascínio exercido pelo enfraquecimento da distinção entre paciente e pessoa, juntamente com a correspondente lógica binária que separava a saúde da doença. Nessa perspectiva, a constatação de que “o paciente era indissociável da pessoa” teria levado à transformação de cada indivíduo em paciente potencial, o que, por sua vez, teria servido como pré-requisito fundamental para a inclusão de um público mais amplo de assuntos no campo da

investigação médica. Não é por acaso, de facto, que a medicalização em saúde tem sido muitas vezes associada ao chamado comércio de doenças (Esposito e Perez), que alude literalmente à criação de novas doenças através da transformação de condições intrínsecas ao desenvolvimento e/ou envelhecimento humano em sintomas e estados patológicos (Moynihan et al.; R. Smith).

Embora conceptualmente distintos, de facto, é possível afirmar que a medicalização e a mercantilização correspondem ambas a fenómenos caracterizados por uma “lógica incremental”. Com efeito, se a primeira assenta essencialmente numa expansão do âmbito da prática médica, a segunda partilha da mesma lógica de acumulação típica da economia capitalista, extraindo racionalidades que se inspiram diretamente no mercado enquanto princípio regulador (e desregulador), bem como um mecanismo para alocação mais eficiente dos recursos disponíveis (Jasso-Aguilar e Waitzkin). Portanto, tanto a medicalização quanto a *commodification* evocam uma visão a partir da qual se acredita que a utilização de um maior número de serviços de saúde pode equivaler a uma melhor proteção da saúde humana. Nesse sentido, pode-se dizer que ambos os fenómenos alimentam uma perspetiva consumista, que desagua nas tendências gerenciais recentemente consolidadas nos sistemas públicos de saúde nas últimas duas décadas (Botrugno, “Il diritto alla salute”). A um olhar atento, de facto, parece evidente que a convergência desses fenómenos – *commodification*, medicalização e *consumerism* – tem feito com que a relação entre o doente e o sistema de saúde se caracterize cada vez mais como uma relação contratual, aquela entre o utente e o organismo prestador de serviços, o que também tem contribuído para aumentar a separação entre a doença e o político, económico, culturais e sociais que o co-constituem. Nessa perspetiva, a doença é desvinculada do contexto em que o indivíduo se encontra imerso – o seu “mundo vital” – e convertida em condição

individual, a ser tratada por meio do conhecimento oferecido por uma ciência, a médica, conceituada, de forma demasiado ingénuo, como um conhecimento objetivo e livre de outros interesses que não o da cura (Richards et al.).

3. *Homo medicus* e *prosumer*: além da retórica da “ativação digital”

Na introdução deste trabalho antecipou-se que a chave escolhida para refletir sobre a relação entre inovação tecnológica e *commodification* é aquela oferecida pela noção de *homo medicus*, figura que metaforicamente evoca um paciente que se torna gestor da sua própria saúde – ou, para recordar Michel Foucault, “empresário de si mesmo” (Foucault). De facto, se até há poucos anos o paciente se limitava a “contribuir” para a recolha de sintomas feita pelo médico, hoje ele é cada vez mais induzido a empreender percursos inovadores de “cuidado-gestão-responsabilidade” em que se inserem atividades de natureza e finalidade diversas – educação, promoção e prevenção da saúde –, a adesão às quais pressupõe certas competências (literacia em saúde, capacidade de autodeterminação, etc.) e a disponibilização de certas oportunidades (acesso à informação, recursos económicos e sociais, etc.). Esta estratégia de “ativação” refere-se de forma enfática, e muitas vezes retórica, não apenas à ideia de cuidado centrado no paciente, mas, de forma mais geral, àquela pela qual este finalmente se torna “protagonista” da sua própria saúde. No entanto, por detrás da ativação do paciente – que em termos teóricos representa um objetivo tão marcante quanto desejável – está o que pode ser entendido como uma autêntica mudança de paradigma, pois, paradoxalmente, a adesão ao modelo do *homo medicus* remete a uma noção de saúde que é constitutivamente incompleta, ou em perpétua suspensão, pois

o ponto de partida deixa de ser o “estado de saúde” para passar a ser a “condição de risco” a que está exposto (Diprose et al.).

Como já foi referido, a emergência deste novo paradigma parece dever-se em grande medida à influência exercida pela indústria médica no seu conjunto, que hoje inclui uma miríade de atores, desde as mais conhecidas empresas farmacêuticas a empresas produtoras de dispositivos médicos, passando por empresas que oferecem serviços, inclusive de natureza previdenciária, oferecidos para complementar o nível de proteção à saúde garantido pelos sistemas públicos (Donders 380). No entanto, cada vez mais esta estratégia de ativação é realizada por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação (Lupton, “The Digitally Engaged Patient”; “Towards Critical Digital Health Studies”). É por isso que se pode dizer que o *homo medicus* assume hoje a aparência de um *homo medicus digitalis*, ou melhor, de um indivíduo que cada vez mais confia a proteção da sua própria saúde a aplicações, ferramentas e serviços de natureza digital. Nesse sentido, como destaca Alexander Faulkner, considerando que a assistência à saúde é amplamente baseada em serviços e dispositivos tecnológicos, a medicalização atual pode ser considerada para todos os efeitos uma medicalização tecnológica (Faulkner 29).

No entanto, para apreender plenamente as conotações salientes do *homo medicus digitalis*, é preciso levar em consideração outra figura altamente evocativa, a do *prosumer*, termo que designa a fusão – não apenas semântico-simbólica – entre produtor e consumidor. Com efeito, a figura do “prossumidor” surgiu já nos anos 80, quando este termo começou a ser utilizado para evocar um cenário socioeconómico radicalmente diferente do da época, um cenário em que o homem podia criar e personalizar os bens e os serviços que então consumiria (Toffler). Nesse contexto, a difusão da *prosumtion* foi entendida por alguns como uma possível alavanca de mudança social,

que teria redesenhado o equilíbrio da relação entre industrialização de massa e consumo, voltando-a para processos de personalização e, conseqüentemente, deslocando o poder de produção para as mãos dos indivíduos (Comor). Quarenta anos depois do surgimento dessa visão, e apesar da ascensão do “prossumidor” como figura central na dinâmica de mercado das sociedades industrializadas, é evidente que o alcance das desigualdades socioeconômicas aumentou hoje, sobretudo quando se considera a consolidação das posições de poder econômico e social ocupadas por grandes empresas que oferecem bens e serviços que, paradoxalmente, são cada vez mais apresentados e vendidos como “personalizados”. Nesse sentido, Edward Comor efetivamente observou que a ascensão do *prosumer* “parece estar ligada mais à centralização do que à descentralização do poder; mais para o avanço das hierarquias do que para o seu enxugamento; mais à perpetuação da alienação do que a um mecanismo de autorrealização e efetiva liberdade” (Comor 321). E ainda destaca: “Em resposta aos progressistas que conceituam a *prosumption* como co-criação, e esta última como a expressão material de um intelecto social iminente (e progressivo), argumentamos que, na medida em que a propriedade privada, os contratos e o valor de troca permanecem os mediadores dominantes de nossa política economia, as disparidades e as relações de exploração permanecerão praticamente intactas” (*ibid.* 322).

Portanto, diante da ausência de uma mudança política, econômica e cultural mais ampla, a difusão dos mecanismos de *prosumption* deve ser atribuída a uma estratégia voltada para abarcar processos mais complexos de reorganização das mesmas formas de produção, bem como voltados para a consolidação do sistema de relações hegemônicas que os grandes gigantes industriais mantêm tanto com os Estados, governos e autoridades públicas, quanto com o indivíduo singular. No que se refere a estes últimos, em particular, esses processos têm promovido a

aceitabilidade de uma perspectiva dentro da qual o indivíduo é entendido como um “agente autónomo”, ou seja, um sujeito naturalmente dotado de visão, habilidades e recursos e, portanto, capaz de escolher e operar no mercado e de “emergir”, conseqüentemente, da massa disforme. No entanto, na medida em que o indivíduo – e, portanto, também o paciente – se torna um “protagonista”, outras porções do seu “eu” são transformadas em objetos de consumo (Comor 322).

De outro ponto de vista, cabe destacar que o impacto decorrente da proliferação de mecanismos de *prosumption* e *commodification* na saúde varia em relação ao gradiente social em que indivíduos e grupos podem ser inseridos. Com efeito, se por um lado ninguém pode considerar-se a salvo dos mecanismos de exploração económica e alienação da subjetividade intrínsecos aos processos de *commodification*, por outro, é justamente nesse contexto que o *sick man* pode fazer uso de seus próprios recursos reflexivos para se converter num *health seeker*, ou num “paciente experto” (Nettleton 674). Como se sabe, e como se verá especificamente a seguir, as diferenciações e estratificações geradas pelo peso dos determinantes económicos, sociais e culturais da saúde podem ser exacerbadas pela intersecção entre as capacidades individuais e a disponibilidade de tecnologia, o que permite a alguns serem capazes de melhorar ainda mais o nível de acesso às prerrogativas sociais, direitos e oportunidades económicas, enquanto confina outros a novas formas de marginalização e pobreza simbólico-existencial, agravando as disparidades na efetividade dos direitos e, em particular, do direito à saúde.

Por último, na análise relativa à consolidação da estratégia de ativação do doente, é oportuno referir a emergência da “medicina *anti-aging*”, que funciona como pendente da constituição da população idosa como grupo demograficamente “problemático” (Mullan) para os sistemas de saúde atuais. Os (supostos) desejos, valores e expecta-

tivas deste grupo têm contribuído decisivamente para a evolução das tecnologias de saúde existentes e para a criação de novas (Lehoux), já que – segundo essa problematização – o corpo que envelhece é um corpo que necessita de práticas constantes de manutenção, gestão e intervenção. Nesse contexto, portanto, as empresas com fins lucrativos aumentam o nível de agressividade em relação ao paciente idoso, que é cada vez mais induzido a consumir novos serviços e tecnologias de saúde, donde se conclui que a medicina antienvelhecimento se torna um vetor fundamental para a biomedicalização da “própria vida” (Rose; Fishman et al.). A este propósito, aliás, importa recordar que a satisfação das necessidades da população idosa foi estimada em cerca de 7.000 mil milhões de dólares por ano,⁴ é por isso que a União Europeia se apressou, antes de tudo, a indicar a exploração deste mercado como um objetivo declarado para as empresas dos países membros. Isto era já evidente, aliás, no *policy paper* publicado em 2015 pela Comissão Europeia, e sugestivamente dedicado à construção de uma *Silver Economy* para a UE,⁵ em que a satisfação das necessidades da população idosa estava associada à conversão em bens e serviços comercializáveis. Por isso, é possível afirmar que sob o véu de políticas que apelam enfática e retoricamente ao bem-estar da população idosa – pense-se em expressões como *Healthy Ageing* o *Ageing Well with ICTs*, utilizados pela própria Comissão Europeia para promover tais políticas – se ocultam pautas neoliberais que alimentam uma mercantilização das necessidades deste segmento da população, com o objetivo mediado de redesenhar a relação entre a saúde pública e as empresas lucrativas em benefício destas últimas.

4. A transição digital dos sistemas de saúde

O advento da pandemia teve um impacto decisivo nas estratégias públicas que visam a transição digital dos sistemas de saúde, mostrando como, paradoxalmente, a tecnologia pode simultaneamente fortalecer a tendência à *techno-commodification* da saúde e aumentar a vulnerabilidade dos grupos sociais que sofrem o peso das desigualdades e dos *digital divides*. Desde que a OMS declarou a pandemia em 12 de março de 2020, os governos nacionais implementaram várias estratégias e tentativas destinadas a substituir a prestação de cuidados de saúde presenciais por serviços de *digital health*. Isso inclui telemedicina, telemonitorização, ferramentas educacionais online, aplicações e *chatbots*. Estimular a difusão e acessibilidade destes serviços foi considerado fundamental para lidar com os significativos obstáculos criados pelas medidas restritivas que foram adotadas para conter a difusão do vírus. No entanto, a implementação destes serviços levantou uma série de questões éticas, legais e sociais (Botrugno, “La nuova geografia del diritto alla salute”). A ampliação da implementação de serviços de *digital health* contribuiu para aumentar a consciencialização sobre a ambivalência (ética) das novas tecnologias (Fleming et al.). Isso inclui elementos como o seu potencial para superar barreiras de distância, mas também a possibilidade de colocar em risco os valores, princípios e direitos fundamentais que são intrínsecos às democracias modernas.

Do ponto de vista ético, deve-se enfatizar que a implementação de serviços de *digital health* em ambientes pré-existentes não deve levar à substituição total dos cuidados de saúde presenciais e não pode ser concebida como um meio de cortar custos, pois isso poderia levar a uma redução de custos padrões de qualidade na saúde (Botrugno e Zózimo). Vários estudiosos alertaram para o risco de que a digitalização da saúde possa prejudicar as características de “humanidade” da

prática médica – por exemplo, uma perda de intimidade, imediatismo e proximidade física (Botrugno e Ghirotto). Estes, pelo menos no papel, normalmente inspiram uma relação médico-paciente de boa qualidade. O risco é, portanto, o de que a sua perda possa incrementar a tendência para a “desumanização” do cuidado em saúde (Spiegel; Miller). Por exemplo, evocando uma perspectiva personalista, van Wynsberghe e Gastmans enfatizaram que os seres humanos estão “numa relação aberta com a realidade”, o que implica que o bom atendimento não pode ser separado da preservação da dignidade humana. Como defendem, os humanos são “seres sensíveis, capazes de perceber o seu mundo através do tato, olfato, som, visão e fala. A perda de uma ou mais destas capacidades deixa-nos em estado vulnerável e ameaça diminuir a nossa confiança na situação” (van Wynsberghe e Gastmans).

Por outro lado, outros estudiosos (Aragon; Tachakra e Rajani) enfatizaram que os serviços de saúde digital poderiam melhorar as relações médico-paciente estabelecendo uma espécie de “presença social”. Este conceito foi descrito como “as ações, a compreensão e a confirmação que parecem resultar do estar lá, ou seja, estar presente e ter à disposição uma série de modalidades e pistas que influenciam a comunicação” (Tachakra e Rajani 226). Tal presença também pode ser entendida como o “grau de saliência” através do qual cada participante percebe o outro durante a interação virtual (Aragon 59). Alguns estudiosos, portanto, rejeitam a ideia de que os serviços de saúde digital desumanizam os cuidados de saúde. Em contraste, eles argumentam que o ambiente digital pode ajudar os pacientes a mitigar a sensação de desconforto frequentemente associada às consultas presenciais típicas, particularmente no campo da saúde mental (Tachakra e Rajani; Mamhoud e Vogt).

No entanto, um grande corpo de evidências e orientações públicas convergem para a noção de que o uso dos serviços de saúde digital

deve ser concebido como uma integração com a prestação de cuidados de saúde convencionais. Basta considerar o *Statement on the Ethics of Telemedicine* adotado pela World Medical Association. Por um lado, o Statement adverte que a relação médico-paciente “deve basear-se no exame pessoal e no conhecimento suficiente da história médica do paciente” e, portanto, a telemedicina “deve ser utilizada principalmente em situações em que um médico não pode estar fisicamente presente dentro de um período de tempo seguro e aceitável” (World Medical Association). Por outro lado, o *Statement* reconhece que a telemedicina “poderia também ser utilizada na gestão de condições crônicas ou no acompanhamento após o tratamento inicial onde se tenha demonstrado ser segura e eficaz” (World Medical Association). Portanto, apesar de **a prática presencial** ser ainda o “padrão-ouro” dos cuidados de saúde, a World Medical Association sugere uma integração dos serviços de saúde digital com consultas presenciais. Isso também é compatível com os resultados de estudos empíricos sobre serviços de saúde digital nos quais os pacientes demonstraram beneficiar dessa integração (Pflugeisen e Mou; Schröder et al.). Mesmo numa situação de emergência como a da pandemia de COVID-19, tem sido destacado que os serviços de saúde digital devem fazer “parte de uma estratégia mais ampla de atendimento remoto à covid-19 que inclua triagem automatizada, isolamento de doentes potencialmente contagiosos nas instalações de cuidados e monitorização eletrónica na monitorização de unidades de cuidados intensivos” (Greenhalgh et al.).

5. Olhando para a interação entre saúde digital e desigualdades

Tem sido amplamente reconhecido que a disponibilidade de recursos formais e informais é fundamental para gerenciar e reagir a eventos

negativos, bem como para prevenir resultados adversos (Bourdieu, *Outline*; “The Forms of Capital”). Isto também se aplica à área da saúde, e particularmente num contexto de pandemia, onde a capacidade do indivíduo para controlar os fatores relacionados com a exposição à infeção e adotar estratégias de mitigação pode ser fundamental para se manter saudável (Botrugno, “El papel de la tecnología”).

Ao longo da emergência sanitária, a proteção das populações mais vulneráveis representou um dos principais desafios a enfrentar pelos governos nacionais. Reclusos e detidos, migrantes sem documentos e refugiados, pessoas sem-abrigo, pessoas com deficiência e idosos alojados em residências foram expostos a danos físicos e psicológicos mais elevados do que qualquer outra população. Isso deveu-se à significativa – e, em alguns casos, extrema – compressão dos seus níveis de autonomia. Em alguns casos, isso dificultou até o cumprimento de normas básicas contra o risco de infeção, como distanciamento social, higienização frequente das mãos e uso de equipamentos de proteção individual.

Não só a proteção de alguns desses grupos populacionais contra a infeção foi inviável em muitas circunstâncias, como também se mostrou complicado prestar-lhes a devida assistência em caso de infeção. A forte pressão enfrentada por muitos sistemas de saúde levou à redução das internações hospitalares, exceto para pacientes que relataram sintomas agudos. Além disso, o acesso aos prontos-socorros e aos serviços de atenção básica foi restrito de modo geral, para evitar que se tornassem lugares de infeção (Garattini et al.). Paralelamente, como já referido, foram implementadas múltiplas estratégias com vista à digitalização do acesso e prestação de cuidados de saúde, tentando prevenir qualquer contacto físico não essencial entre doentes e profissionais de saúde.

Nesse contexto, a disponibilidade e acessibilidade dos serviços digitais de saúde durante a pandemia transformaram-se num vetor de

aumento da desigualdade. Os serviços de saúde digital aumentaram a distância entre aqueles que já tinham bom acesso aos cuidados de saúde e tiveram a oportunidade de desdobrar recursos formais e informais, e aqueles que já sofriam com o fardo das desigualdades na saúde e nos *digital divides*. As evidências mostram que, ainda hoje, o acesso material aos recursos da Internet e a disponibilidade de tecnologias relacionadas com o seu uso são distribuídos de forma desigual entre a população em geral, representando assim um *digital divide* de primeiro nível (European Public Health Alliance; van Deursen). Mesmo antes da aparição do COVID-19, já sabíamos que os benefícios da saúde digital se limitavam a alguns grupos populacionais, a saber, àqueles que podem contar com um conjunto de capacidades como consciência, atenção, ambição e autodisciplina, consideradas fundamentais para usar estes serviços com melhores resultados de saúde. Também tínhamos consciência de que “[essas] capacidades são ‘subprodutos’ da educação formal; descrevem hábitos cognitivos e comportamentais aprendidos e adaptados de pares em contextos sociais particulares desde tenra idade” (European Public Health Alliance 16). Diante disso, é possível argumentar que o uso bem-sucedido destes serviços é determinado por habilidades individuais, ou seja, níveis de literacia em saúde e alfabetização digital. Isso levou alguns estudiosos a falar do “conhecimento” (ou seja, daquelas habilidades relacionadas com o conhecimento) como de um *digital divide* secundário (Kontos et al.; McAuley). Os serviços de saúde digital tornam-se, assim, particularmente atraentes para pessoas bem-educadas e com recursos, mas o seu uso é inviável para todos os outros (Feng e Xie).

Sem dúvida, a pandemia forneceu um grande exemplo de como as desigualdades sociais interagem com os *digital divides* (Botrugno 2022). Como foi destacado pela literatura, as pessoas social e economicamente desfavorecidas têm tido um maior risco “de sofrer de

condições crónicas de saúde e enfrentam barreiras no acesso aos sistemas de saúde” (Beaunoyer et al. 3). Dada a atual tendência para a digitalização dos cuidados de saúde, **é evidente que** a “distribuição desigual da vulnerabilidade” e as desigualdades deverão também aumentar (Beaunoyer et al. 3). Alguns estudiosos têm enfatizado a ligação entre as desigualdades digitais e o risco de exposição à infeção ao COVID-19, mostrando diferenças significativas no que concerne a este último. Com efeito, o risco de exposição dos indivíduos depende de “formas preexistentes de diferenciação social, como o estatuto socioeconómico, uma vez que os indivíduos com mais recursos económicos à sua disposição podem isolar-se melhor e correr menor risco de exposição” (Robinson et al. 1). Dado que as desigualdades digitais estão estritamente relacionadas com o grau desse risco, torna-se claro que as pessoas que, ao longo da pandemia, conseguiram digitalizar de forma mais eficaz partes essenciais das suas vidas, também puderam gerir de forma melhor o nível desta exposição.

As desigualdades digitais, portanto, aumentaram a exposição individual à COVID-19, tornando alguns grupos populacionais mais vulneráveis tanto à infeção quanto ao impacto social, psicológico e económico da emergência de saúde (Beaunoyer et al.). A prolongada interdição do contacto social, conjugada com as restrições de quarentena e *lockdown*, tornaram a internet numa fonte de informação crucial, nomeadamente no que diz respeito aos **“últimos desenvolvimentos nacionais e internacionais, e orientações sobre normas comportamentais durante a crise”** (van Deursen 3). O acesso aos recursos da internet foi, portanto, fundamental para o conhecimento de informações e orientações relevantes para a população em geral. Como tem sido enfatizado, se as pessoas “entendem a necessidade e a lógica por detrás das medidas impostas pelo governo, ficam mais motivadas a cumprir e até a adotar medidas voluntariamente” (van

Deursen 3). Para além da difusão de informação, as ferramentas digitais também permitiram “partilhar notícias e experiências com pessoas que não conseguem encontrar pessoalmente, manter contacto com amigos e familiares, procurar apoio e tirar dúvidas junto de entidades oficiais, incluindo agências de saúde” (van Deursen 3).

Os serviços de saúde digital também foram fundamentais para garantir apoio psicológico a pacientes com problemas de saúde mental, bem como a quaisquer outras pessoas que sofreram o impacto da pandemia. Dadas as dificuldades sentidas pela maioria dos sistemas de saúde para garantir a continuidade dos cuidados durante a pandemia, os *digital divides* tornaram-se uma causa adicional de sofrimento psíquico (Beaunoyer et al.).

De outro ponto de vista, as evidências mostram que a intersecção das desigualdades digitais e da pandemia gerou uma distribuição epidemiológica informada pela “raça” (Oppel et al.; Botrugno et al., *Bioethics and Racism*). Argumentou-se que negros e latinos “foram afetados desproporcionalmente pelo coronavírus de maneira generalizada que abrange o país, em centenas de condados em áreas urbanas, suburbanas e rurais e em todas as faixas etárias” (Oppel et al.). Considerando que a distribuição epidemiológica da COVID-19 não está relacionada com fatores genéticos, ela deve ser enquadrada no corpo de conhecimento dos determinantes sociais da saúde e das desigualdades em saúde, o que leva a reconhecer que:

“as populações de baixo *status* socioeconómico (SES) estão a ser infetadas e a morrer a taxas muito mais altas do que as suas contrapartes privilegiadas. Devido às desigualdades sociais de longa data, os seus riscos são maiores e as suas comunidades estão a sofrer perdas desproporcionais em termos de infeção, morte e devastação económica devido à pandemia. Grupos de baixo nível socioeconómico também são muito mais propensos

a trabalhar em empregos públicos de alto contacto, como supermercados; fornecer serviços essenciais de transporte; e fazer trabalhos essenciais em locais de trabalho congregados, como instalações de processamento de alimentos” (Robinson et al. 1).

Em virtude disso, a exclusão digital deve ser considerada como uma forma emergente de exclusão social, pois contribui para o agravamento das carências sociais e materiais. Essa exclusão tem um impacto severo noutros determinantes da saúde, como educação, trabalho e redes sociais, os quais, por sua vez, afetam a possibilidade de acesso e uso de tecnologias e serviços digitais, alimentando assim um “círculo vicioso digital” (Beaunoyer et al. 3). Este fenómeno acrescenta as evidências disponíveis que mostram que a discriminação, o racismo, a violência estrutural e a estigmatização levam alguns grupos a uma condição de marginalização social levando à privação de cuidados de saúde.

6. Conclusões

Embora imprevisivelmente, a COVID-19 promoveu a transição digital dos sistemas de saúde nos países industrializados. Isso aumentou a necessidade de trabalhar sobre as implicações éticas levantadas pela disseminação massiva dos serviços de saúde digital na prática diária. Apesar dos benefícios dessa transição, **é evidente, por um lado, que as** disparidades significativas geradas pela interação entre exclusão digital e desigualdades na saúde afetam negativamente os grupos populacionais mais marginalizados e vulneráveis. Enfrentar este efeito colateral dos processos de digitalização requer deixar de lado visões retóricas sobre a inovação tecnológica em saúde, muitas vezes inspiradas numa espécie de determinismo que retrata os usuários de tecnologia

como agentes todos iguais, livres e autônomos, que são igualmente capazes de participar nos benefícios da saúde digital (Botrugno e Zózimo). Estudos críticos neste domínio já mostraram que a inovação tecnológica não é um processo neutro, nem pode ser vista como um fator “discreto e significativo” (Suchman et al.; Botrugno et al., “The Telehealth Brazil Networks”). A consciência disso permite esclarecer os mecanismos que permitem a certos grupos populacionais o acesso e a utilização efetiva das ferramentas digitais, ao mesmo tempo que outros consideram essas ferramentas inutilizáveis, funcionando como uma barreira. Isso é especialmente verdadeiro quando se considera a substituição dos serviços de saúde convencionais pelos digitais que ocorreram durante a pandemia e, em alguns casos, mesmo após o fim da emergência de saúde. Claramente, a transição digital dos nossos sistemas de saúde corre o risco de exacerbar as desigualdades de saúde, em vez de ampliar a acessibilidade aos serviços e promover a inclusão digital de comunidades carentes e marginalizadas.

De outro ponto de vista, a digitalização da saúde também se desenvolve em estreita ligação com os processos de mercantilização e medicalização que fazem emergir o *homo medicus digitalis* como figura central na dinâmica de funcionamento dos sistemas de saúde contemporâneos. **A intersecção entre essas tendências assume um alcance apenas aparentemente paradoxal, pois os processos de exclusão (digital ou não) do acesso aos serviços de saúde mostram-se favoráveis às tendências de mercantilização e medicalização, que deslocam a favor o equilíbrio entre saúde pública e saúde privada destes e convertem cada vez mais a saúde em mercadoria em transição no mercado.**

Notas

¹ O relatório é consultável em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/380897/DoHS-meeting-report-eng.pdf?ua=1.

² Cf. Comissão europeia, *eHealth for triple win*, 2014, consultável em: <http://www.ehr4cr.eu/9april2014/presentations/EHR4CR%20-%20April%209%20-%20Timmers.pdf>.

³ Garattini, S., *Medicalizzazione*, consultável em: https://www.partecipasalute.it/cms/files/Medicalizzazione_Silvio%20Garattini.pdf.

⁴ Cf. Merryll Lynch, *The silver dollar: Longevity revolution primer*, 2014, consultável em: https://commission.europa.eu/research-and-innovation_en#view=fit&pagemode=none.

⁵ Comissão europeia, *Growing the European silver economy*, 2015, consultável em: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=silver_economy.

Referências bibliográficas

Aragon, Steven R. “Creating Social Presence in Online Environments”. *New Direction for Adults & Continuing Education*, vol. 100, 2003, pp. 57-69.

Armstrong, David. “The Rise of Surveillance Medicine”. *Sociology of Health & Illness*, vol. 17, no. 3, 1995, pp. 393-404.

Balandi, Gian Guido. “La salute e il mercato”. *Il Mulino*, vol. 5, 1997, pp. 882-893.

Beaunoyer, Elisabeth et al. “COVID-19 and Digital Inequalities: Reciprocal Impacts Mitigation Strategies”. *Computers in Human Behavior*, vol. 111, 106424, 2020, <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106424>.

Botrugno, Carlo. “Il diritto alla salute dinnanzi alla sfida della complessità: dalla crisi del riduzionismo biomedico alla global health”. *Italian Journal of Legal Philosophy*, vol. 2, 2014, pp. 495-512.

---. “Towards an Ethics for Telehealth”. *Nursing Ethics*, vol. 26, no. 2, 2019, pp. 357-67, doi: 10.1177/0969733017705004.

---. “Innovazione tecnologica in salute e commodification: verso un nuovo dovere di protezione dell’individuo”. *Jura Gentium*, vol. 17, no. 1, 2020, pp. 140-167.

---. *La nuova geografia del diritto alla salute. Innovazione tecnologica, relazioni spaziali e forme di sapere*. IF Press, 2020.

---. “El papel de la tecnología en la gestión de la pandemia de CoViD-19”. *RedBioetica Unesco*, vol. 21, 2020, pp. 13-20.

- . "Information Technologies in Healthcare: Enhancing or Dehumanising Doctor-Patient Interaction?". *Health*, vol. 25, no. 4, 2021, pp. 475-493, <https://doi.org/10.1177/1363459319891213>.
- . "The Spread of Telemedicine in Daily Practice: Weighing Risks and Benefits". *The Cambridge Handbook of Information Technology, Life Sciences and Human Rights*, edited by Marcello Ienca et al., Cambridge University Press, 2022, pp. 102-112.
- Botrugno, Carlo, et al. "The Telehealth Brazil Networks: a Socially-Engaged Technological System". *Latin-American Journal of Telehealth*, vol. 6, no. 1, 2019, pp. 44-58.
- Botrugno, Carlo, and Luca Ghirotto. "Getting Closer at a Distance: A Focused Ethnography in a Teleconsultation Service in North of Italy". *Legal, Social and Ethical Perspectives on Health & Technology*, edited by Motahareh Fathisalout Bollon and Anna Berti Suman, Presses Universitaires Savoie Mont-Blanc, 2020, pp. 169-187.
- Botrugno, Carlo, e Joana R. Zózimo. "A difusão da telemedicina em Portugal: dos benefícios prometidos ao risco de cuidados de saúde a duas velocidades". *Sociologia, Problemas e Práticas*, vol. 93, 2020, pp. 89-107.
- Botrugno, Carlo et al. *Bioethics and Racism. Practices, Conflicts, Negotiations and Struggles*. De Gruyter, 2023.
- Bourdieu, Pierre. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge University Press, 1977.
- . "The Forms of Capital". *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, edited by J. Richardson, Greenwood, 1986, pp. 241-258.
- Canguilhem, Georges. *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France, 1964.
- Christiansen, Isaac. "Commodification of Healthcare and Its Consequences". *World Review of Political Economy*, vol. 8, no. 1, 2017, pp. 82-103.
- Comor, Edward. "Contextualizing and Critiquing the Fantastic Prosumer: Power, Alienation and Hegemony". *Critical Sociology*, vol. 37, no. 3, 2010, pp. 309-327.
- Conrad, Peter. *The Medicalization of Society*. The Johns Hopkins University Press, 2007.
- Correia, Tiago. "The Interplay Between Managerialism and Medical Professionalism in Hospital Organisations from the Doctors' Perspective: A Comparison of Two Distinctive Medical Units". *Health Sociology Review*, vol. 22, no. 3, 2013, pp. 255-267.
- Deursen, Alexander JAM van. "Digital Inequality During a Pandemic: Quantitative Study of Differences in COVID-19-Related Internet Uses and Outcomes Among the General Population". *JMIR*, vol. 22, no. 8, e20073, 2020, doi: 10.2196/20073.
- Dijk, Wieteke van, et al. "Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine". *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 5, no. 11, 2016, pp. 1-4.
- Diprose, Rosalyn, et al. "Governing the Future: The Paradigm of Prudence in Political Technologies of Risk Management". *Prio*, vol. 39, nos. 2-3, 2008, pp. 267-288.
- Donders, Yvonne. "The Right to Enjoy the Benefits of Scientific Progress: In Search of State Obligations in Relation to Health". *Med Health Care and Philos*, vol. 14, no. 4, 2011, pp. 371-381.
- European Public Health Alliance. Health inequalities and eHealth. Report of the eHealth Stakeholder Group, 16, 2014, <https://ec.europa.eu/digital-single-market/news/commission-publishes-four-reports-ehealth-stakeholder-group>.
- Evans, Adrienne, et al. "Postfeminist Healthism: Pregnant with Anxiety in the Time of Contradiction", *Jura Gentium*, vol. 1, 2020, pp. 95-118.

- Evans, Robert G., and Gregory L. Stoddart. "Producing Health, Consuming Healthcare". *Soc Sci Med*, vol. 31, no. 12, 1990, pp. 1347-1363.
- Faulkner, Alex. *Medical Technology into Healthcare and Society. A Sociology of Devices, Innovation, and Governance*. Palgrave Macmillan, 2009.
- Feng, Yang, and Wenjing Xie. "Digital Divide 2.0: The Role Of Social Networking Sites In Seeking Health Information Online From A Longitudinal Perspective". *J Health Commun*, vol. 20, no. 1, 2015, pp. 60-68, doi: 10.1080/10810730.2014.906522.
- Ferreira, Mariana R. J., and Aquilas N. Mendes. "Commodification in the Reforms of the German, French and British Health Systems". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23, no. 7, 2018, pp. 2159-2170.
- Fishman, Jenniger R., et al. "In the Vanguard of Biomedicine? The Curious and Contradictory Case of Anti-Ageing Medicine". *Technogenarians: Studying Health and Illness Through an Ageing, Science, and Technology Lens*, edited by K. Joyce, and M. Loe, Wiley & Blackwell, 2010, pp. 11-25.
- Foucault, Michel. *Naissance de la biopolitique*. Hautes Etudes Seuil, 1979.
- Greenhalgh, Trisha, et. al. "Video consultations for covid-19". *British Medical Journal*, vol. 368, m998, 2020, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>.
- Illich, Ivan. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Pantheon, 1976.
- Jasso-Aguilar, Rebeca, and Howard Waitzkin. "Multinational Corporations, the State, and Contemporary Medicine". *Health Sociology Review*, vol. 20, no. 3, 2012, pp. 245-257.
- Kaplan, Bonnie. "Telemedicine needs ethical guidelines". *The Hasting Center*, 2016, consultável em: <https://www.thehastingscenter.org/telemedicine-needs-ethical-guidelines/>.
- Kontos, Emily, et. al. "Predictors of Ehealth Usage: Insights on the Digital Divide from the Health Information National Trends Survey 2012". *JMIR*, vol. 16, no. 7, 2012, e172, doi: 10.2196/jmir.3117.
- Lateef, Fatimah. "The Practice of Telemedicine: Medico-Legal and Ethical Issues". *Ethics and Medicine*, vol. 27, no. 1, 2011, pp. 17-24.
- Lehoux, Pascale. "The Duality of Health Technology in Chronic Illness: How Designers Envision Our Future". *Chronic Illness*, vol. 4, no. 2, 2008, pp. 85-97.
- Lown, Bernard. "The commodification of healthcare". *PNHP*, 2007, consultável aqui: https://www.pnhp.org/publications/the_commodification_of_health_care.php.
- Lupton, Deborah. "The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring And Self-Care In The Digital Era". *Social Theory and Health*, vol. 11, 2013, pp. 256-270.
- . "Towards Critical Digital Health Studies: Reflections On Two Decades Of Research In Health And The Way Forward". *Health*, vol. 20, no. 1, 2016, pp. 49-61.
- Mahmoud, Hossam, and Emily Vogt. "Telepsychiatry: an Innovative Approach to Addressing the Opioid Crisis". *Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 46, 2019, pp. 680-685 doi: 10.1007/s11414-018-9611-1.
- McAuley, Andrew. "Digital Health Interventions: Widening Access or Widening Inequalities?" *Public Health*, vol. 128, no. 12, 2014, pp. 1118-1120, doi: 10.1016/j.puhe.2014.10.008.
- Miller, Edward Allan. "The Technical And Interpersonal Aspects Of Telemedicine: Effects On Doctor-Patient Communication". *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 9, 2003, pp. 1-7.

Homo medicus digitalis

- Moynihan, Ray, et. al. "Selling sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering". *British Medical Journal*, vol. 324, 2002, pp. 886-891.
- Mullan, Phil. *The Imaginary Time Bomb: Why an Ageing Population is Not a Social Problem*. Tauris, 2000.
- Nettleton, Sarah. "The Emergence of E-scaped Medicine". *Sociology*, vol. 38, no. 4, 2004, pp. 661-679.
- Oppel Jr., Richard A., et. al. "The Fullest Look Yet at the Racial Inequity of Coronavirus". *New York Times*, 5 Julho de 2020, consultável aqui: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/07/05/us/coronavirus-latinos-african-americans-cdc-data.html>.
- Pellegrino, Edmund. D. "The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic". *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 24, no. 3, 1999, pp. 243-266.
- Peretti-Watel, Patrick, et Jean-Paul Moatti. *Le principe de prévention: Le culte de la santé et ses dérives*. Seuil, 2009.
- Pflugeisen, Bethann Mangel, and Jin Mou. "Patient Satisfaction with Virtual Obstetric Care". *Matern Child Health J*, vol. 21, no. 7, 2017, pp. 1544-1551, doi: 10.1007/s10995-017-2284-1.
- Richards, Tessa, et al. "Let the Patient Revolution Begin". *British Medical Journal*, vol. 346, 2013, f2614.
- Robinson, Laura, et al. "Digital Inequalities in Time of Pandemic: COVID-19 Exposure Risk Profiles and New Forms Of Vulnerability". *First Monday*, vol. 25, no. 7, 2020, ff10.5210/fm.v25i7.10845ff.
- Rose, Nikolas. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press, 2007.
- Russell, Nathan J. "An Introduction to the Overton Window of Political Possibilities", Mackinac Center for Public Policy, 2010, consultável aqui: <https://www.mackinac.org/7504>.
- Santoro, Emilio. *Diritto e diritti. Lo stato di diritto nell'era della globalizzazione*. Giappichelli, 2008.
- Sassen, Saskia. *A Sociology of Globalization*. Norton & Co Inc, 2007.
- Schröder, Jonas, et al. "Combining the Benefits of Tele-Rehabilitation and Virtual Reality-Based Balance Training: A Systematic Review on Feasibility and Effectiveness". *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, vol. 14, no. 1, 2019, pp. 2-11, doi: 10.1080/17483107.2018.1503738.
- Smith, Adam. *The Theory of Moral Sentiments*. Anthon Filey, 1817.
- Smith, Richard. "Clinical Review: In Search of "Non-Disease". *British Medical Journal*, vol. 324, 2002, pp. 883-885.
- Spiegel, James S. "The Ethics of Virtual Reality Technology: Social Hazards and Public Policy Recommendations". *Sci Eng Ethics*, vol. 24, no. 5, 2017, pp. 1537-1550.
- Suchman, Lucy, et. al. "Reconstructing Technologies as Social Practice". *American Behavioural Scientist*, vol. 43, no. 3, 1999, pp. 392-408.
- Suchman, Lucy, and Libby Bishop. "Problematizing 'Innovation' as a Critical Project". *Technology, Analysis and Strategic Management*, vol. 12, no. 3, 2020, pp. 327-333.
- Szasz, Thomas. *The Medicalization of Everyday Life*. Syracuse University Press, 2007.

Carlo Botrugno

- Tachakra, Sapal, and Rakhi Rajani. "Social Presence in Telemedicine". *J Telemed Telecare*, vol. 8, no. 4, 2002, pp. 226-230.
- Timmermans, Stefan, and Rene Almeling. "Objectification, Standardization, and Commodification in Health Care: A Conceptual Readjustment". *Social Science & Medicine*, vol. 69, 2009, 1, pp. 21-27.
- Toffler, Alvin. *The Third Wave*. Morrow, 1980.
- Wilson, Tim, and Tim Holt. "Complexity and Clinical Care". *British Medical Journal*, vol. 323, 2001, pp. 685-688.
- World Medical Association. Statement on Ethics of Telemedicine, 2018, consultável em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>
- Wynsberghe, Aimée van, and Chris Gastmans. "Telepsychiatry and the Meaning of In-Person Contact: A Preliminary Ethical Appraisal", *Med Health Care and Philos*, vol. 12, 2009, pp. 469-476.