

N.º 1 2020

CADERNOS DE
SAÚDE SOCIETAL

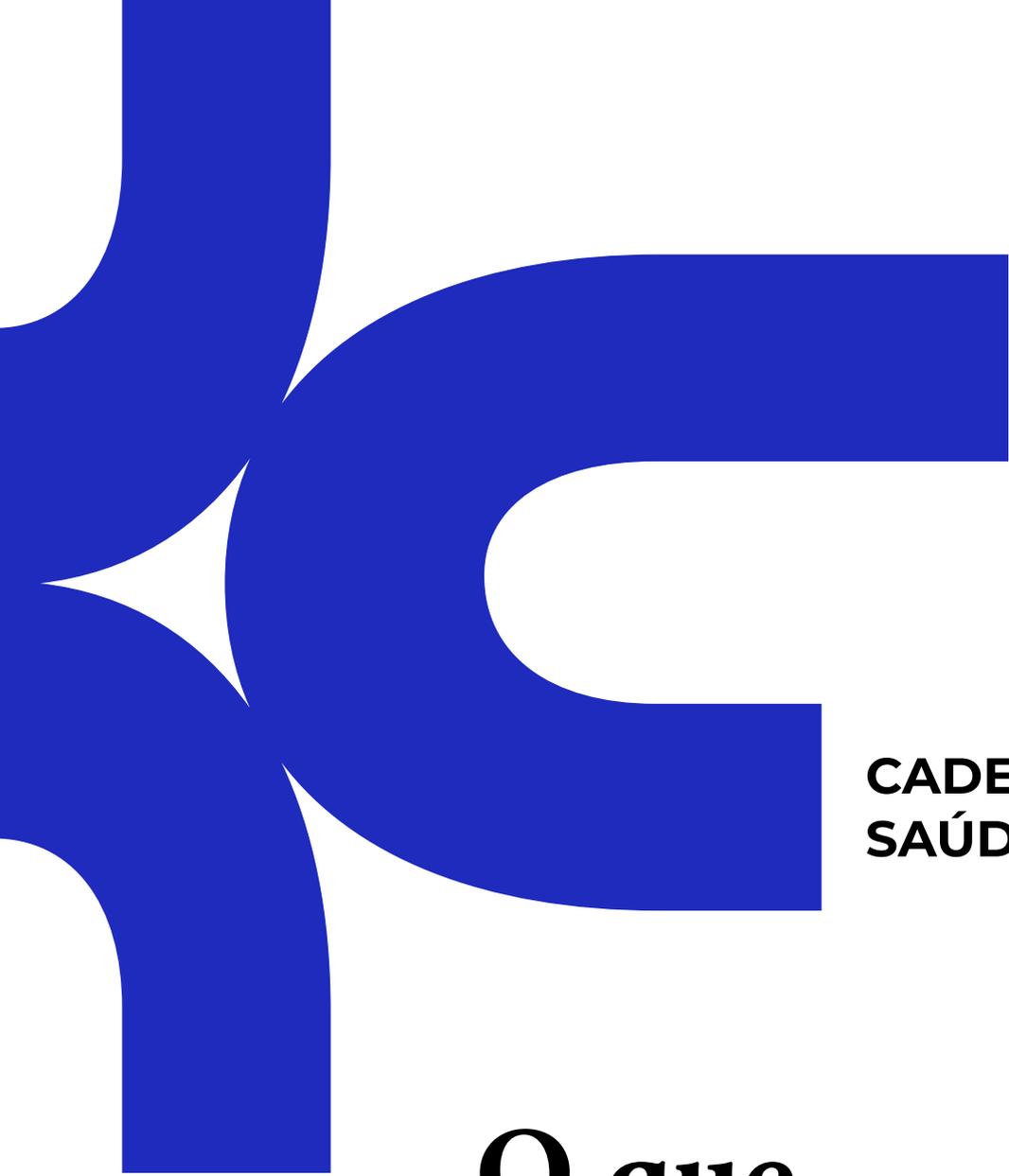
O que aprendemos com a pandemia?

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA



health



**CADERNOS DE
SAÚDE SOCIETAL**

**O que
aprendemos
com a pandemia?**

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA



health

FICHA TÉCNICA

Título

Cadernos de Saúde Societal:
O que aprendemos com a pandemia?

Coordenação

Maria Luísa Lima,
Henrique Martins
e Cristina Camilo

Revisão de texto

Rosa Pedroso de Lima (Português)
Rodrigo Brito e Sílvia Correia (Inglês)

Layout e Paginação

Gabinete de Comunicação Iscte

Iscte Saúde

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa
Avenida das Forças Armadas,
1649-026 Lisboa
Iscte_saude@iscte-iul.pt

Para citar este documento

Lima, M. L., Martins, H., & Camilo, C. (Eds.). (2020).
*Cadernos de saúde societal: O que aprendemos
com a pandemia?* Iscte

Índice

PARTE 1

DEFININDO SAÚDE SOCIETAL

- 1.** Saúde Societal: Uma abordagem inclusiva do conhecimento em saúde **5**

PARTE 2

PROMOVER A SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

- 2.** Um espaço para a idade: cidades saudáveis e inteligentes para o envelhecimento **43**
- 3.** Vai ficar tudo bem? Os custos da solidão e a telepresença como *snack* social saudável **49**
- 4.** Ultrapassar os desafios colocados pela pandemia de Covid-19 à autogestão das doenças crónicas: Contributos das ciências do comportamento e das tecnologias digitais **57**
- 5.** Comunicação e organização em cuidados de saúde primários em contexto covid19: duas histórias **67**





PARTE 1

Definindo Saúde Societal





1.

Saúde Societal: Uma abordagem inclusiva do conhecimento em saúde

*Maria Luísa Lima, Henrique Martins, Cristina Camilo, Rita Espanha,
Sibila Marques, Francisco Nunes, Sofia Crisóstomo, Diana Mendes,
Generosa do Nascimento, Dália Nogueira, Elsa Pegado, Octavian Postolashe,
Elizabeth Reis, Maria Antónia Almeida, Fernando Batista, Sónia Bernardes,
Ana Brochado, Luís Capucha, Teresa Cardoso-Grilo, João Rala Cordeiro, Nuno Crespo,
António Pedro Soares, Alexandra Fernandes, João Carlos Ferreira,
Mariana Jacob-Rodrigues, Isabel Machado Alexandre, Maria João Major,
Ana Lúcia Martins, Felipa de Mello-Sampayo, Marcelo Moriconi, Carla Moleiro,
Inês Oliveira, Marília Prada, Diana Prata, Ricardo Ribeiro, David Rodrigues,
Helena Rodrigues, Ricardo Borges Rodrigues, Marta Mello e Sampayo,
Mário Santos, Maria José Sousa, Fátima Suleman*

Uma definição de Saúde Societal impõe-se como necessária no início do Iscte Saúde, como algo que seja simultaneamente agregador, provocador, mas que também aponte um caminho a seguir. Sem definir esse conceito, necessariamente em construção, podemos perder-nos – os mais de 30 docentes e investigadores que já se mobilizaram no Iscte à volta da saúde e os nossos destinatários – no labirinto de complexidades que uma abordagem holística a um tema transversal à sociedade sempre coloca. Não faz sentido, contudo, construir e definir conceitos no vazio quando, no silêncio dos anos passados, o Iscte foi “fazendo” Saúde. À sua maneira, havia e há Saúde no Iscte! Assim, da recolha de dezenas de pequenas luzes e do seu alinhamento se faz um forte farol. Se abrimos este texto conceptualizando, de forma incompleta, o recorte do mesmo, fechamos a juntar, salientar e alinhar as pequenas luzes que já davam ao Iscte visões e ações sobre a saúde e a sociedade.

UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO

As sociedades evoluíram para assegurar necessidades básicas, criaram complexas estruturas de governação e de controlo, expandiram a presença humana por todo o planeta e até à lua e, no entanto, continuam a debater-se com doenças comuns como a gripe ou a mortal solidão. As ciências médicas alcançaram feitos inacreditáveis, como os implantes cerebrais ou a remoção de cálculos do fígado por ultrassons, mas muitas pessoas morrem de violência doméstica, obesidade ou, simplesmente, de solidão.

Na passagem do início para o primeiro quartel do século XXI e à medida que submergimos numa das maiores e mais mortais pandemias ao nível mundial (com a esperança de reemergir em breve) começamos a reconhecer que a saúde das nações, e não apenas a “riqueza das nações” (Smith, 1776), é de suprema importância para a Humanidade. Ela é ainda importante para se alcançar um estado civilizacional verdadeiramente avançado e, talvez ainda mais importante, para que se alcance a felicidade.

O sector da saúde está a passar por transformações sem precedentes: está a tornar-se mais digital, integrado, individualizado e centrado no envolvimento e na capacitação dos cidadãos. O tradicional paradigma biomédico tem, cada vez mais, demonstrado que é limitado e desajustado para responder, de forma isolada, aos desafios atuais e futuros que se apresentam no campo da saúde. A integração da tecnologia e das ciências sociais na área da saúde traz contributos inovadores para responder a esses desafios. Com base nesta abordagem multinível e interdisciplinar, que congrega a tecnologia e as ciências sociais, ao mesmo tempo que envolve e capacita as pessoas e as comunidades (WHO, 2016), é possível lidar com os principais desafios de saúde colocados pela sociedade. Ao mesmo tempo, esta abordagem também protege o direito dos cidadãos, não apenas ao acesso à saúde, mas também a uma vida mais saudável a ao envolvimento ativo no desenvolvimento e implementação das políticas de saúde ou quaisquer outras decisões nesta área que os envolvem.

O conceito de saúde societal focado nos determinantes exógenos da saúde, decorre, em parte, da abordagem multinível da estrutura de determinantes sociais da saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS 2020). Estes determinantes sociais são “fatores não médicos que influenciam os resultados de saúde. São as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, assim como um conjunto mais vasto de forças e sistemas que moldam as condições de vida diárias. Estas forças incluem as políticas e os sistemas económicos, as agendas de desenvolvimento, as

A integração da tecnologia e das ciências sociais na área da saúde traz contributos inovadores para responder a esses desafios

normas sociais, as políticas sociais e os sistemas políticos”. Esta perspetiva torna presente que determinados subgrupos da população, em particular aqueles que têm menos poder e um nível socioeconómico mais baixo, tendem a viver e a trabalhar em ambientes mais degradados, com uma exposição mais elevada a fatores de risco para a saúde e com maior impacto fisiológico decorrente do stress crónico (Andermann, 2016). Por exemplo, dados dos países europeus mostram que os cidadãos com níveis de educação mais baixos apresentam 3.12 vezes maior risco de depressão e 2.36 maior risco de diabetes, quando comparados com os cidadãos com níveis de educação mais elevados (McNamara et al., 2017).

Estas desigualdades resultam de múltiplos níveis de determinantes que agem em simultâneo. A saúde das populações é explicada e está ligada a um conjunto de fatores e condições que vão do género ao apoio familiar e social, das condições

de vizinhança ao ambiente de trabalho, do envolvimento na comunidade e coesão social, à disponibilidade e acesso a serviços sociais como a educação e a saúde, da classe social e estrutura política em geral, aos fatores ou condições particulares que conduzem a uma boa ou má saúde. Este é o motivo pelo qual Sir Michael Marmot designou estes fatores de “as causas das causas” (Marmot, 2005, p. 1102).

Ao assumir uma perspetiva societal da saúde, pretendemos atribuir importância a outras três dimensões que não estão presentes na perspetiva dos determinantes sociais. Em primeiro lugar, queremos tornar inequívoca a existência de **forças políticas e estruturais que determi-**

nam as escolhas de saúde. Como Birn (2011) afirma “os determinantes sociais da saúde referem-se de uma forma geral à interação entre as pessoas e as comunidades, enquanto as políticas públicas e a ações do setor privado moldam a hierarquia de exposição aos fatores que determinam a saúde. Pelo contrário, os determinantes sociais da saúde referem-se à ordem política e económica e às estruturas de poder” (p. 38). Incluem a desconstrução dos diferentes discursos e políticas de saúde pública e seu impacto na persistência das desigualdades no sistema de saúde. Por exemplo, em 2001, através de uma legislação inovadora, Portugal deu um importante passo ao assegurar o acesso ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) a todos os imigrantes legalizados e em condições similares às garantidas aos cidadãos nacionais. A mesma legislação permite aos imigrantes não legalizados aceder de forma gratuita a cuidados de saúde, em situação de risco para a saúde pública (Despacho 25360/2001 do Ministério da Saúde). Mais recentemente, como resposta à pandemia de COVID-19, foi aprovada uma melhoria significativa da legislação, com a garantia do Governo português de acesso ao SNS a todos os imigrantes e requerentes de asilo com processos

O conceito de saúde societal decorre da abordagem multinível da estrutura de determinantes sociais da saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde

pendentes no Serviço de Estrangeiro e Fronteiras (SEF), assegurando-se que ninguém é deixado de fora do sistema. Esta política de saúde pública pragmática e inclusiva opõe-se à perspectiva tradicional, que discrimina de forma positiva os cidadãos nacionais no acesso aos cuidados de saúde e exclui e discrimina os imigrantes, e revela uma forte afirmação política a favor dos direitos humanos. Este tipo de análise indica uma perspectiva política abrangente sobre as escolhas públicas. Se os determinantes sociais da saúde podem ser vistos como a “causa das causas”, a abordagem societal acrescenta um nível: “as causas, das causas das causas da saúde” (Birn, 2011).

Outro aspeto que a perspectiva societal aborda é a transição digital, um fator determinante para os próximos anos, com enorme impacto nos cuidados de saúde. Existe uma necessidade global de uma nova forma de organizar o sistema de prestação de cuidados (de saúde). A vontade de proceder a esta transformação estava dormente, mas tornou-se proeminente com o surgimento da pandemia. As soluções digitais moldam o que se designa por eHealth (von der Leyen, 2019) e acrescentam valor aos sistemas de saúde nascidos no século passado. O desenvolvimento e a implantação de serviços de eHealth que sejam adequados e que otimizem os sistemas de saúde existentes é importante para melhorar o seu desempenho, acessibilidade, conforto e eficácia, mas não é sinónimo de cuidados de saúde essencialmente digital (Martins, 2020). Um sistema de saúde de base digital vai além da utilização sensata de sistemas de informação sofisticados (Ribeiro 2019) ou da digitalização dos cuidados (von Eiff & von Eiff, 2020). Ultrapassa o facto de se atingir um patamar onde os cidadãos têm os seus dados de saúde disponíveis em pleno e um acesso fácil e confortável a cuidados de saúde eficazes. Vai ainda além da capacidade melhorar a eficiência e a sustentabilidade do sistema por meio de suporte digital. A transição digital envolve a criação de soluções digitais que asseguram mecanismos de inclusão, aumentam a literacia digital e integram tecnologias em ambientes urbanos e domésticos, como elementos arquitetónicos sociotécnicos, e reconhecem a sua matriz social inerentemente complexa.

Outro aspeto que a perspectiva societal aborda é a transição digital, um fator com enorme impacto nos cuidados de saúde

Apenas através de processos de co-criação e de aceitação por parte da sociedade, suscitados pelo uso de conhecimentos antropológicos, sociológicos e psicológicos, poderemos tornar úteis tecnologias disruptivas, como dispositivos médicos interligados por sistemas wireless, inteligência artificial ou interfaces homem-computador ou cérebro-computador. De outra forma, estas tecnologias serão apenas outro gadget ou uma inovação técnica sem valor para a saúde societal. Mas, desde logo, “não causarás dano (digital)” – as ameaças digitais à saúde e à dignidade humana podem surgir do uso indevido ou do abuso das tecnologias

de saúde digitais, tal como pode suceder com outras inovações com impacto na vida humana. Cada vez mais documentos científicos referem o perigo e os efeitos nocivos das tecnologias digitais para a saúde. A este respeito, a literacia digital e a literacia em saúde podem funcionar como poderosas vacinas. No entanto, a sua distribuição é restrita, o alcance é limitado e, no que diz respeito aos incentivos e à visibilidade política, são ultrapassados pelo encanto da IA (inteligência artificial) em saúde ou dos cuidados de fisioterapia robóticos.

Por um lado, a dignidade humana pode estar em perigo pela violação da privacidade resultante das falhas na cibersegurança de decisões clínicas robotizadas. Mas, também por outro lado, se está em risco quando se espera dois anos por uma consulta de dermatologia e este período não é reduzido para dois meses com o uso de uma simples triagem teledermatológica. Soluções de elevada qualidade, regulamentação adequada e estratégias de supervisão robustas são algumas das estratégias necessárias para mitigar os riscos da transição para a saúde digital e, assim, alcançar, neste campo, uma relação risco-benefício positiva.

Em todo o mundo, a saúde das pessoas nunca esteve tão ameaçada. À medida que as viagens aéreas e a globalização crescem, cresce igualmente o risco de surgirem ameaças à saúde transfronteiriças. Ao mesmo tempo, a tecnologia G5, a internet via satélite e a inteligência artificial estão a interligar-nos à **escala global**. Vírus mortais podem disseminar-se entre países numa questão de horas e deixar um rasto de morte. Da mesma forma, em 2017, o nocivo vírus informático WannaCry prejudicou muitos setores de atividade, incluindo os cuidados de saúde. A globalização em cadeia na área da saúde (Hunter & Fineberg, 2014) significa, hoje em dia, pensar digital e pensar social.

A abordagem societal à saúde sustenta-se em pesquisa colaborativa associada à participação de diferentes áreas científicas ou de diferentes stakeholders

Porque as cadeias social e tecnológica são, em simultâneo, catalisadoras e restritivas da ação humana futura, não pode haver uma abordagem global para a doença e para a promoção da saúde sem um enorme esforço para criar vínculos, interoperabilidade de pessoas, processos e sistemas de informação. Apenas através destes meios é possível que surjam estratégias articuladas para dar resposta às necessidades e perspetivas comuns sobre saúde e doença, seja à escala local, regional ou mundial. Esta nunca pode ser a tarefa de um único discípulo, nem pode a medicina, de forma isolada, lidar com os desafios da saúde.

Por fim, a abordagem societal à saúde sustenta-se em **pesquisa colaborativa**. Esta colaboração pode ser associada à participação de diferentes áreas científicas ou de diferentes *stakeholders*. Promover investigação interdisciplinar é um objetivo primordial, uma vez que é óbvio o benefício que decorre de estudar os temas de saúde a partir de diferentes perspetivas. Mais: vários

autores defendem que a inovação em investigação assenta na colaboração interdisciplinar (Gohan, et al. 2019; Kivits et al., 2019). A investigação colaborativa também é uma coprodução de conhecimento, i.e., implica o envolvimento dos investigadores com diversos *stakeholders* – incluindo elementos da população – para que se partilhem conhecimentos e se criem em conjunto novas ideias, métodos e quadros de referência que respondam às principais questões de saúde.

A coprodução tem a finalidade de criar conhecimento novo e de conjunto, capaz de ser mais relevante e adequado para os decisores em saúde (Rycroft-Malone et al., 2016) e, em consequência, conseguir responder melhor às necessidades das pessoas e às preferências sociais (WHO, 2016).

O Iscte tem uma longa tradição de trabalho conjunto com associações de pacientes ou com populações com vulnerabilidades específicas (e.g. Conselho Português para os Refugiados; Alto Comissariado para as Migrações; cuidadores, pessoas portadoras de diabetes). Algum do trabalho desenvolvido no Iscte neste domínio, resultou na cocriação de soluções tecnológicas específicas que promovem a inclusão e a qualidade de vida de grupos em situação de vulnerabilidade (e.g., OLA FP7, nas soluções tecnológicas para cuidadores; SIFORAGE FP7, nas soluções tecnológicas para pessoas mais velhas).

A coprodução tem a finalidade de criar conhecimento novo e de conjunto, capaz de ser mais relevante e adequado para os decisores em saúde

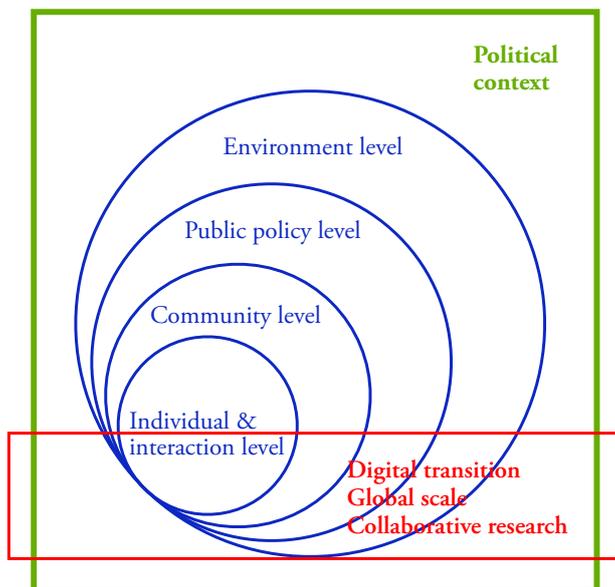


Figura 1. Modelo de saúde societal (inspirado em Solar & Irwing, 2010)

Em resumo, numa perspetiva dos determinantes sociais da saúde, a abordagem societal à saúde implica que esta é vista em **diferentes níveis de análise**, incluindo fatores que se situam nos níveis individuais e de grupo, fatores comunitários, políticas públicas e aspetos ambientais (Richard et al., 2011). Esta perspetiva assume uma visão complexa da relação entre os indivíduos e o seu contexto social, através da exploração da interligação entre diferentes aspetos culturais, sociais, económicos, políticos e históricos (Burke et al., 2009). Além disso, existem três dimensões transversais fundamentais que introduzem a mudança a cada nível do modelo proposto: a transformação digital, a escala global e a investigação colaborativa.

Este quadro conceptual vai orientar as iniciativas futuras do Iscte_Saúde. Chamamos a esta abordagem: “saúde societal”, porque clarifica os fatores sociais que enquadram a saúde, mas também porque inclui os principais desafios que a sociedade atual enfrenta – a digitalização, a globalização e a capacitação dos cidadãos.

CONTRIBUTOS E REFLEXÕES DA INVESTIGAÇÃO NO ISCTE

Nas últimas décadas, o Iscte desenvolveu um conjunto impressionante de formação e investigação no domínio da saúde societal, com importantes parcerias com a sociedade civil. Para além de, nos últimos 5 anos, se terem

O Iscte desenvolveu um conjunto impressionante de formação e investigação no domínio da saúde societal, com importantes parcerias com a sociedade civil

acompanhado cerca de 140 estudantes na pós-graduação para profissionais de saúde do Indeg, 150 do mestrado de gestão de serviços de saúde, também do Indeg, e 120 de mestrado em gestão de saúde do Iscte Business School, o programa DBA da Iscte, em conjunto com duas Universidades chinesas, significou a conclusão com sucesso de 45 dissertações de doutoramento elaboradas por médicos sobre temas de Gestão de Cuidados de Saúde, numa parceria frutífera com a Southern Medical University em Shengdu (China). Uma breve análise mostra que 21 dissertações dizem respeito a temas gerais de cuidados de saúde e 6 incidem sobre problemas de saúde digitais. Os tópicos

de gestão hospitalar foram trabalhados por 29 dissertações, enquanto 16 analisaram aspetos relacionados com a gestão de recursos humanos ou fluxo de trabalho clínico. Uma análise horizontal mostra que 21 destes trabalhos de investigação são de alguma forma relevantes para questões de saúde digital e global.

Cerca de 20% de toda a produção científica do Iscte, em artigos científicos ou projetos de investigação, desenvolve-se no domínio da saúde. Áreas como a Gestão de Cuidados de Saúde, Sociologia da Saúde, Políticas de Saúde Pública, Psicologia da Saúde ou Tecnologias na Saúde têm vindo a crescer nos últimos anos, envolvendo um número relevante de projetos e investigadores. Para enfrentar os desafios futuros da área saúde, a resposta às questões fundamentais necessita das contribuições das ciências sociais e tecnológicas:

Cerca de 20% de toda a produção científica do Iscte, em artigos científicos ou projetos de investigação, desenvolve-se no domínio da saúde

- › Como se pode promover a eficácia, eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde num mundo digital e global?
- › Como é que a comunicação, a educação e a participação têm impacto na literacia em saúde?
- › Como pode ser promovida uma mudança consistente de comportamento no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis, utilizando instrumentos digitais de forma colaborativa?
- › Como podem as novas tecnologias ser utilizadas para criar políticas de saúde pública mais inclusivas e para reduzir as desigualdades na saúde?
- › Como podem os serviços de saúde ser co-desenhados com o envolvimento dos utilizadores/pacientes dos cuidados de saúde, bem como dos profissionais de saúde, a fim de melhor responder às necessidades e respeitar as preferências sociais?

A investigação levada a cabo no Iscte produziu desenvolvimentos importantes para responder a estas questões. A fim de recolher informações sobre o trabalho desenvolvido e os atores que contribuíram para o seu desenvolvimento, foi enviado um convite a todos os professores e investigadores do Iscte para se juntarem a esta iniciativa. Quarenta pessoas das 4 escolas do Iscte – Escola de Ciências Sociais e Humanas, Escola de Sociologia e Políticas Públicas, Escola de Tecnologias e Arquitetura e Escola de Gestão – responderam a este convite. Foi-lhes pedido que descrevessem brevemente a sua investigação no domínio da saúde. A secção seguinte deste documento resume os contributos recebidos e está dividida em sete secções:

1. Promover a saúde e os estilos de vida saudáveis
2. Reduzir o peso da doença crónica e melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde
3. Reduzir as desigualdades na saúde

4. Melhorar a eficiência dos serviços de saúde no contexto da saúde societal
5. Localizar os esforços de melhoria no âmbito da natureza híbrida das organizações de saúde
6. Procurar ativamente abordagens de otimização para o planeamento da prestação de cuidados de saúde
7. Preparar os profissionais de saúde, gestores e financiadores para melhores decisões

Recolheram-se 29 contributos de professores, investigadores e alunos de doutoramento do Iscte durante o Outono de 2020. Este é um esboço incompleto da nossa produção, mas é uma imagem impressionante do nosso potencial, e uma primeira tentativa de passar de uma escrita centrada na disciplina para uma escrita de investigação integrada em torno da Saúde Societal.

Promover a saúde e os estilos de vida saudáveis

A perspetiva da Saúde Societal assume uma abordagem preventiva e promotora da saúde. A investigação que tem sido desenvolvida no Iscte é um bom exemplo desta visão mais ampla e sócio-ecológica da saúde. Alguns dos contributos mais relevantes neste campo estão precisamente a um nível societal

A investigação que tem sido desenvolvida no Iscte é um bom exemplo desta visão mais ampla e sócio-ecológica da saúde

de explicação, tentando articular uma análise das políticas públicas com as práticas comunitárias e sociais no campo da saúde. Bons exemplos deste trabalho estão relacionados com a análise da atual situação pandémica da COVID'19. A este propósito, o trabalho de Maria Antónia Pires de Almeida (2013, 2014) oferece um importante contributo ao analisar as políticas públicas dos vários países em relação às múltiplas pandemias que ocorreram ao longo da história.

Nesta análise, a autora demonstra como certos padrões de resposta às pandemias se repetem no tempo e em diferentes lugares, demonstrando a importância de analisar estes fenómenos numa perspetiva histórica.

No projeto Lares de Cuidados de Longo Prazo *Covid-19 Crisis*, Luís Capucha (2020) analisa as políticas públicas seguidas neste período e a sua articulação com as respostas a uma população particularmente vulnerável: pessoas idosas em lares residenciais. Num quadro marcado por um envelhecimento acentuado e rápido da população portuguesa, o relatório deteta falhas importantes nas taxas de cobertura dos vários equipamentos para idosos, previstos na legislação, bem como fragilidades na qualidade dos serviços prestados

em grande parte da rede e, especialmente, a presença em grande escala de residências ilegais de qualidade ainda mais deficitária. O relatório conclui que é necessário rever o modelo de gestão política do equipamento para pessoas idosas e clarificar a missão das estruturas residenciais para o envelhecimento em relação à prestação de cuidados de saúde continuados.

Ainda sobre o tema da pandemia da COVID'19 e dos seus impactos nas populações mais velhas, Sibila Marques e colaboradores (Filipe, Marques & Cunha, em preparação) analisaram as representações presentes nos principais jornais online em Portugal relativamente a este grupo etário. Nesta análise, os autores demonstram como as perspetivas idadistas se tornaram salientes durante o período pandémico, revelando uma visão das pessoas idosas como um grupo homogéneo de pessoas doentes e incapazes de enfrentar os desafios da pandemia. Ao procurar saber de que forma o idadismo (ou seja, as atitudes negativas em relação às pessoas idosas devido à sua idade) tem implicações na saúde e bem-estar dos mais velhos (Marques et al., 2014; Marques et al., 2015; Marques et al., 2020), este artigo é um exemplo importante de como a articulação entre níveis de análise pode ser fundamental para compreender a saúde e a doença.

A articulação entre diferentes níveis de análise na promoção da saúde é uma constante na investigação do Iscte. O trabalho de Helena Rodrigues e colaboradores (2019) sobre a oferta de turismo termal, demonstra como esta atividade pode ser uma fonte económica relevante para Portugal, ao mesmo



tempo que incentiva a criação de uma comunidade promotora da saúde tanto a nível nacional como internacional. Também Moriconi e de Cima (2020) defendem a importância de criar uma comunidade verdadeiramente promotora da saúde, onde a luta contra a corrupção na esfera do desporto assume um papel central. Nas suas obras, Moriconi tem vindo a demonstrar como a criminalidade, a ilegalidade e a corrupção comprometem a sustentabilidade do desporto como atividade social, cultural e económica. A investigação sobre a importância de uma rede comunitária sólida, que promova o apoio social, o

Outro exemplo da investigação que tem sido realizada no Iscte centra-se na área das tecnologias para a promoção da saúde e serviços de saúde inteligentes

bem-estar e a saúde é uma linha tradicional de investigação na Iscte, onde o trabalho de Luisa Lima e colaboradores (e.g., Lima et al. 2017, Lima, 2018, Lima et al., 2020) tem tido igualmente uma ampla difusão.

Numa perspetiva mais individual dos comportamentos de saúde, a investigação de Marília Prada et al. (2017; 2019) oferece dados importantes na área do consumo saudável e da prevenção da obesidade. Os seus estudos centraram-se na forma como os indivíduos processam a informação presente nas embalagens alimentares e como este processamento influencia o consumo efetivo destes alimentos. Ao assumir uma perspetiva multinível, este trabalho tem implicações relevantes para a criação de políticas públicas na área dos alimentos e para a promoção do consumo saudável. Os comportamentos associados a um estilo de vida saudável, nomeadamente, a prática de atividade física e desportiva (Oliveira-Brochado et al., 2017) são influenciados por fatores pessoais, sociais e ambientais (Brochado, et al., 2010). A compreensão da relação entre o indivíduo e o ambiente social, económico e geográfico permite identificar barreiras e facilitadores da adoção de hábitos saudáveis.

Finalmente, outro exemplo da investigação que tem sido realizada no Iscte centra-se na área das tecnologias para a promoção da saúde e serviços de saúde inteligentes. Dentro de um vasto conjunto de outras iniciativas, a investigação no campo dos sensores inteligentes e da realidade virtual aplicada e aumentada, desenvolvida por Octavian Postolache e pelo seu grupo, deu origem ao desenvolvimento de soluções de fisioterapia remota altamente motivadoras, associadas aos serviços de reabilitação (Postolache et.al, 2020). A investigação bem sucedida na área dos cuidados de saúde IoT e dos ambientes criados à medida apresentam novos desenvolvimentos. Assim, pode mencionar-se a investigação de doutoramento em curso de Mariana Jacob-Rodrigues e colaboradores (2020) que procura explorar o desenvolvimento, implementação e validação de novos ambientes de *assisted living* (AAL - *Ambient Assisted Living*) que asseguram a melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas.

O objetivo deste trabalho será permitir a avaliação do estado de saúde de um utilizador através do acompanhamento e reconhecimento de atividades ou tarefas que são realizadas diariamente, para verificar atempadamente o aparecimento de problemas de saúde comuns na população idosa, relacionados com o seu estado físico e mental. Este trabalho integra-se numa investigação mais alargada, desenvolvida num grupo que apresenta uma boa articulação entre ambientes inteligentes, soluções de sensores, interação natural com sistemas de alta usabilidade e saúde ao nível mais individual.

O trabalho de Fernando Batista e Ricardo Ribeiro é igualmente um bom exemplo da aplicação da tecnologia na promoção da saúde. Através de um processo de *natural language processing*, *text mining* e *machine learning*, estes autores (Rosa et al., 2018, 2019) analisam textos de diferentes meios de comunicação social com a finalidade de produzir contributos para o desenvolvimento de estratégias de saúde em vários domínios. Um exemplo é a deteção automática de *cyberbullying* nas redes sociais, um importante contributo para este campo de estudo.

Outro exemplo de colaboração bem sucedida na investigação nacional no domínio da avaliação da saúde é o trabalho de João Cordeiro et al. (2019) sobre o bem-estar da criança. Cordeiro abordou problemas neonatais, o desenvolvimento saudável da criança e até a deteção de doenças cardiovasculares, usando algoritmos de inteligência artificial e a ciência de dados.

A saúde sexual, reprodutiva e materna é um tema de investigação crescente no Iscte

A saúde sexual, reprodutiva e materna é um tema de investigação crescente no Iscte. Na construção dos conhecimentos de saúde neste domínio – e, conseqüentemente, na organização dos serviços de saúde e na melhoria dos cuidados de saúde – prevalece uma perspetiva biomédica centrada nos cuidadores, que, geralmente, reduz a experiência da saúde e da doença a processos profissionais de lidar com corpos e mentes. A epidemia demonstra a profunda e inextricável simbiose entre fenómenos naturais, sociais e institucionais e, portanto, a necessidade de aprender a lidar de forma integral com todos em simultâneo. A interseccionalidade, centrada na construção de espaços comuns, de sinergia e colaboração, abertos a todos os conhecimentos, responde às dificuldades práticas da inter e transdisciplinaridade. Na área da saúde materna, sexual e reprodutiva, as ciências sociais podem contribuir para melhorar, *não só as condições de saúde dos indivíduos, mas também para prevenir doenças e promover a saúde, nomeadamente na conceção de políticas públicas de humanização e racionalização das instituições de saúde. O trabalho transdisciplinar do nascer.pt (Laboratório de Estudos Sociais do Iscte) é um bom exemplo deste tipo de trabalho.*

Esta área de investigação engloba cinco aspetos: (1) a análise da gravidez e do parto como fenómenos sociais, por Mário Santos (Santos et al., 2019); (2) a saúde sexual, as doenças sexualmente transmissíveis e o uso de métodos contraceptivos como uma das formas mais eficazes de as prevenir, com David Rodrigues (Rodrigues et al., 2020); (3) o papel da comunicação e da literacia em saúde na prevenção de situações de doença, como no trabalho de Rita Espanha (Espanha & Oliveira, 2019) e, transversalmente, em todas as investigações, (4) o problema da discriminação e violência no domínio da saúde materna, sexual e reprodutiva; e (5) a reflexão sobre a inter e transdisciplinaridade como formas de mobilizar a ciência para os desafios da saúde, o que implica repensar a encruzilhada das práticas sociais e terapêuticas pelas ciências sociais e pela medicina.

Um último exemplo ilustra bem o trabalho desenvolvido neste campo. Num contexto de baixa taxa de fertilidade, Fernandes et al. (2020) identificaram as crenças dos ginecologistas e clínicos gerais sobre as doenças da infertilidade feminina, nomeadamente as mais difíceis de diagnosticar e tratar e que são mais comuns na sua prática. A natureza indutiva do estudo mostrou que as três doenças mais relevantes mencionadas, a síndrome do ovário poliquístico, a endometriose e a vulvodinia, têm diversos impactos negativos na vida das mulheres, que se sentem estigmatizadas e limitadas na sua vida diária e na sua sexualidade. Para além disso, sentem que o diagnóstico destas doenças leva demasiado tempo, agravando os aspetos anteriores. A título de conclusão, os autores indicam que os governos deveriam redistribuir melhor o financiamento da saúde da mulher e atribuir recursos a centros especializados.

Reduzir o peso da doença crónica e melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde

A esperança média de vida da população portuguesa tem aumentado continuamente desde 2000, assim como o número de pessoas que vivem com doenças crónicas e deficiências, ou que sofrem de stress relacionado com o trabalho. Em conjunto, estes fatores aumentam substancialmente a pressão sobre o sistema de saúde. Algumas soluções tecnológicas, como os ambientes de *assisted living*, o autocuidado personalizado ou as ferramentas de decisão automáticas, têm sido propostas como forma de aumentar a qualidade de vida dos profissionais de saúde, dos pacientes e das suas famílias. No entanto, muitas vezes estes sistemas não são co-produzidos com os utilizadores finais. Os investigadores do Iscte produziram contributos importantes em ambos os domínios: na aquisição de conhecimentos sobre a doença crónica, em parceria

com associações de doentes, e no desenvolvimento de soluções técnicas para investigar e agir sobre estes temas.

A dor crónica tem uma enorme prevalência entre a população adulta portuguesa: 36,7% da população diz sofrer de dor crónica, com duração média de 10 anos, sendo que esta é classificada como recorrente ou contínua em 85% dos casos (Azevedo et al., 2012). Os aspetos psicológicos e sociais desta condição têm sido abordados com sucesso por uma equipa coordenada por Sónia Bernardes, que, entre outros, envolve as investigadoras Marta Matos e Inês Oliveira. O seu trabalho tem trazido contributos conceptuais e empíricos significativos para a Psicologia Social da Dor, nomeadamente no domínio das disparidades sociais nos processos de avaliação e do tratamento da dor pelos profissionais de saúde (Brandão et al., 2019; Diniz et al., 2020) e da dinâmica interpessoal nos processos de adaptação à dor crónica (Bernardes et al., 2017; Matos et al., 2017; Mittinty et al., 2020). Compreender os processos de consciencialização corporal das pessoas com dor crónica e examinar a sua relação com os fatores de risco / protetores da dor, à luz dos fatores contextuais, permitiu-lhes estabelecer orientações para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficazes, facilmente disponíveis para a comunidade, e cujo efeito fosse duradouro. Além disso, o aprofundamento deste conhecimento tem sido essencial para orientar a tomada de decisão baseada em evidências científicas durante o delineamento de políticas de saúde.

Têm sido propostas como forma de aumentar a qualidade de vida dos profissionais de saúde, dos pacientes e das suas famílias

Em conformidade com o modelo da OMS sobre os Serviços de Saúde Integrados Centrados nas Pessoas (OMS, 2016) e com o modelo sobre co-produção de saúde e conhecimento (Kickbusch & Gleicher, 2012), que apontam para o envolvimento das pessoas e das comunidades como um pilar fundamental para a co-produção de serviços de saúde de qualidade que satisfaçam as necessidades das pessoas e respeitem as preferências sociais, bem como para a governação dos sistemas de saúde, Crisóstomo e Santos (2018) desenvolveram a investigação-acção, “MAIS PARTICIPAÇÃO melhor saúde”. Nesta investigação, os representantes dos doentes e dos consumidores estiveram envolvidos, desde o início, e na co-produção das várias atividades e na obtenção dos resultados do projeto. A principal finalidade foi reivindicar a instituição de mecanismos de participação na tomada de decisões em matéria de saúde, tanto a nível institucional como político. Como resultado obtiveram a aprovação pelo Parlamento Português de uma nova lei que formaliza a Carta de Participação Pública (Lei n.º 109/2019, de 9 de Setembro). A comunicação digital, a internet e as redes sociais foram fundamentais para a

mobilização social, ação coletiva e sensibilização do público (Crisóstomo et al., 2017, 2019). Crisóstomo conduziu, igualmente, uma revisão do estado atual da participação pública na investigação médica, nas agências reguladoras e HTA, e observou exemplos de participação pública no domínio do VIH, do cancro e das doenças raras. Todos os casos observados indicaram que os cidadãos têm um papel essencial na modelação do acesso aos medicamentos (Crisóstomo & da Costa, 2020).

A investigação sobre a saúde mental também é importante no Iscte

A investigação sobre a saúde mental também é importante no Iscte, com contribuições da psicologia clínica (por exemplo, Moleiro, 2018), do Serviço Social (por exemplo, Nogueira, 2019) ou mesmo da genética. O trabalho de Diana Prata tem-se concentrado na compreensão do papel da oxitocina na cognição social humana e em doenças mentais como as psicoses ou o autismo (Neto et al., 2020; Prata et al., 2019). O grupo de Diana Prata tem também dedicado o seu trabalho à identificação de biomarcadores integrados de genética, neuroimagem e biomarcadores ambientais do diagnóstico e prognóstico da psicose e resposta ao tratamento, aplicando a inteligência artificial aos dados de neuroimagem para o desenvolvimento de biomarcadores neurológicos e psiquiátricos.

Matias e Sousa (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura com a finalidade de determinar o que está a acontecer no campo das campanhas de prevenção de doenças renais, destacando a utilização da saúde móvel como ferramenta para melhorar os efeitos da campanha sobre as pessoas e mudar o seu comportamento. Perante a falta de evidências sobre mudanças de comportamento em resultado de campanhas de prevenção de doenças renais, o estudo apelou à necessidade de repensar estratégias, processos, indicadores e ferramentas de comunicação, de maneira a melhorar o envolvimento da população em campanhas relativas à prevenção de doenças renais.

No campo da sociologia da saúde e da doença, Elsa Pegado desenvolveu investigação sobre Medicina Complementar e Alternativa (MCA, Pegado, 2020). O seu trabalho contribuiu para compreender como o campo está estruturado em Portugal, para uma sociografia dos utilizadores, para a exploração dos padrões sociais da procura e para a identificação da diversidade de práticas sociais no envolvimento dos utilizadores com a MCA e as diferentes configurações da sua combinação com a medicina convencional (Pegado, 2017, 2019).

Outra condição crónica estudada por diferentes equipas no Iscte associa-se ao impacto das condições de trabalho e emprego na saúde de diferentes profissões, incluindo os profissionais de saúde. A investigação de Fatima Suleman visa o emprego e as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

O argumento central do seu projeto é que a sustentabilidade e qualidade dos serviços de saúde públicos e privados dependem do tipo de contratos, salários, tempo de trabalho, oportunidades de formação, conciliação da vida profissional e familiar, entre outros, dos profissionais de saúde. A falta de condições físicas e mentais provocada pela fadiga compromete certamente o desempenho dos profissionais e, conseqüentemente, coloca em risco a saúde dos utilizadores. Outras equipas abordaram este tema numa perspetiva psicossocial. Sara Ramos estudou as condições de trabalho e *burnout* (por exemplo, Ramos et al., 2020) e Silvia Silva concentrou-se nos impactos da perceção da segurança e da formação (Paolillo et al., 2020). Deve notar-se ainda um esforço importante para criar e validar instrumentos adaptados à avaliação da doença ou saúde em populações específicas, frequentemente em co-produção com os pacientes (por exemplo, Sousa et al., 2018).

Outra condição crónica estudada no Iscte associa-se ao impacto das condições de trabalho e emprego na saúde de diferentes profissões

Dentro do Iscte existe também investigação significativa sobre as deficiências associadas ao envelhecimento e aos cuidados de longa duração. A equipa de investigação de Dália Nogueira e Elizabeth Reis definiu os perfis de deficiências funcionais das pessoas idosas portuguesas institucionalizadas, integradas em centros de dia ou a receber cuidados de saúde domiciliários (Raposo et al., 2017; Lopes et al., a publicar), propondo uma metodologia para identificar os custos associados aos cuidados de saúde prestados aos diferentes perfis (Nogueira et al., 2013), bem como o impacto individual e social dos vários níveis de deficiência e dependência (Nogueira & Reis, 2012)

Na área da saúde digital, é de salientar o trabalho de Isabel Machado-Alexandre, que aborda um problema cada vez mais comum na população mais velha - a demência. A investigadora propõe técnicas informáticas (algoritmos de inteligência artificial de estimulação cognitiva) que podem minimizar e retardar os efeitos da demência na vida da população (Caixinha & Alexandre, 2016). Ainda neste campo, João Carlos Ferreira contribuiu com uma vasta experiência em projetos nacionais e internacionais, em parceria com hospitais. A sua investigação aplica dispositivos IoT e técnicas de processamento de texto e imagem a diferentes problemas, desde a extração do tipo de doença, registos médicos eletrónicos, redução de filas de espera e ineficiência em certos serviços médicos, serviços de apoio a idosos e Telemedicina (Gonçalves et al., 2018; Helgheim et al., 2019).

O trabalho de Diana Mendes também contribuiu para a otimização, prevenção e explicação do acesso aos cuidados de saúde, utilizando ferramentas de análise de rede e de *machine learning*. O seu trabalho tem também uma

dimensão clínica. Num estudo recente (Laureano et al., 2020) examinou as características dinâmicas do reflexo de luz pupilar e contribuiu para a sua explicação com base na teoria não linear dos sistemas dinâmicos. Os resultados desta investigação têm implicações em áreas como a lesão do nervo ótico, a lesão do nervo oculomotor ou os tumores cerebrais.

Reduzir as desigualdades na saúde

A análise das desigualdades na saúde é um tema crítico para as políticas de saúde. O Iscte tem uma longa tradição no desenvolvimento de investigação e formação nesta área, mas também na elaboração de recomendações e soluções políticas que promovam uma perspetiva inclusiva na saúde. Dentro desta perspetiva, foram desenvolvidos estudos de avaliação de políticas e projetos de intervenção, sendo providenciada assistência técnico-científica à elaboração de políticas. Mais recentemente, dentro do ambiente interdisciplinar privilegiado

no Iscte, a investigação desenvolvida no campo da inclusão também incluiu soluções digitais e intervenções à distância para melhorar a qualidade de vida de todos os cidadãos.

A investigadora propõe técnicas informáticas (algoritmos de inteligência artificial de estimulação cognitiva) que podem minimizar e retardar os efeitos da demência

Os investigadores do Iscte têm trabalhado com populações vulneráveis específicas para incluir os seus pontos de vista, necessidades e direitos na agenda da saúde. Alguns projetos de investigação revelaram as desigualdades na saúde e nos cuidados de saúde associadas à idade, sexo ou classe social (por exemplo, o projecto SoS PAIN sobre tratamento da dor, Diniz et al., 2019). O trabalho com pessoas portadoras de deficiência é também bastante relevante na investigação do Iscte (projecto YMI, com Associações de

Pessoas com Autismo, Nogueira, 2019). O trabalho de colaboração entre o Iscte e pessoas pertencentes a grupos em situação de vulnerabilidade permitiu identificar as necessidades e o estado de saúde das comunidades imigrantes em Portugal (por exemplo, com o Conselho Português para os Refugiados, Padilla et al., 2018) e das minorias de género (com a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género; Moleiro & Pinto, 2020). Permitiu também desenvolver e validar instrumentos para avaliar as necessidades das pessoas que vivem com doenças específicas (por exemplo, pacientes com Esclerose Múltipla para Biogen Portugal, Sousa et al., 2018; pacientes com dor crónica com Angelini Farmacêutica, Bernardes et al., 2020; pacientes disfágicos, Nogueira et al., 2015). Alguns dos trabalhos do Iscte neste domínio permitiram a co-criação de soluções tecnológicas para promover a inclusão e a qualidade de vida de

grupos em situação de vulnerabilidade (OLA FP7, sobre soluções tecnológicas para cuidadores - Eloy et al., 2019; SIFORAGE FP7, sobre a inclusão tecnológica de cidadãos idosos, Marques et al., 2014).

Ainda dentro desta linha de investigação, com dados relativos à população portuguesa, Simões et al. (2016) propuseram um algoritmo para converter a informação fornecida pelo Inquérito Nacional de Saúde oficial para o EuroQol. Os resultados mostram que existe um nível considerável de desigualdade na saúde, com taxas significativas de pobreza e riqueza. O estudo econométrico revelou que variáveis como género, idade, educação, região de residência e hábitos alimentares estão entre os fatores mais críticos para determinar o estado de saúde.

Ricardo Rodrigues analisou as desigualdades sociais e a forma como as crianças as percebem (raça, idade, classe social de género, Vauclair et al., 2018). Esta área de investigação contribuiu com conhecimentos fundamentais para o desenvolvimento de intervenções destinadas a reduzir as desigualdades sociais na educação e promover o bem-estar das crianças e dos jovens (por exemplo, Guerra et al., 2019; Marques et al., 2014). Uma vez que estas intervenções foram desenvolvidas com uma forte ligação aos interlocutores locais, têm um elevado potencial para apoiar outros programas educacionais dirigidos a populações vulneráveis.

O crescente reconhecimento da diversidade individual e cultural dos utilizadores dos serviços de saúde constitui-se como um desafio global à prestação de cuidados. Vários projetos foram desenvolvidos no Iscte em resposta a este desafio societal, considerando a psicopatologia e a cultura (Moleiro, 2018) e procurando promover a equidade na saúde mental (Moleiro, Freire, Pinto & Roberto, 2018). Há mais de uma década que se investigam no Iscte as necessidades de saúde das populações migrantes (Moleiro et al., 2009; Moleiro, Freire & Tomsic, 2013), minorias étnicas (Moleiro, Marques & Pacheco, 2011) e minorias sexuais (Moleiro & Pinto, 2015), incluindo a sua intersecção com outras características tais como religião ou idade (Moleiro, Pinto & Freire, 2013). Mais recentemente, concentramo-nos também nas questões subjacentes ao bem-estar dos refugiados, incluindo menores não acompanhados (Roberto, Moleiro & Lemos, 2020), e refugiados e requerentes de asilo LGBTQI+ (Moleiro, Solntseva & Aybar, 2020). Os resultados têm sido um *input*, não só para a formação académica e profissional (por exemplo, violência doméstica do mesmo sexo; Moleiro, Pinto, Oliveira & Santos, 2016), mas também para a fundamentação das políticas de saúde pública (Lei da Autodeterminação da Identidade de Género de 2018; Moleiro & Pinto, 2020).

O crescente reconhecimento da diversidade individual e cultural dos utilizadores dos serviços de saúde constitui-se como um desafio global à prestação de cuidados

Melhorar a eficiência dos serviços de saúde no contexto da saúde societal

Os cuidados de saúde são essenciais para garantir a dignidade humana e ter acesso a serviços de qualidade tem uma importância fundamental na vida das pessoas e no desenvolvimento das comunidades. Esta preocupação é evidente nos objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas a cumprir em 2030, que depositam nos serviços de saúde prestados às pessoas um papel central quando se trata de atingir muitas das metas estabelecidas. Melhorar o nível dos serviços é também um imperativo para as organizações do sector da saúde, juntando-se assim aos esforços em prol de um mundo melhor e mais sustentável para todos.

Globalmente, a indústria da saúde tem um impacto considerável nas economias. Como estimado pela Deloitte (2017), as despesas globais com a saúde deverão atingir 8,7 triliões de dólares em 2020, contra 7 triliões de dólares em 2015. Como percentagem do PIB, as despesas com a saúde irão aumentar de 10,4% em 2015 para 10,5% em 2020. De acordo com a mesma fonte, a tendência para o crescimento será observada a nível mundial, mas espera-se que os países emergentes e de menor rendimento apresentem taxas de crescimento

mais elevadas. Este crescimento é explicado pela combinação de três fatores principais: o aumento da esperança de vida e a elevada procura de serviços, o aumento dos custos de mão-de-obra nos cuidados de saúde e a crescente inovação no diagnóstico e nas práticas terapêuticas, essenciais para a melhoria do sistema, mas também mais dispendiosos. Além da contenção de custos, o sector dos cuidados de saúde é obrigado a lidar eficazmente com várias questões relacionadas com a prestação de cuidados, inovação, operações eficientes e seguras, e um ambiente regulador altamente complexo (Deloitte, 2017). Nestas circunstâncias, é previsível que os prestadores de serviços de saúde sejam

desafiados a lidar com as pressões contraditórias da prestação de melhores cuidados a mais pessoas a custos mais baixos, uma circunstância que contribui para o crescimento de tensões.

Nesta lógica, os investigadores do Iscte empreenderam várias iniciativas destinadas a compreender melhor a dinâmica organizacional subjacente à procura de qualidade e eficiência, contribuindo assim para promover um melhor cuidado. Mais precisamente, três domínios têm atraído a atenção dos investigadores do Iscte: localizar os esforços de melhoria dentro da natureza híbrida das organizações de saúde; procurar ativamente estratégias de otimização;

Os cuidados de saúde são essenciais para garantir a dignidade humana e ter acesso a serviços de qualidade tem uma importância fundamental na vida das pessoas

preparar gestores e financiadores para melhores decisões; e produzir conhecimentos especializados sobre questões de saúde específicas.

Localizar esforços de melhoria no âmbito da natureza híbrida das organizações de saúde

As organizações de cuidados de saúde operam num ambiente altamente institucionalizado. De facto, gerir as tensões decorrentes de pressões externas para adotar múltiplas estratégias que podem conflitar e, ao mesmo tempo, abordar as pressões internas para adotar múltiplas culturas e identidades é uma característica central da dinâmica de mudança em contextos pluralistas como os cuidados de saúde (Burnett et al., 2016; Nunes et al., 2017) É neste contexto de tensão que as organizações se esforçam por melhorar.

Num estudo que se debruçou sobre os hospitais públicos, Major e Clegg (2019) procuraram compreender o papel da tecnologia de custos baseados em atividades (ABC) (não entendo ?????) na introdução de uma nova lógica institucional (gerencialismo) por parte do Ministério da Saúde português. A introdução desta lógica institucional iria esbater as diferenças entre a forma de funcionamento dos hospitais públicos e privados. Os defensores do ABC afirmam que este fornece informações precisas e relevantes sobre o consumo de recursos clínicos nos hospitais e que ajuda os clínicos a compreender o impacto dos seus tratamentos nos pacientes e no desempenho financeiro dos hospitais. Este estudo ajudou a melhorar a compreensão da complexidade da implementação de práticas de gestão, normalmente adotadas em organizações privadas em hospitais públicos. A implementação do ABC no setor dos cuidados de saúde é uma questão complexa e, apesar da sua popularidade como forma para envolver os clínicos na gestão hospitalar e para controlar os custos, a sua utilização é mais difícil do que é retratado na literatura normativa.

Num outro estudo, Major, Conceição e Clegg (2018) examinaram as razões subjacentes à implementação de um centro de responsabilidade numa unidade (o serviço de cirurgia cardiotorácica - CSS) de um hospital público português. Observaram os motivos que levaram a iniciativa a falhar, apesar de se apoiar numa ação legislativa. As constatações empíricas apontam para a incapacidade do centro de responsabilidade criado ser capaz de provocar a mudança necessária, isto apesar dos esforços institucional para implementar a iniciativa de responsabilização no SFA (meaning?). Numa perspetiva governamental, os centros de responsabilidade tanto permitem a distribuição do poder de decisão como, simultaneamente, o reforçam através do aumento da responsabilidade pelas decisões tomadas (Major et al., 2018).

A natureza híbrida das organizações de cuidados de saúde foi também realçada pela investigação desenvolvida em farmácias comunitárias, que são, frequentemente, a primeira escolha dos pacientes, quando experimentam sintomas. A este respeito, Nunes et al. (2015) desenharam um modelo que conceptualiza a farmácia comunitária como desempenhando múltiplos papéis: fornecedor de medicamentos, fornecedor de aconselhamento e promotor de saúde comunitária, aos quais os pacientes são sensíveis, e sugeriram uma expansão da identidade organizacional como mecanismo para integrar esta multiplicidade. Nunes et al. (2017) investigaram a natureza híbrida da orientação da identidade das farmácias comunitárias (normativa e utilitária), e o papel do trabalho de identidade organizacional empreendido pelos proprietários-gestores na promoção do desempenho das farmácias.

Procurar ativamente abordagens de otimização para o planeamento da prestação de cuidados de saúde

Os serviços de saúde enfrentam enormes desafios de organização. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), 400 milhões de pessoas não têm acesso aos serviços de saúde que poderiam ser disponibilizados por prestadores de cuidados primários, 10% dos 421 milhões de hospitalizações por ano em todo o mundo resultam em danos para os pacientes e, o que é importante, até 40% de todas as despesas com cuidados de saúde são desperdiçadas por ineficiência. Estes aspetos exigem um esforço acrescido aos gestores e decisores dos cuidados de saúde, que devem melhorar o serviço que prestam para bem da eficiência e da segurança.

A aplicação de modelos microeconómicos e a correspondente aplicação empírica em várias áreas das ciências sociais foi desenvolvida por Felipa de Mello-Sampayo. De Mello-Sampayo (2014) desenvolveu um modelo microeconómico de decisão num contexto de incerteza, aplicada ao tratamento de pacientes com tumor gastrointestinal. Quando há irreversibilidade e incerteza no custo do tratamento, os pacientes de baixo risco mudam para o segundo tratamento, quando este é menos valorizado. À medida que os impactos dos custos de reversão do tratamento diminuem, torna-se mais viável que indivíduos de baixo risco acabem por mudar de tratamento (de Mello-Sampayo, 2015).

Os serviços de saúde enfrentam enormes desafios de organização

Para analisar a utilidade dos modelos de interação espacial e os modelos de gravidade como ferramentas para avaliar a acessibilidade aos serviços de saúde, foram derivados modelos teóricos de interação

utilizando a abordagem de entropia para lidar com a componente aleatória da função de utilidade (de Mello-Sampayo, 2016; 2018a; 2018b; 2020). Os resultados da aplicação empírica dos modelos de interação espacial sugerem a utilidade da sua utilização na análise das políticas sobre acessibilidade à saúde.

Na análise económica da utilização da tele dermatologia no sistema de saúde pública português, e sob pressupostos de custos específicos, do ponto de vista económico do paciente a tele dermatologia é a estratégia usada no planeamento e preparação pré-cirúrgico, ultrapassando o sistema de referência convencional, especialmente para pacientes com dermatoses graves (de Mello-Sampayo, 2019). No sistema de saúde pública português e com pressupostos específicos, do ponto de vista do utilizador de saúde, a cardioprotecção definida pela avaliação da fracção de ejeção ventricular esquerda (FEVE) para pacientes em risco de cardiotoxicidade relacionada com a quimioterapia proporciona mais *QALYs* a um custo inferior ao da cardioprotecção uniforme (de Mello-Sampayo et al., 2020).

Outra linha de investigação no Iscte dedica-se ao desenvolvimento de ferramentas para otimizar o planeamento dos cuidados de saúde em geral, dos cuidados paliativos e dos cuidados continuados, tanto a nível nacional como internacional. Foram desenvolvidos vários estudos nesta área, reconhecendo que um planeamento adequado deve satisfazer não só as necessidades dos pacientes, mas também as preocupações das organizações de cuidados de saúde. Começando pelo ponto de vista dos doentes, foram construídos vários modelos que procuram assegurar a prestação de cuidados de qualidade e promovem, ao mesmo tempo, o bem-estar dos doentes e o acesso equitativo a todos os doentes (Cardoso-Grilo et al., 2019; Cardoso-Grilo et al., 2015; Cardoso-Grilo et al., 2016). Relativamente aos prestadores de cuidados de saúde, a investigação tem observado a multiplicidade de objetivos que muitas vezes precisam de ser considerados a este nível (por exemplo, quando se considera a prestação de cuidados privados ou públicos), bem como vários constrangimentos chave, tais como constrangimentos orçamentais, materiais e de recursos humanos (Cardoso-Grilo et al., 2015; 2016). Simultaneamente, foi também considerado que o sector da saúde se caracteriza por várias incertezas fundamentais - tais como a incerteza em torno da procura e oferta de cuidados de saúde a médio e longo prazo (Cardoso-Grilo et al., 2020; Cardoso-Grilo et al., 2012; 2015).

Para disponibilizar melhores fundamentos para a tomada de decisões, Sousa et al. (2019), reviram a literatura sobre como, o que designa de *big data analytics* pode utilizar conjuntos de dados em grande escala, para fornecer evidências que

Outra linha de investigação no Iscte dedica-se ao desenvolvimento de ferramentas para otimizar o planeamento dos cuidados de saúde em geral

apoiem as decisões relativas à gestão de pessoas e à avaliação da relação custo-eficácia das organizações de saúde. Esta revisão oferece um modelo preditivo para os processos de gestão de pessoas. Em 2020, Pesqueira, Sousa e Rocha exploraram ainda mais o papel do desenvolvimento sustentável das competências de Big Data em cuidados de saúde e produtos farmacêuticos, para propor um conjunto de competências para aumentar a capacitação dos profissionais de saúde.

Preparar os profissionais de saúde, gestores e financiadores para tomarem melhores decisões

A prestação de cuidados de saúde de qualidade e com contenção de custos tem sido considerado um desafio político fundamental para a maioria dos países, estimulando as organizações de saúde a tomarem as melhores decisões relativamente à conciliação destas questões, de alguma forma contraditórias. A preparação dos gestores para lidar com decisões complexas pode ter um impacto fundamental na sociedade. Na mesma linha, os profissionais podem melhorar o seu desempenho através da utilização de instrumentos tangíveis, que facilitam a aplicação do conhecimento.

Através de um estudo com um desenho multinível e multicaso, onde se incluíram 10 hospitais de 5 países europeus (Robert et al., 2011; Burnett et al., 2013) parte do projecto QUASER (Sétimo Programa-Quadro da Comunidade Europeia, ao abrigo do acordo de subvenção n. 241724), os investigadores do Iscte estiveram envolvidos no desenvolvimento de dois guias destinados a preparar os gestores de topo dos hospitais e das entidades financiadoras para tomarem decisões informadas por um conhecimento profundo dos desafios organizacionais envolvidos na tomada de decisão. Estes guias (Quaser research team, 2014a, 2014b) foram desenvolvidos como ferramentas de reflexão, fornecendo uma ferramenta abrangente de base empírica para a identificação eficaz de lacunas nas estratégias de qualidade e um quadro de referência e uma linguagem para a compreensão e partilha de ideias sobre como melhorar (Anderson et al., 2019).

Com base em dados do mesmo projeto, Nunes et al. (2020), identificaram seis dualidades envolvidas na procura de um melhor serviço nos hospitais (consenso plural, conectividade distribuída, emergência orquestrada, fluidez formalizada, corporeidade dos pacientes, e generatividade cautelosa),

A prestação de cuidados de saúde de qualidade e com contenção de custos tem sido considerado um desafio político fundamental para a maioria dos países

e desafiaram os gestores hospitalares a passarem, do usual pensamento sequencial baseado em projetos e do pensamento sistémico habitual sobre a melhoria da qualidade para o desenvolvimento de meta-capacidades para equilibrar a operação simultânea de ideias ou conceitos opostos.

Outros estudos destacaram o papel dos conteúdos gerados pelo utilizador para compreender as principais dimensões da perceção da qualidade em serviço de serviços de saúde específicos, como as termas e os spas termais (Rodrigues et al., 2019) ou o turismo médico (Rodrigues et al., 2017). Nascimento, Nunes e Anderson (a publicar) estudaram o papel fundamental que as organizações de cuidados pós-agudos desempenham na manutenção e promoção da saúde dos pacientes, um objetivo que é influenciado pela sua experiência, tanto na transição dos hospitais para as organizações que prestam cuidados pós-agudos, como durante a sua permanência nessas unidades.

Utilizando um departamento de urgências como contexto, Sousa et al. (2020) examinaram as tensões entre o conhecimento dinâmico, incorporado em trabalhadores individuais, e o conhecimento estático, enraizado em informação documentada, destacando a relevância de encontrar o equilíbrio certo entre estes dois tipos de conhecimento, o que pode ser alcançado através da combinação de uma cultura de tradução e partilha de conhecimento, o desenvolvimento de competências transversais e a objetivação deste processo em instrumentos práticos tangíveis.

A este respeito, vários académicos do Iscte têm estado envolvidos na formação pós-graduada de gestores de saúde. Um exemplo disto é o curso de Economia da Saúde (Nuno Crespo). Através da articulação da investigação, do ensino e da supervisão de várias teses, Nuno Crespo concentra os seus esforços nos seguintes tópicos chave: (i) métodos económicos para a tomada de decisões em cuidados de saúde; (ii) métodos de avaliação económica (minimização de custos, custo-eficácia, custo-utilidade, e custo-benefício; (iii) envelhecimento (principais tendências e implicações, com especial enfoque no caso português); (iv) literacia em saúde; (v) e medição da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Ana Lúcia Martins lidera vários projetos centrados na identificação de formas de melhoria de processos nas instituições de cuidados de saúde. Estes estudos visam melhorar a qualidade da resposta de saúde oferecida, o tempo de resposta, aumentar a qualidade de vida dos utilizadores e reduzir os custos que o sistema de cuidados terá com a resposta (Bendito & Martins, 2012). O segundo tópico que organiza o trabalho desta investigadora é a perceção da qualidade do serviço prestado pelas instituições de cuidados de saúde aos seus profissionais. Esta investigação tem tido consequências importantes para

Vários académicos do Iscte têm estado envolvidos na formação pós-graduada de gestores de saúde

o bem-estar dos profissionais de saúde, tais como enfermeiros e médicos (por exemplo, Martins et al., 2014; Martins & Concinha 2017).

NOTAS FINAIS

Neste artigo apresentamos uma nova perspectiva em relação à investigação em saúde que inspira o Iscte Saúde: Saúde Societal. Esta perspectiva está enraizada nas determinantes sociais da abordagem da saúde e, por esta razão, sublinha os diferentes contextos sociais e ambientais que têm impacto na saúde, ao mesmo tempo que inclui e articula diferentes níveis de análise. No entanto, a visão do Iscte Saúde em relação à investigação vai além desta abordagem em vários aspetos. Primeiro, como outros autores propõem, inclui claramente um de análise político, que desconstrói as opções políticas em termos de poder. Além disso, uma visão societal do Iscte Saúde inclui também os principais desafios que a sociedade em geral e os cuidados de saúde em particular enfrentam atualmente: a transição digital, a globalização das ameaças e das soluções e a participação dos cidadãos (tanto utilizadores de cuidados de saúde e pacientes, como profissionais de saúde).

O Iscte Saúde é construído sobre o impressionante registo de formação, investigação e publicações no domínio da saúde que foram produzidas no Iscte nas últimas décadas. A descrição das diferentes linhas de investigação

Iscte Saúde é construído sobre o impressionante registo de formação, investigação e publicações no domínio da saúde que foram produzidas no Iscte nas últimas décadas

apresentadas neste documento é um forte portfólio de conhecimentos especializados do Iscte em dimensões da saúde diferentes e fundamentais. Além disso, o Iscte Saúde baseia-se numa forte crença e vontade de se envolver em investigação colaborativa e interdisciplinar, ou seja, de fazer investigação em colaboração com as partes interessadas que representam quer utilizadores de cuidados de saúde, pessoas com doenças crónicas, profissionais de saúde, instituições e empresas. O Iscte tem muitas parcerias no domínio da saúde e o Iscte_Health promoverá a criação de sinergias, bem como de valor comercial. No entanto, o aspeto mais inovador do Iscte_Saúde será o forte enfoque na articulação interdisciplinar, construindo espaços onde ideias de colaboração para questões de investigação podem surgir. Os excelentes conhecimentos disciplinares do Iscte nos campos das ciências sociais (psicologia, antropologia, sociologia, ciências políticas, história, economia, ciências de gestão) juntamente com as ciências tecnológicas (inteligência artificial, ciências de dados, ciências informáticas) proporcionam uma oportunidade de produzir uma investigação forte e inovadora neste campo.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. A. (2013). Epidemics in the news: Health and hygiene in the press in periods of crisis. *Public Understanding of Science*, 22(7), 886-902. <http://doi.org/10.1177/0963662512473212>
- Almeida, M. A. (2014). As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21 (2), 687-708.
- Andermann, A. (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: A framework for health professionals. *Canadian Medical Association Journal*, 188(17-18). <https://doi.org/10.1503>
- Anderson, J. E., Robert, G., Nunes, F., Bal, R., Burnett, S., Karlton, A., Sanne, J., Aase, K., Wiig, S., Fulop, N. J., & QUASER team (2019). Translating research on quality improvement in five European countries into a reflective guide for hospital leaders: the 'QUASER Hospital Guide'. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(8), 87-96. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzz055>.
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773-783. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Bendito, S., & Martins, A. L. (2012). Applying Lean Management in a Hospital Purchasing Process: a case study. *Proceedings of the XVIII International Conference on Industrial Engineering (ICIEOM 2012)*, Guimarães, ID237.1237.11, http://www.icieom.org/BKP_icieom2012/index.asp
- Bernardes, S. F., Forgeron, P., Fournier, K., & Reszel, J. (2017). Beyond solicitousness. *Pain*, 158(11), 2066-2076. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001033>
- Bernardes, S., Matos, M. O., & Vaclair, M. (2020). *Validação Psicométrica da Versão Portuguesa (BAT_Pr)*. (Relatório Técnico). CIS-IUL.
- Birn, A. E. (2011). Addressing the societal determinants of health: The key global health ethics imperative of our times. *Global Health and Global Health Ethics*, 37-52. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511984792.004>
- Brandão, T., Campos, L., de Ruddere, L., Goubert, L., & Bernardes, S. (2019). Classism in Pain Care: The Role of Patient Socioeconomic Status on Nurses' Pain Assessment and Management Practices. *Pain Medicine*, 20(11), 2094-2105. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz148>
- Burnett, S., Mendel, P., Nunes, F., Wiig, S., van den Bovenkamp, H., Karlton, A., Robert, G., Anderson, J., Vincent, C., & Fulop, N. (2016). Using institutional theory to analyse hospital responses to external demands for finance and quality in five European countries. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(2), 109-117. <doi.org/10.1177/1355819615622655>.
- Burnett, S., Renz, A., Wiig, S., Fernandes, A., Weggelaar, A. M., Calltorp, J., Anderson, J. E., Robert, G., Vincent, C., & Fulop, N. (2013). Prospects for comparing European hospitals in terms of quality and safety: lessons from a comparative study in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 1-7. <doi.org/10.1093/intqhc/mzs079>.
- Caixinha, A., & Alexandre, I. (2016). What's Memory All About?: The Importance of Memory in Alzheimer's Patients. In D. I. Fotiadis (Ed.), *Handbook of Research on Trends in the Diagnosis and Treatment of Chronic Conditions* (pp. 263 - 278). IGI Global. <doi.org/10.4018/978-1-4666-8828-5>
- Capucha, L. (2020). Relatório do projecto Long Term Care Homes and Covid'19 Crisis.
- Cardoso-Grilo, T., Monteiro, M., Oliveira, M., Amorim-Lopes, M., & Barbosa-Póvoa, A. (2019). From problem structuring to optimization: a multi-methodological framework to assist the planning of medical training. *European Journal of Operational Research*, 273(2): 662-683. <doi.org/10.1016/j.ejor.2018.08.003>.
- Cardoso-Grilo, T., Oliveira, M., & Barbosa-Póvoa, A. (2020). Fostering long-term care planning in practice: combining scenario reduction approaches with stochastic and multi-objective location-allocation modelling. *European Journal of Operational Research*. <doi.org/10.1016/j.ejor.2020.09.055>
- Cardoso-Grilo, T., Oliveira, M., Barbosa-Póvoa, A. & Nickel, S. (2015). An integrated approach for planning a long-term care network with uncertainty, strategic policy and equity considerations. *European Journal of Operational Research*, 247(1), 321-334. <doi.org/10.1016/j.ejor.2015.05.074>.
- Cardoso-Grilo, T., Oliveira, M., Barbosa-Póvoa, A. & Nickel, S. (2016). Moving towards an equitable long-term care network: A multi-objective and multi-period planning approach. *Omega*, 58: 69-85. <doi.org/10.1016/j.omega.2015.04.005>
- Cardoso-Grilo, T., Oliveira, M., Barbosa-Póvoa, A. & Nickel S (2012). Modeling the Demand for Long-Term Care Services under Uncertain Information. *Health Care Management Science*, 15(4), 385-412. <doi.org/10.1007/s10729-012-9204-0>.

- Cordeiro, J. R., Postolache, O., & Ferreira, J. C. (2019). Child's Target Height Prediction Evolution. *Applied Sciences*, 9, 5447. <https://doi.org/10.3390/app9245447>
- Crisóstomo, S. & Santos, M. (2018). Participação pública na saúde: das ideias à ação em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais [Online]*, 117 URL: <http://journals.openedition.org/rccs/8325>; DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.8325>
- Crisóstomo, S., da Costa F.A. (2020) Public Participation in Access to Medicines. In: Babar ZUD. (eds) *Global Pharmaceutical Policy*. Palgrave Macmillan, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-15-2724-1_10
- Crisóstomo, S., Matos, A.R., Borges, M. & Santos, M. (2017). Mais participação, melhor saúde: um caso de ativismo virtual na saúde. *Forum Sociológico [Online]*, 30 <http://journals.openedition.org/sociologico/1729> DOI: 10.4000/sociologico.1729
- Crisóstomo, S., Matos, A.R., Borges, M. & Santos, M. (2019). O Facebook faz bem à saúde? O caso “MAIS PARTICIPAÇÃO melhor saúde” em Portugal. *Revista Brasileira Pesquisa e Saúde*, 21(2): 123-133. DOI: 10.21722/rbps.v21i2.29085
- De Mello-Sampayo, F. (2014). The timing and probability of treatment switch under cost uncertainty: An application to patients with gastrointestinal stromal tumor. *Value in Health*, 17, 215–222. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.12.008>.
- De Mello-Sampayo, F. (2015). “HIV patients’ decision of switching to second-line antiretroviral therapy in India. *Aids Care*, 27(7), 900-906. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1015480>.
- De Mello-Sampayo, F. (2016). A spatial analysis of mental health care in Texas. *Spatial Economic Analysis*, 11(2), 152-75, <https://doi.org/10.1080/17421772.2016.1102959>.
- De Mello-Sampayo, F. (2018a). Spatial interaction healthcare accessibility model: An application to Texas. *Applied Spatial Analysis and Policy*, 11(4), 739–751. <https://doi.org/10.1007/s12061-018-9284-4>.
- De Mello-Sampayo, F. (2018b). Spatial heterogeneity of quality use and spending on medicare for the Elderly. *Geospatial Health*, 13(1), 66-78. <https://doi.org/10.4081/gh.2018.655>.
- De Mello-Sampayo, F. (2019). Patients’ out-of-pocket expenses analysis of presurgical teledermatology. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12962-019-0186-3>.
- De Mello-Sampayo, F. (2020). Spatial interaction model for healthcare accessibility: what scale has to do with it. *Sustainability*, 12. <https://doi.org/10.3390/su12104324>.
- De Mello-Sampayo, F., Fiúza, M., Pinto, F., & Fontes, J. (2020). Cost-effectiveness of cardio-oncology clinical assessment for prevention of chemotherapy-induced cardiotoxicity. *Revista Portuguesa de Cardiologia*.
- Deloitte, (2017). *2017 global health care outlook: Making progress against persistent challenges*. www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/global-health-care-sector-outlook.html (accessed 23 October 2020).
- Diniz, E., Castro, P., Bousfield, A., & Bernardes, S. F. (2019). Classism and dehumanization in chronic pain: A qualitative study of nurses’ inferences about women of different socio-economic status. *British Journal of Health Psychology*, 25(1), 152-170. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12399>
- Eloy, S., Dias, L., Ourique, L., & Dias, M. (2019). Home Mobility Hazards Detected via Object Recognition in Augmented Reality. Proceedings of 37 eCAADe and XXIII SIGRaDi Joint Conference, *Architecture in the Age of the 4Th Industrial Revolution*, Porto, 415-422. <https://doi.org/10.5151>
- Espanha, R., & Oliveira, A. (2019). A visibilidade da literacia em saúde nas notícias dos media: O caso de Portugal. In R. Espanha & T. Lapa (Eds), *Literacia dos novos media* (pp. 87-102). *Mundos Sociais*.
- Fernandes, A., Skotnes, L. L., Major, M., & Falcão, P. F. (2020). Clinicians’ Perceptions of Norwegian Women’s Experiences of Infertility Diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 993. doi.org/10.3390/ijerph17030993
- Filipe, I., Marques, S. & Ferreira, L.C. (in prep). Ageism in the context of COVID-19 in the Portuguese online newspapers.
- Gohar, F., Maschmeyer, P., Mfarrej, B., Lemaire, M., Wedderburn, L. R., Roncarolo, M. G., & van Royen-Kerkhof, A. (2019). Driving Medical Innovation Through Interdisciplinarity: Unique Opportunities and Challenges. *Frontiers in medicine*, 6, 35. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00035>
- Gonçalves F., Pereira R., Ferreira J., Vasconcelos J.B., Melo F., Velez I. (2019) Predictive Analysis in Healthcare: Emergency Wait Time Prediction. In: Novais P. et al. (eds) *Ambient Intelligence – Software and Applications – 9th International Symposium on Ambient Intelligence. ISAmI2018 2018*. Advances in Intelligent Systems and Computing, vol 806. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-01746-0_16.
- Guerra, R., Rodrigues, R. B., Aguiar, C., Costa-Lopes, R., Alexandre, J. & Carmona, M. (2019). School achievement and well-being of immigrant children: the role of acculturation strategies and perceived discrimination. *Journal of School Psychology*, 75, 104-118. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.07.004>

- Helgheim, B.I., Maia, R., Ferreira, J. C., & Martins, A. L. (2019). Merging Data Diversity of Clinical Medical Records to Improve Effectiveness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 769. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050769>
- Hunter, D. J., & Fineberg, H. V. (2014). Convergence to common purpose in global health. *The New England Journal of Medicine*, 370(18), 1753-1755. <https://doi.org/10.1056/NEJMe1404077>
- Jacob-Rodrigues, M. J., Postolache, O., & Cercas, F. (2020). Physiological and Behavior Monitoring Systems for Smart Healthcare Environments: A Review. *Sensors*, 20(8), 2186. <https://doi.org/10.3390/s20082186>
- Kickbusch, I. & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [hwww.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf) (accesses 17 November 2020)
- Kivits J, Ricci L, & Minary L. (2019). Interdisciplinary research in public health: the ‘why’ and the ‘how’. *Journal of Epidemiological Community Health*, 73, 1061-1062. <http://doi.org/10.1136/jech-2019-212511>
- Laureano, R.D., Mendes, D., Grácio, C., & Laureano, F. (2020). Searching for Complexity in the Human Pupillary Light Reflex. *Mathematics*, 8, 394. doi:10.3390/math8030394
- Lima, M.L. & Camilo, C. (2020). *Projeto Associa*. CIS-IULL.
- Lima, M.L. (2018). *Nós e os outros: o poder dos laços sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Lima, M.L., Marques, S., Muiños, G., & Camilo, C. (2017). All you need is Facebook friends? Associations between online and face to face friendships and health. *Frontiers in Psychology*, 8:68. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00068>
- Major, M. & Clegg, S. (2019). Managerialism through activity-based costing: The case of Portuguese NHS hospitals. *Asia-Pacific Interdisciplinary Perspectives on Accounting (APIRA) conference*, Auckland, New Zealand, 1-3 July.
- Major, M., Conceição, A., & Clegg, S. (2018). When institutional entrepreneurship failed: The case of a responsibility centre in a Portuguese hospital. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 31(4), 1199-1229. doi.org/10.1108/AAAJ-09-2016-2700
- Marmot, M. (2005). The social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marques, S., Lima, M. L., Abrams, D., & Swift, H. (2014). Will to live in older people’s medical decisions: immediate and delayed effects of aging stereotypes. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(6), 399-408. <https://doi.org/10.1111/jasp.12231>
- Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegel, L., ... & Martins, D. (2020). Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
- Marques, S., Mendonça, J., Vauclair, C. M., Bernardes, S., Batel, S., & Lima, M.L. (2014). The SiforAGE Project – Social Innovation for Active and Healthy Ageing. *Transcultural*, VI(1), 69-85.
- Marques, S., Swift, H. J., Vauclair, C. M., Lima, M. L., Bratt, C., & Abrams, D. (2015). ‘Being old and ill’ across different countries: Social status, age identification and older people’s subjective health. *Psychology & health*, 30(6), 699-714. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.938742>
- Marques, S., Vauclair, C. M., Rodrigues, R. B., Mendonça, J., Gerardo, F., Cunha, F., Sena, C & Leitão, E. (2014). imAGES: intervention program to prevent ageism in children. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa & Leya. ISBN: 978-989-8712-12-7.
- Martins, A., & Conchinha, L. (2017). Assessment of service quality in supply of pharmaceutical products . *Proceedings of the 22nd International Symposium on Logistics (ISL 2017)*
- Martins, A., Crespo de Carvalho, J., Ramos, T., & Fael, J. (2014). Assessing obstetrics perceived quality at a public hospital. *Journal of Global Strategic Management*, 8(1), 16-25. <https://doi.org/10.20460/JGSM.2014815649>
- Martins, H. (2020). Digital healthcare systems. *HealthManagement.Org The Journal*, 20(4), 290–293.
- Matias, N., & Sousa, M. J. (2017). Mobile health, a key factor enhancing disease prevention campaigns: Looking for evidences in kidney disease prevention. *Journal of Information Systems Engineering and Management*, 2(3). <https://doi.org/10.20897/JISEM.201703>
- Matos, M., Bernardes, S. F., Goubert, L., & Beyers, W. (2017). Buffer or amplifier? Longitudinal effects of social support for functional autonomy/dependence on older adults’ chronic pain experiences. *Health Psychology*, 36(12), 1195-1206. <https://doi.org/10.1037/hea0000512>
- Mcnamara, N., Stevenson, C., & Muldoon, O. T. (2013). Community identity as resource and context: A mixed method investigation of coping and collective action in a disadvantaged community. *European Journal of Social Psychology*, 43(5), 393-403. <https://doi.org/10.1002/ejsp.1953>

- Mittinty, M. M., Kindt, S., Mittinty, M. N., Bernardes, S., Cano, A., Verhofstadt, L., & Goubert, L. (2019). A Dyadic Perspective on Coping and its Effects on Relationship Quality and Psychological Distress in Couples Living with Chronic Pain: A Longitudinal Study. *Pain Medicine*, 21(2). doi.org/10.1093/pm/pnz267
- Moleiro, C. & Pinto, N. (2020). Legal Gender Recognition in Portugal: A Path to Self-Determination. *International Journal of Gender, Sexuality and Law*, 1, 218-240.
- Moleiro, C. (2018). Culture and Psychopathology: New perspectives on research, practice and training in a global world. *Frontiers in Psychiatry* 9: 366. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00366
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2020). Legal Gender Recognition in Portugal: A Path to Self-Determination. *International Journal of Gender, Sexuality and Law*, 1(1), 218-240. <https://doi.org/10.19164/ijgsl.v1i1.991>
- Moleiro, C., Freire, J. & Tomsic, M. (2013). Immigrants' Perspectives on Clinician Cultural Diversity Competence: A qualitative study with immigrants in Portugal. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 9(2), 84-95. DOI 10.1108/IJMHSC-05-2013-0003
- Moleiro, C., Freire, J., Pinto, N., & Roberto, S. (2018). Integrating diversity into therapy processes: The role of individual and cultural diversity competences in promoting equality of care. *Counselling and Psychotherapy Research (Special Issue on Social Inequalities and Psychological Care)*, 18(2), 190-198. DOI:10.1002/capr.12157
- Moleiro, C., Marques, S., & Pacheco, P. (2011). Cultural diversity competencies in child and youth care services in Portugal: development of two measures and a brief training program. *Children and Youth Services Review*, 33(5), 767-773.
- Moleiro, C., Pinto, N. & Freire, J. (2013). Effects of Age on Spiritual Well-Being and Homonegativity: Religious Identity and Practices among LGB Persons in Portugal. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 25, 93-111. DOI: 10.1080/15528030.2012.741561
- Moleiro, C., Pinto, N., Oliveira, J. & Santos, H. (2016). *Violência Doméstica: Boas práticas no apoio a vítimas LGBT: Guia de boas práticas para profissionais de estruturas de apoio a vítimas*. Lisboa: Ministério da Educação e da Ciência - CIG. ISBN 978-972-597-414-8
- Moleiro, C., Silva, A., Rodrigues, R. & Borges, V. (2009). Health and Mental Health Needs and Experiences of Minority Clients in Portugal. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(1), 15-24. DOI: 10.1108/17479894200900003
- Moleiro, C., Solntseva, S. & Aybar, G. (2020). Culture and violence against LGBTQ+ persons: International contexts and issues in contemporary societies. In E.M. Lund et al. (Eds), *Violence Against LGBTQ+ Persons* (pp. 219-230). Springer Nature Switzerland.
- Moriconi, M., & Cima, C. D. (2019). To report, or not to report? From code of silence suppositions within sport to public secrecy realities. *Crime, Law and Social Change*, 74(1), 55-76. <https://doi.org/10.1007/s10611-019-09875-0>
- Nascimento, G., Nunes, F. G., & Anderson, J. (forthcoming). From hospital to post-acute care organizations: The relationship between patient experience and health recovery. *International Journal for Quality in Health Care*
- Neto, M. L., Antunes, M., Lopes, M., Ferreira, D., Rilling, J., & Prata, D. (2020). Oxytocin and vasopressin modulation of prisoner's dilemma strategies. *Journal of Psychopharmacology*, 34(8), 891-900. <https://doi.org/10.1177/0269881120913145>.
- Nogueira, D. & Reis, E. (2012) Aging and Health Conditions: A Prospective Analysis of the Socioeconomic Impact of Disability in the Portuguese Population, *Aging and Society: An Interdisciplinary Journal* 1 (2), 17-28.
- Nogueira, D., Ferreira, P., Reis, E. & Lopes, I. (2015) Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10), *Dysphagia*. 30(5), 511-520 (DOI: 10.1007/s00455-015-9630-5).
- Nogueira, D., Reis, E., Suleman, A., Dias, J. G. & Borges, C. (2013) A new complexity measure to classify ambulatory patients in rehabilitation facilities for financing purposes, *Bulletin of the International Statistical Institute, 59th World Statistics Congress Session Proceedings*
- Nogueira, J. (2019). *As políticas públicas e a qualidade de vida das famílias com crianças com autismo: o caso da intervenção precoce na infância*. Tese de doutoramento. Lisboa: Iscte
- Nunes, F. G., Anderson, J. E., & Martins, L. M. (2015). Patient reactions to community pharmacies' roles: evidence from the Portuguese market. *Health Expectations*, 18(6), 2853-2864. doi.org/10.1111/hex.12269.
- Nunes, F. G., Anderson, J., Martins, L. & Wiig, S. (2017). The hybrid identity of micro enterprises: Contrasting the perspectives of community pharmacies 'owners-managers and employees. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 24(1), 34-53. doi.org/10.1108/JSBED-05-2016-0069.

- Nunes, F. G., Robert, G., Weggelaar-Jansen, A. M., Wiig, S., Aase, K., Karlun, A., & Fulop, N. J. (2020). Enacting quality improvement in ten European hospitals: a dualities approach. *BMC Health Services Research*, 20(1), 658. doi.org/10.1186/s12913-020-05488-9.
- Oliveira-Brochado, A., Brito, P., & Oliveira-Brochado, F. (2017). Correlates of adults' participation in sport and frequency of sport. *Science & Sports*, 32(6), 355-363. https://doi.org/10.1016/j.scispo.2017.03.005.
- Oliveira-Brochado, A., Oliveira-Brochado, F., & Brito, P. (2017). Effects of personal, social and environmental factors on physical activity behavior among adults. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 7-17.
- Padilla, B., Rodrigues, V., Lopes, J., & Ortíz, A. (2018). Saúde dos Imigrantes: desigualdades e crise no SNS. In R. Carmo, J. Sebastião, A.F. Costa, & J. Azevedo (Eds), *Desigualdades Sociais: Portugal e a Europa* (pp. 315 – 334). Mundos Sociais.
- Paolillo, A., Silva, S. A., Carvalho, H., & Pasini, M. (2020). Exploring patterns of multiple climates and their effects on safety performance at the department level. *Journal of Safety Research*, 72, 47-60. http://doi.org/10.1016/j.jsr.2019.12.009
- Pegado, E. (2017). *O Recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: padrões sociais e trajetórias terapêuticas*. Lisboa, ISCTE-IUL (tese de doutoramento).
- Pegado, E. (2019). Complementary and alternative medicine and conventional medicine: managing pluralism in therapeutic trajectories. *Annals of Medicine*, 51,sup1, 199-200.
- Pegado, E. (2020). Medicinas Complementares e Alternativas: uma reflexão sobre definições, designações e demarcações sociais. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 93, 71-88.
- Pesqueira, A., Sousa, M. J., & Rocha, A. (2020). Big Data skills sustainable development in healthcare and pharmaceuticals. *Journal of Medical Systems*, 44(11), 197. doi.org/10.1007/s10916-020-01665-9
- Postolache, O., Alexandre, R., Geman, O., Hemanth, J, H., Gupta, D. G., Khanna, A. (2020), Remote Monitoring of Physical Rehabilitation of Stroke Patients using IoT and Virtual Reality, *IEEE Journal on Selected Areas in Communications*, October. doi: 10.1109/JSAC.2020.3020600
- Prada, M., Garrido, M. V., & Rodrigues, D. (2017). Lost in processing? Perceived healthfulness, taste and caloric content of whole and processed organic food. *Appetite*, 114, 175-186. https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.031
- Prada, M., Godinho, C., Rodrigues, D., Lopes, C., & Garrido, M. V. (2019). The impact of gluten-free claim on the perceived healthfulness, calories, level of processing and expected taste of food products. *Food Quality and Preference*, 73, 284-287. https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2018.10.013
- Prata, D.P., Costa-Neves, B., Cosme, G., & Vassos, E. (2019). Unravelling the genetic basis of schizophrenia and bipolar disorder with GWAS: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 114, 178-207. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.007
- QUASER RESEARCH TEAM (2014). *The Guide for Payers. A research-based tool to assess and facilitate quality improvement strategies in hospitals*. Available: http://www.ucl.ac.uk/dahr/quaser.
- QUASER RESEARCH TEAM (2014). *The Hospital Guide. A research-based tool to reflect on and develop your quality improvement strategies*. Available: http://www.ucl.ac.uk/dahr/quaser.
- Ramos, S., Costa, P., Passos, A. M., Silva, S. A., & Sacadura-Leite, E. (2020). Intervening on Burnout in Complex Organizations – The Incomplete Process of an Action Research in the Hospital. *Frontiers in Psychology*, 11. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02203
- Raposo, P., Nogueira, D., Reis, E. & Serrasqueiro, R. (2017) Nursing home residents: The dimension of frailty, *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 33(1), 72-82
- Lopes, I., Nogueira, D., Reis, E. & Suleman, A. (forthcoming) How to assess the institutionalized older people's profile? Reliability of interRAI Long Term Care Facilities (LTCF), *Geriatrics and Gerontology International*.
- Ribeiro, J. M. (2019). *Saúde Digital: Um sistema de saúde para o Século XXI*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Richard, L., Gauvin, L., & Raine, K. (2011) Ecological Models Revisited: Their Uses and Evolution in Health Promotion over Two Decades. *Annual Review of Public Health*, 32, 307-326. http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101141
- Robert, G. B., Anderson, J. E., Burnett, S. J., Aase, K., Andersson-Gare, B., Bal, R., Calltorp, J., Nunes, F., Weggelaar, A. M., Vincent, C. A., Fulop, N. J., & QUASER team (2011). A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the QUASER study protocol. *BMC Health Services Research*, 11, 285. doi.org/10.1186/1472-6963-11-285.
- Roberto, S., Moleiro, C. & Lemos, L. (2020). Stakeholders' perspectives on unaccompanied minors. *Journal of Constructivist Psychology*, doi: 10.1080/10720537.2019.1701592

- Rodrigues, D.L., Lopes, D., Pereira, M., Prada, M., & Garrido, M.V. (2020). Predictors of condomless sex and sexual health behaviors in a sample of portuguese single adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(1), 26-36. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.005>.
- Rodrigues, H., Brochado, A., & Troilo, M. (2019). Listening to the murmur of water: essential satisfaction and dissatisfaction attributes of thermal and mineral spas. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 37, 649-661. doi.org/10.1080/10548408.2019.1633986.
- Rodrigues, H., Brochado, A., & Troilo, M. (2020). Listening to the murmur of water: essential satisfaction and dissatisfaction attributes of thermal and mineral spas. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 37(5), 649-661, <https://doi.org/10.1080/10548408.2019.1633986>
- Rodrigues, H., Brochado, A., Troilo, M. & Mohsin, A. (2017). Mirror, mirror on the wall, who's the fairest of the mall? A critical content analysis on medical tourism. *Tourism Management Perspectives*, 24, 16-25. <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2017.07.004>.
- Rosa, H., de Matos, D. M., Ribeiro, R., Coheur, L., and Carvalho, J. P. A “Deeper” Look at Detecting Cyberbullying in Social Networks. In 2018 International Joint Conference on Neural Networks (IJCNN). IEEE, 2018
- Rosa, H., Pereira, N., Ribeiro, R., Ferreira, P., Carvalho, J.P., Oliveira, S., Coheur, L., Paulino, P., Simão, A. M. V., and Trancoso, I. Automatic cyberbullying detection: a systematic review. *Computers in Human Behavior* 93 (2019), 333—345
- Rycroft-Malone, J., Burton, C. R., Bucknall, T., Graham, I. D., Hutchinson, A. M., & Stacey, D. (2016). Collaboration and Co-Production of Knowledge in Healthcare: Opportunities and Challenges. *International journal of health policy and management*, 5(4), 221–223. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.08>
- Santos, M. J., Augusto, A., Clausen, J. A., & Shabot, S. C. (2019). Essentialism as a form of resistance: An ethnography of gender dynamics in contemporary home births. *Journal of Gender Studies*, 28(8), 960-972. doi.org/10.1080/09589236.2019.1650256
- Simões, N., Crespo, N., Moreira, S. B., & Varum, C. (2016). Measurement and determinants of health poverty and richness: evidence from Portugal. *Empirical Economics*, 50, 1331–1358. <https://doi.org/10.1007/s00181-015-0967-2>.
- Smith, A. (1776). *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. W. Strahan and T. Cadell.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization.
- Sousa, C., Rigueiro-Neves, M., Miranda, T., Alegria, P., Vale, J., Passos, A. M., Langdon, D., & Sá, M. J. (2018). Validation of the brief international cognitive assessment for multiple sclerosis (BICAMS) in the Portuguese population with multiple sclerosis. *BMC Neurology*, 18, 172. <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1175-4>.
- Sousa, M. J., Pesqueira, A. M., Lemos, C., Sousa, M., & Rocha, Á. (2019). Decision-Making based on big data analytics for people management in healthcare organizations. *Journal of Medical Systems*, 43(9), 290. doi.org/10.1007/s10916-019-1419-x.
- Sousa, M.J.; Dal Mas, F; Garcia-Perez, A.; Cobianchi, L. (2020) Knowledge in Transition in Healthcare. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.* 10, 733-748. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10030054>
- Vauclair, C. M., Rodrigues, R. B., Marques, S., Esteves, C., Cunha, F., & Gerardo, F. (2018). Doddering but Dear... Even in the Eyes of Young Children? Age Stereotyping and Prejudice in Childhood and Adolescence. *International Journal of Psychology*, 53, 63-70. <https://doi.org/10.1002/ijop.12430>.
- von der Leyen, U. (2019) Mission Letter. Stella Kyriakides. European Commission. Available from <https://www.ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/hm/12pg>
- von Eiff, M. & von Eiff, W. (2020) The Digitalisation of Healthcare. *Health Management*, 20(2):182-187.
- World Health Organization (2016). Framework on integrated, people-centred health services. Retrieved 18 11 2020 from: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/>
- World Health Organization (2017). *Framework on integrated people-centred health services*. www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/ (accessed 23 October 2020).
- World Health Organization. Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 (accessed November 7, 2020).





PART 2

Promover a saúde em tempos de pandemia





2.

Um espaço para a idade: cidades saudáveis e inteligentes para o envelhecimento

Sibila Marques

*Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia Social e Organizacional
e investigadora no CIS-IUL
<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/sibila-marques/cv>*

Sara Eloy

*Professora Auxiliar no Departamento de Arquitetura e Urbanismo
e investigadora e diretora do ISTAR-IUL
<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/sara-eloy/cv>*

Este ano, o Dia Internacional das Pessoas idosas (1 de Outubro) foi celebrado de forma diferente. Em primeiro lugar, foi o seu 30º aniversário, o que enfatiza desde logo a longa luta que tem ocorrido pela defesa dos direitos das pessoas idosas. Em segundo lugar, ocorreu exatamente no período da pandemia COVID'19, o que aumentou a visibilidade das condições em que vivem as pessoas idosas em todo o mundo.

Neste contexto, as Nações Unidas¹ publicaram uma declaração importante, onde ficou claro que um dos objetivos para 2020 é o de “aumentar a consciência sobre as necessidades especiais das pessoas idosas e da sua contribuição para a sua própria saúde e para o funcionamento das sociedades onde vivem”.

Nesse mesmo dia, um dos canais de notícias mais importante em Portugal lançou uma peça jornalística sobre as experiências das pessoas mais velhas

¹ <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>

durante a pandemia². Nesta peça, uma senhora de 92 anos relatava como a pandemia lhe tinha modificado a vida e como o facto de ter ficado em casa por tanto tempo a fez perder os seus hábitos de andar, de tal forma que agora tinha medo de voltar a visitar as ruas: “*Eu não quero ir votar nas eleições presidenciais. Será que me atrevo a atravessar a rua? Tenho medo de cair.*” Este é um bom exemplo dos impactos que a pandemia teve na participação, no dia-a-dia e nos usos das ruas e espaços públicos por parte das pessoas idosas.

O medo de cair tem sido, sistematicamente, relacionado com resultados negativos na saúde³ das pessoas idosas, com efeitos na diminuição da sua mobilidade e isolamento social⁴. Alguns estudos⁵ mostraram ainda que as percepções das pessoas idosas sobre a sua integração social se encontram relacionadas com os níveis de discriminação face à idade, ou idadismo, na vizinhança⁵, com consequências potenciais para um conjunto de indicadores importantes para a sua saúde e bem-estar^{6,7}.

Estes impactos negativos reforçam a necessidade de investimento na criação de espaços inclusivos, que tenham em consideração todos os grupos etários. Neste contexto, não restam dúvidas de que políticas como o movimento “Cidades Saudáveis” (WHO, 2007) devem assumir, de forma clara, um papel mais prioritário nos próximos anos.

A este respeito, é importante reforçar que o desenvolvimento urbano e as cidades são um dos pilares da agenda europeia atual. As áreas urbanas na Europa integram dois terços da população, o que as torna uma clara prioridade para intervenção em várias dimensões. Simultaneamente, o envelhecimento da

A necessidade de investimento na criação de espaços inclusivos, que tenham em consideração todos os grupos etários

² https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2020-10-01-Medo-solidao-e-falta-de-afetos-como-a-pandemia-lhes-mudou-a-vida?fbclid=IwAR2wwJ9kdX8DvXquR1IKGvOmXCXZixb0L6_9VMN6_g-0BK-XyN5B0zBL0O4

³ Leite, S., Dias, M. S., Eloy, S., Freitas, J., Marques, S., Pedro, T., & Ourique, L. (2019). Physiological arousal quantifying perception of safe and unsafe virtual environments by older and younger adults. *Sensors*, 19(11), 2447. DOI: 10.3390/s19112447

⁴ Rantakokko, M., Mänty, M., Iwarsson, S., Törmäkangas, T., Leinonen, R., Heikkinen, E., & Rantanen, T. (2009). Fear of moving outdoors and development of outdoor walking difficulty in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(4), 634-640. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02180.x

⁵ Vitman, A., Iecovich, E., & Alfasi, N. (2014). Ageism and social integration of older adults in their neighborhoods in Israel. *The Gerontologist*, 54(2), 177-189. DOI: 10.1093/geront/gnt008

⁶ Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS one*, 15(1), e0220857. DOI: 10.1371/journal.pone.0220857

⁷ Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(4), P203-P211. DOI: 10.1093/geronb/58.4.P203

*Apesar das boas
intenções, muito
ainda está por fazer
se queremos, de facto,
criar cidades inclusivas,
onde as pessoas mais
velhas não tenham medo
de andar nas ruas*

população a que temos vindo a assistir nas últimas décadas tem também fortes impactos e existe uma necessidade premente de adaptação das políticas urbanas, de forma a integrar as necessidades da população mais velha. A agenda da UE prioriza, para o futuro próximo, temas como a saúde, o desenvolvimento sustentável, a inclusão social e a transição digital, assumindo o forte efeito que estas matérias poderão ter em termos sociais e de crescimento económico. Para os próximos anos, a Europa quer-se mais social, conectada, digital e verde. Com o apoio das políticas urbanas e linhas de financiamento como a URBACT⁸, as cidades procuram investir na inclusão dos seus cidadãos, nomeadamente dos mais velhos, promovendo melhorias na mobilidade e no espaço público.

O movimento “Cidades Saudáveis” da Organização Mundial da Saúde, é um marco importante nesta aposta, estabelecendo como prioridade o acesso a sistemas seguros de transporte e a criação de mais espaços públicos verdes, com efeito importante na diminuição dos acidentes, melhoria da qualidade do ar e num aumento da atividade física dos cidadãos. Para mais, as Cidades Saudáveis têm como principal objetivo “o combate às desigualdades e a promoção da governança e liderança para a saúde e bem-estar”⁹. Ao mesmo tempo, outros movimentos, como as políticas para a criação de Cidades Inteligentes, procuram olhar para o potencial das tecnologias de informação e da Internet das Coisas (Internet of Things ou IoT) para promover a conectividade e serviços sustentáveis e eficientes. No entanto, estas duas estratégias concordam numa causa maior que é a de criar cidades inclusivas também para as pessoas mais velhas.

Existe um conjunto de programas e políticas direcionadas, especificamente, para o “envelhecimento em cidades” na UE (ver, a este respeito, as iniciativas no âmbito das estratégias para o *Envelhecimento Ativo e Saudável* e o programa *Smart Healthy Age Friendly Environments*). Em Portugal, a estratégia “Cidades Sustentáveis 2020” define políticas para cidades mais saudáveis, inclusivas e inteligentes, determinando ações específicas para o desenvolvimento de sistemas inteligentes de ICT, comunidades urbanas inclusivas e ambientes urbanos saudáveis.

No entanto, apesar das boas intenções, muito ainda está por fazer se queremos, de facto, criar cidades inclusivas, onde as pessoas mais velhas não tenham medo de andar nas ruas. No momento presente, sabemos que as cidades não são

⁸ <https://urbact.eu/>

⁹ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/healthy-cities-vision>

lugares para todos e que não são pensadas de uma forma inclusiva. Na realidade, nem os espaços públicos, nem os privados, oferecem as acessibilidades necessárias às pessoas mais velhas ou com algum tipo de limitação.

A legislação para a construção e as práticas arquitetónicas tendem a responder a necessidades de carácter mais geral ou em resposta a *stakeholders* específicos. Neste caminho, muitas vezes as necessidades das pessoas idosas ou com algum tipo de limitação assumem um carácter secundário ao qual não se presta, muitas vezes, a atenção devida. Hanson¹⁰ refere que “o ambiente urbano representa o exemplo mais concreto de como as pessoas com algum tipo de limitação podem ser impedidas por barreiras de acesso”. Esta situação nega a estes cidadãos a possibilidade de uma vida mais independente e segura e leva à sua exclusão da arena urbana.

As maiores barreiras nas cidades são os acessos aos edifícios e aos espaços e transportes públicos. Fatores como degraus elevados, mudanças de nível, grande volume de trânsito e má iluminação podem criar um sentimento de insegurança, que segrega as pessoas idosas. A expressão *architectural disability*¹¹ (ou inaptidão arquitetónica) é utilizada para expressar um espaço físico que sofre de perda de funcionalidade por falta de manutenção, ou de modo mais comum, devido ao seu desenho inadequado. O planeamento de um ambiente inclusivo deve assentar num projeto centrado no utilizador, através de um processo participativo, orientado para as pessoas e avaliado por elas.

Por outro lado, o investimento numa maior digitalização das cidades e na tecnologia pode também trazer desafios importantes para as pessoas, à medida que envelhecem. De facto, o conceito de Cidades Inteligentes surge em paralelo com a generalização do uso do computador pessoal, da internet e da utilização ubíqua de tecnologias que estão espalhadas pelos vários serviços que a cidade oferece (redes de fibra ótica, sensores e atuadores).

O conceito inicial de cidade interconectada sugeria uma cidade assente numa rede onde todas as atividades comunicassem entre si, começando com a automação dos serviços de emergência como polícia, bombeiros e ambulâncias e seguindo-se outros serviços urbanos, como a recolha de lixo e os transportes públicos¹². Para isso, sensores posicionados na cidade recolhem grandes

O planeamento de um ambiente inclusivo deve assentar num projeto centrado no utilizador, através de um processo participativo, orientado para as pessoas e avaliado por elas

¹⁰ Hanson, J. (2004) ‘The Inclusive City : delivering a more accessible urban environment through inclusive design .’, in RICS Cobra 2004 International Construction Conference: responding to change. York, UK, pp. 1–39.

¹¹ Goldsmith, S. (1997) *Designing for the Disabled: the new paradigm*. Oxford: Architectural Press.

¹² Batty, M. (2012) ‘Smart cities, big data’, *Environment and Planning B: Planning and Design*, 39(2), pp. 191–193. doi: 10.1068/b3902ed.

quantidades de dados que são transmitidos, armazenados e analisados através de sistemas de grande capacidade. Para além de áreas como o ambiente, a energia, os edifícios, os transportes, a logística, a hospitalidade, a educação e a segurança, para as pessoas mais velhas as cidades inteligentes trouxeram também vantagens na área da saúde¹³. De facto, as soluções de saúde inteligente permitem às pessoas idosas aceder a serviços mais eficientes, a uma constante monitorização e a um contacto mais direto com os seus cuidadores.

Apesar destas vantagens, a necessidade de adoção das tecnologias inerentes à Cidade Inteligente, também pode constituir um obstáculo aos grupos mais infoexcluídos nas nossas sociedades, onde se poderão inserir as pessoas idosas. Infelizmente, muitas vezes, a velocidade do desenvolvimento tecnológico não é compatível com o tempo necessário para o teste de soluções mais inclusivas. Esta é uma realidade que limita a adoção das tecnologias pelas pessoas mais velhas, que são também, frequentemente, percebidas como um grupo a quem lhes falta as capacidades para utilização desse tipo de tecnologias. Na realidade, existe um estereótipo comum nas nossas sociedades de que as pessoas mais velhas não possuem as competências digitais necessárias de adaptação às circunstâncias futuras das nossas sociedades. De facto, alguns estudos mostram mesmo que a ameaça percebida desse estereótipo tem um impacto real na adoção efetiva dessas tecnologias por parte das pessoas mais velhas¹⁴.

*O futuro é claro:
vivemos um mundo
que está a envelhecer e,
sobretudo, vivemos
em cidades*

Apesar destas dificuldades, não há dúvida que as mudanças são necessárias. O futuro é claro: vivemos um mundo que está a envelhecer e, sobretudo, vivemos em cidades. Quaisquer ações para a construção das cidades do futuro devem ter por base o princípio de “*não deixar ninguém para trás*”. De acordo com a OMS, a próxima década será “A década para o envelhecimento saudável”¹⁵. Todos os 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) têm algo em comum: têm todos de ser implementados tendo em consideração todos os grupos de idade. Esperamos que tal seja feito através da adaptação dos lugares em que moramos para que, mesmo em contextos de pandemia, as pessoas idosas não tenham tanto receio de voltar a andar nas ruas para poderem exercer o seu direito fundamental de votação nas eleições presenciais.

¹³ Lim, C., Kim, K. J. and Maglio, P. P. (2018) ‘Smart cities with big data: Reference models, challenges, and considerations’, *Cities*. Elsevier, 82(February), pp. 86–99. doi: 10.1016/j.cities.2018.04.011.

¹⁴ Mariano, J., Marques, S., Ramos, M. R., Gerardo, F., & de Vries, H. (2020). Too old for computers? The longitudinal relationship between stereotype threat and computer use by older adults. *Frontiers in Psychology*, 11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.568972

¹⁵ <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>



3.

Vai ficar tudo bem? Os custos da solidão e a telepresença como *snack* social saudável

Maria Luísa Lima

*Professora Catedrática de Psicologia Social na Escola de Ciências Sociais e Humanas e
Investigadora do CIS-IUL*

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/maria-luisa-soares-almeida-pedroso-de-lima/cv>

Henrique Martins

*Professor Associado Convidado de Gestão da saúde no Departamento de Recursos
Humanos e Comportamento Organizacional (IBS) do Iscte e na FCS-UBI*

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/author-public-page-2355/cv>

“Vai ficar tudo bem” – era o que estava escrito por todo o lado, como um mantra positivo, no início do confinamento. 9 meses e mais medidas de confinamento depois, é tempo de nos perguntarmos se ficou mesmo tudo bem. Os níveis de stress familiar aumentaram, em particular sobre as mulheres¹, e as queixas de violência doméstica dispararam². Os dados do Infarmed sobre a venda de psicofármacos (ansiolíticos, sedativos, hipnóticos e antidepressivos) mostram um grande aumento relativamente ao período pré pandémico³, em especial junto

¹ <https://www.publico.pt/2020/10/12/sociedade/noticia/stress-familiar-cao-pandemia-recai-desproporcionalmente-mulheres-1934952>

² <https://www.publico.pt/2020/06/16/sociedade/noticia/covid19-pandemia-agudizou-situacoes-violencia-domestica-ja-existent-1920817>

³ <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/09-jun-2020/em-tres-meses-vendidas-mais-de-5-milhoes-de-embalagens-de-ansioliticos-e-antidepressivos-12283380.html>
<https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2020-06-11-Consumo-de-ansioliticos-e-antidepressivos-em-Portugal-aumentou-com-a-pandemia>

dos jovens⁴. A investigação mostra que, embora sendo necessárias, as situações de confinamento estão associadas a consequências negativas para a saúde mental, que se podem manter depois destes períodos⁵.

De facto, as grandes medidas de controlo da pandemia passaram pelo distanciamento físico e pela redução dos contactos sociais. Os nossos contactos presenciais estão reduzidos ao mínimo e, quando existem, estão marcados por incerteza, receio, máscaras, gel e distância. Tocamo-nos menos e temos medo da proximidade. Os encontros de família, os jantares de amigos, as conversas no café, as festas, enfim todos os rituais sociais que faziam parte do nosso quotidiano há uns meses atrás, estão muitíssimo reduzidos. Num estudo realizado em Maio de 2020 junto de uma amostra de portugueses, 92% das pessoas inquiridas referem que do que sentem mais falta é de conviver com as pessoas podendo tocar-lhes⁶. E, por isso, é natural que alguma investigação tenha mostrado um aumento dos sentimentos de solidão, em particular junto dos jovens⁷, cujo estilo de vida está associado a práticas frequentes de sociabilidade.

Há poucas dúvidas de que a pandemia tenha causado muita angústia e de que existem problemas de saúde mental urgentes que devem ser abordados. A solidão, o sentimento de não termos quem nos compreenda e a quem recorrer em situações complicadas, é uma grande fonte de sofrimento. As pesquisas comparativas mostram que, em Portugal, os níveis de solidão antes desta pandemia já eram dos mais elevados da Europa⁸, com valores mais acentuados entre as pessoas mais velhas⁹.

A investigação mostra que, embora sendo necessárias, as situações de confinamento estão associadas a consequências negativas para a saúde mental, que se podem manter depois destes períodos

⁴ <https://observador.pt/2020/05/02/jovens-sao-quem-mais-refere-ter-comecado-a-tomar-ansioliticos-e-antidepressivos-durante-a-pandemia/>

⁵ Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–920. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8

⁶ Observatório da Solidão (2020). *Estudo sobre sentimentos, atitudes e projetos das pessoas no período de desconfinamento da pandemia COVID 19 (18/05/2020 - 26/05/2020)*. Porto: ISCET – Instituto Superior de Ciências Empresariais e do Turismo. Retirado em 11.11.2020 de https://www.iscet.pt/uploads/obSolidao/estudo_iscet_observatorio_da_solidao_-_pos-emergencia.pdf

⁷ Groarke, J.M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P.E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PLoS ONE* 15(9), e0239698. Doi: 10.1371/journal.pone.0239698

McGinty E.E., Presskreischer R., Han H., & Barry C.L. (2020). Psychological distress and loneliness reported by US Adults in 2018 and April 2020. *JAMA*, 324(1), 93–94. doi:10.1001/jama.2020.9740

⁸ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170628-1>

⁹ Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing and Society*, 31(8), 1368-1388. doi:10.1017/S0144686X1000139X

A solidão é uma preocupação crítica de saúde pública. A solidão aumenta o risco de doença mental e física e diminui a esperança de vida¹⁰. As pessoas que se sentem sós com frequência, não são só pessoas mais tristes, mas tornam-se também pessoas mais doentes. Tendem a ter um sono menos eficiente e, por isso, andam mais cansadas. Têm níveis de tensão arterial mais elevados e, por isso, o seu organismo está em permanente esforço e stress. A investigação também mostra que as pessoas com problemas crónicos de solidão vivem numa situação de permanente hipervigilância, sentindo-se sempre ameaçadas, o que, para além da ativação permanente do organismo, dificulta a sua aproximação dos outros¹¹. Por isso, é compreensível que os estudos longitudinais mostrem que o isolamento social provoca um agravamento do estado de saúde física e o aumento do risco de mortalidade¹² e que é mais grave do que outros problemas reconhecidos de saúde pública, como a obesidade ou o consumo regular de tabaco¹³. Por outro lado, a investigação também mostra, de forma consistente, que a integração social, o facto de se ter pessoas com quem se possa partilhar assuntos íntimos, de se conviver com amigos e o desempenho de papéis sociais diversos são fatores que estão ligados, não só a um maior sentimento de felicidade, mas a mais saúde física e mental, dando maior imunidade a doenças físicas tão banais como a constipação¹⁴. Por isso, os estudos mais recentes, que fazem uma análise económica dos custos da solidão, mostram que existem encargos importantes para os serviços de saúde¹⁵ e que as intervenções para combater a solidão podem poupar dinheiro e sobrecarga aos serviços de saúde¹⁶.

¹⁰ Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. Doi: 10.1007/s12160-010-9210-8

¹¹ Cacioppo, S., Grippo, A.J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J.T. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238–249. Doi: 10.1177/1745691615570616

¹² Fawaz, Y., & Mira, P. (2020). *Social isolation, health dynamics, and mortality: Evidence across 21 Europe countries*. CEMFI Working Paper nº 2003. Madrid: Centro de Estudios Monetarios y Financieros.

¹³ Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7), e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.

See also Julianne Holt-Lunstad's post on loneliness and COVID-19 at: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20200609.53823>

¹⁴ Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S., & Gwaltney, J.M. Jr. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA*, 277(24), 1940–1944. Doi:10.1001/jama.1997.03540480040036

¹⁵ Mihalopoulos, C., Le, L.K., Chatterton, M.L., Bucholc, J., Holt-Lunstad, J., Lim, M.H., & Engel, L. (2020). The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 823–836. Doi: 10.1007/s00127-019-01733-7.

¹⁶ McDaid, D., Bauer, A., & Park, A-L. (2017). *Briefing paper: making the economic case for investing in actions to prevent and/or tackle loneliness*. LSE Consulting Briefing Paper. London: London School of Economics and Campaign to End Loneliness.

Estaremos nós, com as medidas que nos protegem do contágio, a tornar as pessoas mais vulneráveis, não só à doença mental, mas também à doença física? Será que estamos a pesar bem os custos do isolamento social a que estamos a obrigar os cidadãos?

A par de sinais de aumento da solidão, durante a pandemia, também há evidência do aumento do apoio social e emocional¹⁷. Apesar do distanciamento físico, a maioria das pessoas pode sentir-se emocionalmente ligada aos outros. Em primeiro lugar, porque os nossos contactos sociais não deixaram de existir, apenas se realizam de outra forma. Usamos mais as redes sociais, as teleconferências e até falamos a amigos que já não contactávamos há muito tempo. Adaptámo-nos, mandando abraços virtuais e dando coto-veladas, em vez de beijos. Não é a mesma coisa, mas ajuda a quebrar a distância. A investigação anterior à pandemia mostrava-se cética quanto ao valor psicológico dos relacionamentos online, considerando-os um fraco substituto das relações ao vivo¹⁸. Se isso é verdade em contextos em que existem opções, é a criatividade com que mantemos as nossas relações online que nos tem permitido gerir o vazio deixado pela distância física de amigos e familiares.

Estaremos nós, com as medidas que nos protegem do contágio, a tornar as pessoas mais vulneráveis, não só à doença mental, mas também à doença física?

Depois, arranjamus maneira de nos sincronizarmos com os outros, apesar da distância. A interação em grupo cria comunidade e identidade através de sincronizações: fazermos uma coisa todos ao mesmo tempo como uma caminhada, um almoço de domingo em família, uma celebração religiosa, cantarmos o hino nacional ou os parabéns a você ou pintarmos juntos uma sala. E conseguimos fazer muitas destas coisas em conjunto apesar das distâncias. Conseguimos jantar juntos, cada um na sua casa. Fazer ginástica ao mesmo tempo que outros, vermos o mesmo filme ou beber um copo em conjunto ao fim do dia, cada um na sua casa. São novas formas de sincronização, talvez não tão emocionantes como as que se fazem ao vivo, mas que mantêm as famílias e os grupos unidos.

Finalmente, conseguimos vencer a solidão nesta pandemia se sentirmos que estamos todos juntos nisto. Se não olharmos para esta situação como algo que me afeta a mim, mas como algo que nos afeta a todos. Esta sensação de ameaça coletiva favorece uma identidade comum e comportamentos

¹⁷ Luchetti, M., Lee, J.H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J.E., Terracciano, A., Sutin, A.R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897-908. doi: 10.1037/amp0000690.

¹⁸ Lima, M. L., Marques, S., Muíños, G., Camilo, C. (2017). All You Need Is Facebook Friends? Associations between online and face-to-face friendships and health. *Frontiers in Psychology*, 8:68. 10.3389/fpsyg.2017.00068

de solidariedade e de ajuda¹⁹: disponibilidade para ajudar vizinhos, contribuir para causas solidárias ou mesmo adesão a comportamentos cívicos (como o uso de máscaras, a higienização das mãos ou ficar em casa). Encarar estes comportamentos como de solidariedade, reforçam o sentimento de pertença ao grupo, que é um forte amortecedor da solidão.

Estarmos sós, em conjunto, é pelo menos um paliativo para o sentimento de isolamento e distanciamento. A solidão é complexa. Mas, é fácil de entender que pessoas com limitações físicas, visuais ou auditivo-verbais, se sintam ainda mais sós. As ferramentas de telepresença que, de repente, invadiram as nossas vidas sociais, (*Zoom, WhatsApp, Teams*, etc.) , não estavam e não estão, muitas delas, pensadas para invisuais ou surdos. É difícil navegar em muitos dos sites públicos, para já não falar em privados, sendo por exemplo uma pessoa invisual. É difícil para uma pessoa com dificuldades auditivas comunicar quando o outro usa máscara, que impede de ver os movimentos dos lábios. Um outro grupo de pessoas que se viu, e volta agora a ver, profundamente só, são os doentes com COVID-19 internados em hospitais. Impossibilitados de ver a família em muitos casos, sofrem e, alguns, morrem sós. Esta decisão é imposta às famílias, que nestes meses perderam direitos que tinham ganho na relação com os serviços de saúde: acompanhar os seus familiares. Não terão os membros da família o

Um outro grupo de pessoas que se viu, e volta agora a ver, profundamente só, são os doentes com COVID-19 internados em hospitais

direito de poder escolher arriscar ir ao hospital? Ou, inversamente, não terá a administração pública o dever de garantir o direito das famílias a um encontro final, mesmo tendo de gerir os riscos associados? Percebe-se a decisão, numa perspectiva puramente biomédica da saúde. Mas, numa perspectiva de saúde societal, ela é difícil de entender. Se a saúde física não é independente do bem-estar social dos pacientes, por que razão devemos impedir as visitas? Se sabemos que os contactos sociais têm um efeito protetor da saúde e que a solidão dificulta a recuperação física, não seria a promoção de

interações com a rede de apoio, mesmo online, uma forma de ajudar à recuperação dos doentes? A questão logística da proibição de visitas entende-se no início desorganizado da pandemia, mas já não em Novembro de 2020. A incoerência e a ambiguidade criam um sentimento de injustiça, incompreensão e revolta, que não ajudam nem à recuperação dos doentes, nem à qualidade de vida dos seus familiares e amigos.

A telepresença está para a presença física como um *snack* está para uma refeição – não alimenta, mas tira a fome. Quando a interacção social presencial

¹⁹ Bentley, S.V. Social isolation. In J. Jetten, S.D. Reicher, S. A. Haslam & T. Cruwys (Eds). *Together Apart: The Psychology of COVID-19* (pp. 59-63). London: SAGE.

não está disponível, é possível enganar. Temporariamente, as necessidades sociais com substitutos de relação²⁰, como as fotos, as cartas ou outros objetos que nos lembram bons momentos e boas relações. A telepresença funciona como um *snack* social. Por isso mesmo, nesta altura incerta e de difíceis encontros presenciais, era boa ideia, nesta travessia do deserto, usarmos mais deste *snacks* nos serviços de saúde.

Ainda antes da pandemia por Covid-19, se falava, e muito em telesaúde. Portugal é um dos poucos países da UE a 27 com um plano nacional estratégico para a telesaúde²¹. A telepresença, contudo, beneficia em ser pensada de forma diferente da telesaúde. Podemos dizer que a telesaúde, é toda a atividade humana que recorre ao uso de tecnologias (atualmente eminentemente digitais, embora o telefone, e alguns sistemas analógicos e de rádio tenham sido, e sejam em alguns contextos, ainda usados) para a promoção da saúde, e a prevenção, diagnóstico, tratamento e o seguimento de situações de doença. Já a telepresença remete para a ideia da capacidade de criar no outro a sensação de que alguém, ou alguma coisa, está presente, ainda que esteja fisicamente ausente.

A telepresença está para a presença física como um snack está para uma refeição – não alimenta, mas tira a fome

Para melhor entender a telepresença, é bom recordar que todos já sentimos que alguém está “ausente”, mesmo estando a nossa frente. Já tivemos experiências de famílias inteiras a almoçar na mesma mesa, mas cada um, por si, conectado com outros, através de um telemóvel. Isto significa, que o conceito de presença que nos interessa, implica criar uma relação e não é só a presença física. Sentimos que alguém está presente, quando existe com essa pessoa uma ligação, algo que definimos com dificuldade, mas que é, certamente, mais do que a mera proximidade física do seu corpo junto ao nosso. A distanciação espaço-temporal permitida pelas tecnologias de informação e comunicação, a que se associa a dimensão móvel, oferece-se, hoje, como uma janela de possibilidades para a criação de relação. Se a presença física e mental é sempre mais plena, também é certo de que é mais perigosa nos tempos que correm e nunca como hoje, nos últimos meses de 2020, a telepresença foi tão

²⁰ Gardner, W. L., Pickett, C. L., & Knowles, M. (2005). Social snacking and shielding: Using social symbols, selves, and surrogates in the service of belonging needs. In K. D. Williams, J. P. Forgas, & W. von Hippel (Eds.), *The Social Outcast: Ostracism, Social Exclusion, Rejection, and Bullying* (pp. 227-242). Psychology Press.

Douglas, J. (2012). Societal linkage, self-concept and well-being after severe traumatic brain injury. In J. Jetten, C. Haslam & S.A. Haslam (Eds.). *The Social Cure: Identity, Health and well-being* (pp. 235-254). New York: Psychology Press.

²¹ Sobre o tema consultar relatório recente da OCDE, disponível em: [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2020\)1&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2020)1&docLanguage=En)

importante para a humanidade. É, pois, necessário abraçar a ideia da telepresença. Já o era antes da pandemia, pois ela é a base do teletrabalho, telesaúde e de alguns aspetos da televida. Agora, ela é essencial para nos sincronizarmos com outros e evitar o sentimento e sofrimento com a solidão; depois desta nefasta pandemia, voltará a ser uma opção na nossa vida.

Há uns meses o ministério da Saúde mandou retirar das máquinas de *vending* os *snacks* “prejudiciais”²², numa inédita e polémica²³ medida de saúde pública, pois só se aplica às instalações do SNS. Evitando agora essa discussão,

ressalta daqui que há, então, ‘*snacks*’ que “são saudáveis”.

*A telepresença é, então,
um imperativo, nestes
tempos que correm*

A telepresença no SNS, nas unidades de saúde, nos quartos de isolamento, a dinamização obrigatória e urgente da telesaúde, com uma expedita promoção da teleassistência domiciliária, é um ‘*snack*’ social saudável. E talvez, mais do que saudável, é de disponibilização urgente e obrigatória.

As formas de telesaúde (teleconsulta, simultânea ou indeferida, telemonitorização, teleassistência) são múltiplas e o Plano Nacional Estratégico para a Telesaúde²⁴, tendo sido aprovado pelo governo em Outubro 2019, está em vigor até 2022, e esta seria a altura ideal para o implementar! Há muitas formas, tecnicamente mais ou menos sofisticadas, de telepresença. Desde o velho telefone (ainda nem sempre seja fácil telefonar a um doente internado, ou a um invisual, em Portugal), até à videochamada, emails e portais de mensagens, *blogs* e *emojis*. Obviamente, até há realidade aumentada e mesmo o teleolfato. A tecnologia não é o problema, nem mesmo o custo, uma vez que se trata de tecnologias cada vez mais acessíveis e que evitam custo na saúde mental.

A telepresença é, então, um imperativo, nestes tempos que correm. Importantíssimo, para nos mantermos ligados e combatermos a solidão. Mas, para as famílias e para os doentes internados e isolados, é fundamental. Funciona como um *snack* que alimenta, pelo menos, a esperança do reencontro. Que mantém uma ligação que conforta. Para os mais vulneráveis desta sociedade digital confinada em 2020, é, também, uma questão de direitos humanos. Doentes, idosos, ou, simplesmente, os mais frágeis de nós, não podem e, mais, têm o direito de não serem deixados sós.

²² <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/11/02/maquinas-vending-nos-servicos-do-sns/>

²³ <https://sol.sapo.pt/artigo/511483/sns-vai-dar-o-exemplo-maquinas-de-vending-vaio-deixar-de-ter-alimentos-prejudiciais-a-sa-de>

²⁴ <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/11/13/plano-estrategico-para-a-telessaude/>



4.

Ultrapassar os desafios colocados pela pandemia de Covid-19 à autogestão das doenças crónicas: Contributos das ciências do comportamento e das tecnologias digitais

Octavian Postolche

Professor Associado com Agregação no Departamento de Ciências e Tecnologias da Informação (ISTA) e Director e Investigador do Instituto de Telecomunicações - IUL (ISTA)

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/octavian-adrian-postolache/cv>

Sónia F. Bernardes

Professora Associada com Agregação no Departamento de Psicologia Social e das Organizações (DEPSO) e Investigadora do CIS-IUL

<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/sonia-gomes-da-costa-figueira-bernardes/cv>

Em 2019, por si só, as doenças cardiovasculares e oncológicas foram responsáveis por cerca de metade das mortes em todo o Mundo¹. As perturbações músculo-esqueléticas relacionadas com a dor foram a principal causa de Anos de Vida Perdidos com Incapacidade, tomando, progressivamente, uma proporção cada vez maior do peso das doenças e das despesas de saúde a nível mundial¹.

De facto, além do enorme sofrimento físico e psicológico que as doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) causam aos indivíduos e às suas famílias, estas ameaçam seriamente a sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde².

¹ GBD 2019 Diseases and Injuries collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396, 1204-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

² OECD (2019). *Health at a Glance 2019*: OECD indicators. Paris: OECD Publishing. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

Por esse motivo, a redução do peso das DCNT é um importante desafio sanitário para o século XXI.

Em 2020, a pandemia da Covid-19 (SRA-CoV-2) elevou estes desafios a um nível completamente novo. Ao trazer várias ameaças, diretas e indiretas, às pessoas com DCNT, a pandemia da Covid-19 tem o potencial agravar fortemente o fardo das doenças crônicas. Antes de mais, o vírus representa uma ameaça física direta para as pessoas com DCNT. Cinquenta a 80% dos casos graves de Covid-19 apresentam comorbidades, tais como cancro, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas³. Além disso, a taxa de mortalidade devida à Covid-19 é muito mais elevada entre estes doentes, do que na população em geral⁴.

A pandemia da Covid-19 tem o potencial agravar fortemente o fardo das doenças crônicas

Em segundo lugar, a pandemia tem também efeitos indiretos na mortalidade, assim como no estado de saúde de doentes crônicos não infestados pela Covid 19. Entre estes indivíduos, foi registado um acentuado aumento de mortes por doenças cardiovasculares agudas e espera-se um aumento substancial de mortes por cancro, devido a atrasos no diagnóstico⁵. Além disso, muitos indivíduos com doenças crônicas (por exemplo, diabetes, artrite reumatóide) reportaram um agravamento do seu estado físico⁶.

³ Grasselli, G., Zangrillo, A., Zanella, A., Antonelli, M., Cabrini, L., Castelli, A., Cereda, D., Coluccello, A., Foti, G., Fumagalli, R., Iotti, G., Latronico, N., Lorini, L., Merler, S., Natalini, G., Piatti, A., Ranieri, M. V., Scandroglio, A. M., Storti, E., Cecconi, M., Pesenti, A., COVID-19 Lombardy ICU Network (2020). Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy region, Italy. *Journal of the American Medical Association*, 323(16), 1574–1581. <http://doi.org/10.1001/jama.2020.5394>.

Richardson, S., Hirsch, J.S., Narasimhan, M., Crawford, J.M., McGinn, T., Davidson, K., & Northwell Covid-19 Research Consortium (2020). Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *Journal of the American Medical Association*, 323(20), 2052–2059. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>

⁴ Saini, K.S., Tagliamento, M., Lambertini, M., McNally, R., Romano, M., Leone, M., Curigliano, G., & Azambuja, E. (2020). Mortality in patients with cancer and coronavirus disease 2019: A systematic review and pooled analysis of 52 studies. *European Journal of Cancer* 139(Nov), 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.08.011>.

⁵ Wu, J., Mamas, M., Mohamed, M., Kwok, C.S., Roebuck, C., Humberstone, B., Denwood, T., Luescher, T., Belder, M., Deanfield, J., & Gale, C.P. (2020). Place and causes of acute cardiovascular mortality during the COVID-19 pandemic. *Heart*, 0, 1-7. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-317912>.

⁶ Chudasama, Y.V., Gillies, C.L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M.J., Seidu, S., & Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: a global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 965-967. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>.

Saqib, M.A., Siddiqui, S., Qasim, M., Jamil, M.A., Rafique, I., Awan, U.A, Ahmad, H., & Afzal, M.S. (2020). Effect of COVID-19 lockdown on patients with chronic diseases. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(6), 1621-1623. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.028>

Ziadé, N., Kibbi, L., Hmamouchi, I., Abdulateef, N., Halabi, H., Hamdi, W., Abutiban, F., Rakawi, M., Eissa, M., & Masri, B. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on patients with chronic rheumatic diseases: A study in 15 Arab countries. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 00, 1–8. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13960>.

As mudanças sociais e sistêmicas provocadas pelas pandemias estão a ter um impacto agravado nos indivíduos com doenças crónicas

Globalmente, estas constatações sugerem que as mudanças sociais e sistêmicas provocadas pelas pandemias estão a ter um impacto agravado nos indivíduos com doenças crónicas. De facto, foram identificadas várias mudanças sociais que constituem uma ameaça para os portadores de DCNT. Desde logo, essa mudança traduziu-se, para alguns, num maior isolamento social ou mesmo na solidão, enquanto, para outros, se traduziu num aumento dos conflitos domésticos, motivados pela alteração de papel ou da carga de cuidados prestados a familiares, na redução do acesso a cuidados de saúde não urgentes de alta qualidade e na exacerbação das desigualdades sociais⁷.

Podem ser vários os mecanismos que explicam os custos que estas mudanças sociais acarretam para a saúde das pessoas com DCNT podem ser vários. Em primeiro lugar, concentrar-nos-emos nos desafios que estas mudanças representam para a autogestão de doenças crónicas. Depois, iremos ilustrar como as sinergias entre as ciências comportamentais e as tecnologias digitais podem contribuir para superar alguns destes desafios, ao mesmo tempo que contribuem para a promoção de serviços de saúde de alta qualidade a custos otimizados.

OS DESAFIOS DA COVID-19 À AUTOGESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

A autogestão da doença crónica é um processo interativo, dinâmico, quotidiano - muitas vezes ao longo da vida - através do qual os indivíduos, juntamente com a sua família, comunidade e profissionais de saúde, estão ativamente envolvidos na gestão da sua doença⁸. Abrange múltiplas tarefas⁹, como:

1. Reconhecer e gerir as respostas do corpo, os tratamentos associados e adotar comportamentos de promoção da saúde (por exemplo, alterar a dieta e os padrões de atividade física);

⁷ Karos, K., McParland, J., Bunzli, S., Devan, H., Hirsh, A., Kapos, F., Keogh, E., Moore, D., Tracy, L., & Ashton-James, C. (2020). The social threats of Covid-19 for people with chronic pain. *Pain*, 161(10), 2229-2235. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002004>.

⁸ Allegrante, J.P., Wells, M.T., & Peterson, J.C. (2019). Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. *Annual Review of Public Health*, 40, 127-146. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>
Lorig, K.R., & Holman, H.R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. http://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01.

⁹ Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N.S., Reynolds, N., & Whittemore, R. (2012). Processes of Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136-144. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x>.

2. Ativar recursos (por exemplo, criar e manter relações com prestadores de cuidados de saúde ou obter e gerir apoios sociais de outras pessoas significativas, cujas ações podem promover ou dificultar a adaptação à doença crónica¹⁰)
3. Processar os desafios emocionais e existenciais colocados pela doença, de modo a integrá-la na vida quotidiana e pessoal, alcançando um “sentido de normalidade”.

As mudanças sociais provocadas pelas pandemias têm dificultado tais processos de autogestão. Em primeiro lugar, os bloqueios e restrições colocados pelo distanciamento social interferiram seriamente nas rotinas de cuidados diários dos doentes crónicos, reduzindo a atividade física, conduzindo a dietas mais desequilibradas e perturbações do sono e perturbando a auto monitorização dos sintomas e a ingestão de medicamentos¹¹.

Em segundo lugar, os pacientes têm relatado dificuldades acrescidas na mobilização de recursos de apoio médico e social. A reafectação de recursos médicos a doentes da covid-19 influenciou negativamente o acesso contínuo dos doentes crónicos aos cuidados de saúde; muitos falharam o rastreio médico de rotina, os testes e os check-ups e relataram perturbações nos recursos médicos e no acesso ao seu prestador de cuidados

*As mudanças sociais
 provocadas pelas
 pandemias têm
 dificultado tais processos
 de autogestão*

¹⁰ Bernardes, S.F., Forgeron, P., Fournier, K., & Reszel, J. (2017). Beyond solicitousness: A comprehensive review on informal pain-related social support. *Pain*, 158 (11), 2066-2076. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001033>

¹¹ Chudasama, Y.V., Gillies, C.L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M.J., Seidu, S., & Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: a global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 965-967. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>.

Cristoforidis, A., Kavoura, E., Nemtsa, A., Pappa, K., & Dimitriadou, M. (2020). Coronavirus lockdown effect on type 1 diabetes management on children wearing insulin pump equipped with continuous glucose monitoring system. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 166, 108307. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108307>

Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., Leggeri, C., Caparello, G., Barrea, L., Scerbo, F., Esposito, E., & De Lorenzo, A. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of Translational Medicine*, 18(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5>

Saquib, M.A., Siddiqui, S., Qasim, M., Jamil, M.A., Rafique, I., Awan, U.A., Ahmad, H., & Afzal, M.S. (2020). Effect of COVID-19 lockdown on patients with chronic diseases. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(6), 1621-1623. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.028>

de saúde¹². A mobilização de apoio social relevante por parte de outros significativos está igualmente comprometida, tanto nos casos de isolamento social¹³ como nos de maior exposição a conflitos interpessoais, motivada por condições de vida de proximidade forçada, por a tensões associadas ao exercício de múltiplos papéis e responsabilidades e/ou pelo aumento das vulnerabilidades sociais (por exemplo, insegurança laboral e financeira)¹⁴. Em terceiro lugar, e consequentemente, os doentes crónicos têm relatado pior saúde mental (por exemplo, ansiedade, depressão) desde o início da pandemia¹⁵, sugerindo dificuldades na gestão de tumultos emocionais e existenciais iminentes.

Em resumo, ao interferir profundamente nos processos de autogestão dos doentes crónicos, a pandemia da covid-19 tem o potencial de aumentar o peso das doenças crónicas a nível individual, familiar e societal.

¹² Chudasama, Y.V., Gillies, C.L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M.J., Seidu, S., & Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: a global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 965-967. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>.

Saquib, M.A., Siddiqui, S., Qasim, M., Jamil, M.A., Rafique, I., Awan, U.A., Ahmad, H., & Afzal, M.S. (2020). Effect of COVID-19 lockdown on patients with chronic diseases. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(6), 1621-1623. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.028>

Wright, A., Salazar, A., Mirica, M., Volk, L.A., & Schiff, G.D. (2020). The invisible epidemic: Neglected chronic disease management during COVID-19. *Journal of General Internal Medicine*, 35(9), 2816-2817. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06025-4>.

Ziadé, N., Kibbi, L., Hmamouchi, I., Abdulateef, N., Halabi, H., Hamdi, W., Abutiban, F., Rakawi, M., Eissa, M., & Masri, B. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on patients with chronic rheumatic diseases: A study in 15 Arab countries. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 00, 1-8. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13960>.

¹³ Shi, C., Zhu, H., Liu, J., Zhou, J., & Tang, W. (2020). Barriers to self-management of type 2 diabetes during covid-19 medical isolation: A qualitative study. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 13, 3713-3725. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5>

¹⁴ Karos, K., McParland, J., Bunzli, S., Devan, H., Hirsh, A., Kapos, F., Keogh, E., Moore, D., Tracy, L., & Ashton-James, C. (2020). The social threats of Covid-19 for people with chronic pain. *Pain*, 161(10), 2229-2235. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002004>.

¹⁵ Chudasama, Y. V., Gillies, C. L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M.J., Seidu, S., & Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: a global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 965-967. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>.

Saquib, M.A., Siddiqui, S., Qasim, M., Jamil, M.A., Rafique, I., Awan, U.A., Ahmad, H., & Afzal, M.S. (2020). Effect of COVID-19 lockdown on patients with chronic diseases. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(6), 1621-1623. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.028>

Ziadé, N., Kibbi, L., Hmamouchi, I., Abdulateef, N., Halabi, H., Hamdi, W., Abutiban, F., Rakawi, M., Eissa, M., & Masri, B. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on patients with chronic rheumatic diseases: A study in 15 Arab countries. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 00, 1-8. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13960>.

AUTOGESTÃO DAS DOENÇAS CRÓNICAS NA ERA DIGITAL

As tecnologias digitais podem contribuir para ultrapassar algumas das barreiras colocadas pela covid-19 à autogestão de doenças crônicas. As tecnologias digitais, tais como os ambientes inteligentes, a computação pervasiva ou a Internet das Coisas (IoT) para os cuidados de saúde, criam novas oportunidades para aumentar a eficácia dos processos de autogestão dos doentes crônicos, protegendo o seu estado de saúde. Tendo em conta o bem-estar do paciente, juntamente com a otimização dos custos do sistema de saúde, associados à intervenção clínica clássica, os novos desenvolvimentos estão a concentrar-se nas intervenções digitais (IDs). Com as IDs, os pacientes podem compreender melhor a sua patologia e podem receber informação apropriada sobre comportamentos de risco e recomendações de atividade para uma ótima autogestão da doença através de ferramentas digitais comuns, tais como aplicações móveis.

No atual contexto pandémico, o impacto da ID na sociedade torna-se mais importante, considerando a assistência limitada aos pacientes que não-Covid-19. Nos casos particulares de doentes com doenças cardiovasculares e músculo-esqueléticas relacionadas com a dor, as IDs podem fazer parte dos serviços de saúde domiciliários. A adesão a ferramentas digitais de avaliação da saúde domiciliária está principalmente relacionada com a sua transparência, facilidade de utilização e, também, com a sua fácil implantação em unidades residenciais de doentes crônicos.

As tecnologias digitais podem contribuir para ultrapassar algumas das barreiras colocadas pela covid-19 à autogestão de doenças crônicas

Neste contexto, as IDs são suportadas por APPs comuns para dispositivos móveis, tais como *smart phones* ou *tablets*, que podem ser sugeridos pelos prestadores de cuidados de saúde. Com base nestas APPs, a autogestão de doenças pode ser melhorada promovendo, por exemplo, a adesão à medicação. A melhoria do comportamento de autogestão também pode ser estimulada através da utilização de APPs específicas, conhecidas como *serious games*. Os *serious games* são definidos como «um desafio mental, jogado com um computador de acordo com regras específicas, que recorre ao entretenimento para promover a formação governamental ou empresarial, a educação, políticas públicas e objetivos estratégicos de comunicação»¹⁶. Em contextos de saúde, os *serious games* podem ser denominados *health games*, e servem vários objetivos, que vão desde a formação de prestadores de cuidados de saúde, até

¹⁶ Pag.25 de Zyda, M. (2005). From virtual simulation to virtual reality to games. *Computer*, 38(9):25–32. <https://doi.org/10.1109/MC.2005.297>

ao apoio aos pacientes nas suas tarefas de autogestão, tais como, gerir as respostas e tratamentos corporais ou adotar comportamentos de promoção da saúde¹⁷. Os *serious games* específicos para reabilitação física, que também são denominados *exergames*, foram relatados por Reis et al.¹⁸. Estes *serious games*, que são concebidos para a reabilitação dos membros superiores e inferiores, ou reabilitação do equilíbrio¹⁹, são, principalmente, apresentados por ambientes de realidade virtual adaptados, interfaces de utilizador específicos (como o Microsoft Kinect) como parte do ecossistema de cuidados de saúde IoT. O *serious game* para a reabilitação física pode ser facilmente integrado num serviço de saúde inovador como a fisioterapia à distância. Esta solução digital, que coloca os pacientes a jogar o seu caminho para a recuperação, está a passar

O serious game para a reabilitação física pode ser facilmente integrado num serviço de saúde inovador como a fisioterapia à distância

do laboratório de investigação para as clínicas de reabilitação. Um dos exemplos de sucesso de “fisioterapia digital” no mundo real é promovido pela MIRA²⁰, que utiliza sensores externos para acompanhar os pacientes à medida que estes realizam os seus exercícios e ajuda os clínicos a acompanhar o progresso e a adesão à terapia. A plataforma foi concebida para ajudar os terapeutas a envolverem-se melhor com os pacientes na recuperação e para fornecer aos pacientes informação real que possa ser utilizada para autogestão durante o período de reabilitação física. A ID na

reabilitação física pode combinar diferentes tecnologias da era digital. Assim, a deteção remota para a interface natural do utilizador combina-se com tecnologias de realidade virtual (RV) para *serious games*, aumentando a motivação do utilizador, mas também extraíndo a informação para avaliação objetiva do resultado do paciente. Os dados analisados são apresentados ao paciente com

¹⁷ Charlier, N., Zupancic, N., Fieus, Denhaerynck, K., Zaman, B., Moons, P. (2016), Serious games for improving knowledge and self-management in young people with chronic conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 23, 1, 230–239, <https://doi.org/10.1093/jamia/ocv100>

¹⁸ Reis E. R., Arriaga P. A., Lima L., Teixeira L., Postolache O., Postolache, G. (2019), Tailoring virtual environments of an exergame for physiotherapy: the role of positive distractions and sensation-seeking. *Psychology*, 1 (1), 1 – 16. <https://doi.org/10.1080/21711976.2019.1643989>.

¹⁹ Geman, O., Postolache, O., Chiuchisan, I., Prepeliceanu, M. Hemanth, J. H. (2019). An Intelligent Assistive Tool Using Exergaming and Response surface methodology for patients with brain disorders. *IEEE Access*, 7 (1), 21502 – 21513. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2019.2898554>

Postolache, G., Cary, F. C., Lourenço, F., Oliveira, R., Girão, P. M., & Postolache, O. (2018). Serious Game based on Kinect and Leap Motion Controller for Upper Limbs Physical Rehabilitation. in S. Mukhopadhyay, K. Jayasundera, O. Postolache (Eds.), *Modern Sensing Technologies*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-99540-3_8.

²⁰ MIRA (2020), Play your way to recovery: and make physical and cognitive exercises more engaging with MIRA, on-line at: <http://www.mirarehab.com/>

base em APPs móveis, para aumentar a autogestão do processo de fisioterapia, seguindo de forma autónoma o plano de treino prescrito²¹. Para materializar a solução digital para fisioterapia, a deteção remota pode ser substituída por uma solução de sensores inteligentes portáteis, que proporcionam capacidades de interação entre o paciente em reabilitação e o jogo²². De facto, estas ID podem ser particularmente úteis para a reabilitação da dor músculo-esquelética crónica, uma vez que podem fornecer os meios para um apoio contínuo à autonomia funcional, o que aumenta a autoeficácia dos doentes relacionada com a dor e reduz a incapacidade para a dor²³.

Os sensores portáteis também podem ser utilizados para monitorizar as perturbações cardíacas e respiratórias de pacientes afetados por doenças cardiovasculares enquanto realizam as suas atividades diárias. As soluções de sensores portáteis materializadas pelos *smart watches* fornecem informações sobre a atividade cardíaca, tais como a frequência cardíaca, através da fotopleti-mografia²⁴. Durante o período da pandemia da Covid-19, o *smart watch* e as APP móveis para a gestão e análise de dados de relógios inteligentes podem revelar-se uma ferramenta digital útil para a autogestão crónica de doentes, mas também para diminuir a pressão psicológica relativamente a uma possível contaminação com o novo vírus. Assim, os dispositivos portáteis que fornecem informação sobre a saturação de oxigénio no sangue (SpO2) podem oferecer ao paciente a possibilidade de monitorização se forem detetados valores

²¹ Postolache O., Alexandre R., Geman O., Hemanth J. H., Gupta D. G., Khanna A. (2020). Remote Monitoring of Physical Rehabilitation of Stroke Patients using IoT and Virtual Reality, IEEE Journal on Selected Areas in Communications, Vol. 1, No. 1, pp. 1 - 12, October, 2020, <https://doi.org/10.1109/JSAC.2020.3020600>.

²² Postolache O., Alexandre R., Geman O., Hemanth J. H., Gupta D. G., Khanna A. (2020). Remote Monitoring of Physical Rehabilitation of Stroke Patients using IoT and Virtual Reality, IEEE Journal on Selected Areas in Communications, Vol. 1, No. 1, pp. 1 - 12, October, 2020, <https://doi.org/10.1109/JSAC.2020.3020600>.

²³ Matos, M., Bernardes, S.F., & Goubert, L. (2016). The relationship between perceived promotion of autonomy/dependence and pain-related disability in older adults with chronic pain: the mediating role of self-reported physical functioning. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 704-715. <http://doi.org/10.1007/s10865-016-9726-x>.

Matos, M., Bernardes, S., & Goubert, L. (2017). When and why social support predicts older adults' pain-related disability: A longitudinal study. *Pain*, 158, 10, 1915-1924. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000990>

Matos, M., Bernardes, S., Goubert, L., & Beyers, W. (2017). Buffer or amplifier? Longitudinal effects of social support for functional autonomy/dependence on older adults' chronic-pain experiences. *Health Psychology*, 36, 12, 1195-1206. <https://doi.org/10.1037/hea0000512>.

²⁴ Han D., Bashar S. K., Lazaro J., Ding Eric, Whitcomb C., McManus David D., Chon Ki H.,(2019) Smartwatch PPG Peak Detection Method for Sinus Rhythm and Cardiac Arrhythmia, 2019 41st Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), <https://doi.org.10.1109/EMBC.2019.8857325>.

anómalos de SpO₂, o que pode ser considerado um aviso de contaminação²⁵. O nível de medição de SpO₂ também pode ser útil para evitar eventos críticos durante as sessões de reabilitação física e pode ser utilizado pelo fisioterapeuta para estabelecer um plano de treino personalizado para o paciente.

Os dispositivos inteligentes de cuidados de saúde como parte dos lares inteligentes criarão todas as condições para um elevado nível de autogestão

Finalmente, deve notar-se que o nível de interação entre o paciente e os sistemas acima mencionados, refletido através de APPs móveis, jogos sérios ou soluções inteligentes portáteis é diverso, levando a diferentes níveis de aceitação que podem afetar a eficácia dos processos de autogestão. A maior complexidade da interação entre paciente e dispositivos que transmitem os dados ao corpo clínico para análise e decisão futuras, apresenta um nível reduzido de aceitação em comparação com os dispositivos inteligentes de cuidados de saúde, os quais podem adquirir, analisar e fornecer *feedback*, em tempo real, aos pacientes sobre o seu estado de saúde.

A interação entre os dispositivos humanos associados aos sistemas de tele-monitorização dos cuidados de saúde pode também ser considerada como uma forma de auto-gestão²⁶. Os dispositivos inteligentes de cuidados de saúde como parte dos lares inteligentes criarão todas as condições para um elevado nível de autogestão, através das quais os pacientes assimilam os seus próprios conhecimentos sobre a sua condição com recomendações clínicas para adotarem um regime de gestão integrada.

²⁵ Hedayatipour A., Mcfarlane N. (2020). Wearables for the Next Pandemic. IEEE Access (Volume: 8), 184457 – 184474, <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.3029130>.

²⁶ Schermer M.(2009). Telecare and self-management: opportunity to change the paradigm, J. Med. Ethics 35 688–691., <https://doi.org/10.1136/jme.2009.030973>.



5.

Comunicação e organização em cuidados de saúde primários em contexto covid19: duas histórias

Francisco Guilherme Nunes

Professor Auxiliar no Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional (IBS) e Investigador do BRU - Business Research Unit (IBS)
<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/francisco-guilherme-serranito-nunes/cv>

Generosa do Nascimento

Professora Auxiliar no Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional (IBS)
<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/generosa-goncalves-simoes-do-nascimento/cv>

Rita Espanha

Professora Auxiliar com Agregação no Departamento de Sociologia (ESPP) e Investigadora no CIES-IUL - Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (ESPP)
<https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/rita-espanha/cv>

Março de 2020. Os cuidados de saúde primários confrontam-se com o desafio de responder às novas necessidades decorrentes do surto da COVID19. Os diretores executivos de dois ACES¹, um localizado num contexto urbano de elevada densidade populacional (ACES1) e outro numa comunidade de

¹ Os centros de saúde foram organizados em agrupamentos de centros de saúde (ACES) (Decreto-lei n.º 28/2008). Estas unidades integram unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados na comunidade (UCC), unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e unidades de saúde pública (USP). Esta estrutura, detentora de autonomia administrativa, visa promover a participação da comunidade local e a melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

menor dimensão, mas de grande dispersão geográfica (ACES2), resolveram preparar as respetivas organizações para lidar com uma situação desconhecida. A tabela 1 descreve algumas das medidas pensadas, partilhadas e iniciadas, na maioria das vezes, de um dia para o outro. No essencial, aconteceu tudo durante 3 semanas: mudança organizacional intensa, rápida e multifacetada.

A duas histórias que reportamos são, no essencial, experiências coletivas de mudança e de aprendizagem enquanto se muda. Representam o reconhecimento de que não é possível responder a situações inesperadas através dos mesmos processos de trabalho que usamos para lidar com o conhecido. E que a tão conhecida “resistência à mudança”, tantas vezes associada às organizações públicas, pode ser transformada no seu oposto: “propensão à mudança”. Num ápice, organizações rígidas e complacentes demonstram fluidez e dinamismo. Nas duas histórias pode notar-se, entre outros aspetos, mudanças claramente divergentes em aspetos como:

Não é possível responder a situações inesperadas através dos mesmos processos de trabalho que usamos para lidar com o conhecido

- › Sinalização da mudança de *modus operandi*: estabelecimento de gabinete de crise e conceção de um plano de contingência;
- › Reorganização dos espaços, de modo a separar os percursos COVID19;
- › Alteração das rotinas individuais e coletivas de prestação de cuidados: novas escalas, mas também novas tarefas, algumas delas, claramente, fora das atribuições usuais;
- › Criação de equipas multidisciplinares dedicadas a novas tarefas ou iniciativas;
- › Improvisação de estratégias de proteção dos profissionais, face à escassez de recursos;
- › Alteração das formas de comunicação com os utentes e da natureza dos serviços prestados;
- › Criação de novas formas de comunicação entre profissionais, com recurso a TI;
- › Intensificação da interação com outras entidades, como proteção civil, bombeiros, escolas, municípios.

Como referem Weick e Sutcliffe², se organizar é garantir que diferentes coisas estejam onde esperamos, é possível supor que as organizações estejam

² Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2015). *Managing the unexpected: sustained performance in a complex world*. New York: John Wiley & Sons.

TABELA 1. Duas histórias

ACES 1	ACES 2
<p>A diretora executiva tinha acabado de assumir funções. Conhecia pouco os membros da sua equipa (cerca de 150 profissionais) quando surgiu o grande desafio: definir uma estratégia para o contexto de crise da pandemia COVID19. Para além de responder às exigências da Direção Geral da Saúde, criou um gabinete de crise e elaborou um plano de contingência.</p> <p>Sendo um problema de saúde pública, cedo encetou estratégias colaborativas com as estruturas municipais, hospitais, instituições de ensino superior, escolas de ensino básico e secundário, proteção civil, bombeiros, associações.</p> <p>Internamente, foram reorganizados os espaços para atendimento de casos COVID e não COVID.</p> <p>Devido à sua indisponibilidade, houve que improvisar algumas características dos equipamentos de proteção individual dos profissionais.</p> <p>Foram criadas equipas mistas com profissionais de saúde, proteção civil e área social.</p> <p>Os horários e os períodos de trabalho foram alterados e criadas estratégias alternativas de compensação. Foram desenvolvidas novas formas de comunicação com suporte às novas tecnologias.</p> <p>Emergiram iniciativas de valor acrescentado, por exemplo, um conjunto de profissionais iniciaram contactos com utentes que não tinham médico de família designado. Houve alguns grupos profissionais que viram as suas atividades adiadas e foram afetados a outras atividades necessárias, a maioria deles por iniciativa pessoal. Foi implementada a teleconsulta com ganhos de produtividade.</p> <p>Emergiram líderes intermédios com ganhos na coesão e iniciativa das equipas e, conseqüentemente, nos resultados. Esta diretora teve oportunidade de, num curto espaço de tempo e em crise, conhecer e fortalecer a equipa e alimentar um sentido de propósito. Satisfeita com a resposta dada, teme que o sentido de missão entretanto criado se venha a perder.</p>	<p>Apesar de conhecer bem todos os membros a equipa e de parecer existir bom relacionamento entre profissionais e boa conexão entre estes e o ACES, ainda que as unidades de saúde estejam dispersas numa extensa zona geográfica, conseguir mudar muito rapidamente estava longe de estar garantido para o diretor executivo. Uma das primeiras medidas que assume, foi a criação de uma equipa de gestão de crise e a elaboração de um “plano de batalha”.</p> <p>A interação entre elementos do ACES e outras entidades relevantes da comunidade (estruturas municipais, hospital, escolas, bombeiros, etc.) foi claramente intensificada.</p> <p>Internamente, os espaços foram reorganizados e os equipamentos redistribuídos, de acordo com as novas necessidades.</p> <p>O trabalho de equipas inteiras afetas a algumas unidades integrantes do ACES foi reformulado de maneira a criar áreas específicas de atendimento à COVID e não COVID.</p> <p>Atendendo à heterogeneidade da comunidade, foram criados planos de ação específicos por especialidade ou por região. A cada operação foi dado um nome, de maneira que profissionais e utentes estivessem em sintonia.</p> <p>Equipas multidisciplinares de apoio domiciliário foram criadas.</p> <p>Várias estratégias para garantir os equipamentos de proteção individual dos profissionais, atendendo à sua carência no mercado, foram adotadas.</p> <p>Procedeu-se ao alargamento dos horários de prestação de cuidados, definindo turnos sem cruzamento de equipas e rotatividade de escalas.</p> <p>Foram desenvolvidas novas formas de comunicação entre as equipas (ex. grupos de WhatsApp dos profissionais de saúde, reuniões “via digital”, troca de SMS) de maneira a facilitar a circulação da informação.</p> <p>O diretor mostrou-se especialmente satisfeito com os resultados, pois estes reforçaram o sentido de propósito do ACES, assim como a cultura de segurança e de alto desempenho.</p>

preparadas para a continuidade, mas menos capazes de enfrentar a descontinuidade, especialmente em situação de crise. Mas, as histórias que ouvimos mostram que as situações de crise podem ter o condão de espoletar iniciativas de organizar (*organizing*, nas palavras de Weick³, ou seja, o uso do verbo e não do nome, de maneira a acentuar o caráter dinâmico e eventualmente efêmero das soluções organizacionais) com potencial fortemente adaptativo. Na verdade, procurar mudar praticamente tudo é o reconhecimento de que as soluções organizacionais existentes não se adequam, mas também que a criação de novas soluções, enquanto processo contínuo de organizar, pode sempre ser iniciada, experimentada e, eventualmente, institucionalizada. Em nosso entender, a experiência cristalizada nas duas histórias pode ser interpretada em torno de quatro ideias-chave:

Contextos de crise propiciam a emergência de líderes transformacionais

Ideia 1. Contextos de crise propiciam a emergência de líderes transformacionais, porque ativam, de forma generalizada, os objetivos normativos. O papel dos líderes transformacionais na iniciação de mudanças é bem conhecido⁴. Contudo, consideramos que os contextos de crise, em especial de natureza sanitária, ativam o objetivo normativo generalizado⁵, ou seja, a propensão para agir de forma adequada em benefício de uma entidade coletiva, relegando para segundo plano os objetivos, também generalizados de maximizar os recursos pessoais (objetivo de ganho) ou de melhorar o bem estar atual (objetivo hedônico). Uma vez que o bem comum se tornou uma prioridade, os líderes encontram um contexto propício à mudança face a este propósito, mesmo que isso implique a vivência de situações desagradáveis (objetivo hedônico) ou que não permita ganhos imediatos (objetivo de ganho). Neste contexto, a disponibilidade para mudanças organizacionais torna-se muito mais evidente.

Ideia 2. Contextos de crise estimulam os sistemas a criar formas de lidar com situações inesperadas, potenciando o comprometimento com a resiliência e a deferência para com a expertise de modo a procurar dar as respostas mais adequadas, ou seja, maximizar a fiabilidade organizacional. De acordo com a abordagem das organizações altamente fiáveis⁶ são capazes de lidar com

³ Weick, K. E. (1979). *The Social Psychology of Organizing*. New York: McGraw-Hill.

⁴ Yukl, G., & Gardner, W. (2020). *Leadership in organizations* (9th ed). New York: Pearson.

⁵ Foss, N. J., & Lindenberg, S. (2013). Microfoundations for Strategy: A Goal-Framing Perspective on the Drivers of Value Creation. *Academy of Management Perspectives*, 27(2), 85-102. DOI: 10.5465/amp.2012.0103.

⁶ Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (1999). Organizing for high reliability: Processes of collective mindfulness'. In B. Staw, and R. Sutton (Eds), *Research in Organizational Behavior*, 81-123. Greenwich: JAI PRESS.

situações inesperadas, porque demonstram comprometimento com a resiliência, ou seja, os seus membros conseguem reutilizar os recursos de que dispõem para improvisar soluções, aprendem com as mesmas e, quando necessário, voltam ao registo inicial. Por outro lado, em situações emergentes, as organizações altamente fiáveis revelam deferência para com a expertise, ou seja, alteram as suas dinâmicas de tomada de decisão e estruturas de autoridade, de maneira a encontrar soluções flexíveis, o que corresponde a migrar o centro de decisão para os atores que mostram mais conhecimento e não, necessariamente, os que ocupam cargos hierarquicamente superiores. Em ambos os casos, os sinais de experimentação organizacional e de mobilização de diferentes atores detentores de recursos diversos são muito evidentes: espaços, equipas, equipamentos, estratégias de trabalho.

Ideia 3. Contextos de crise promovem a coordenação do trabalho assente cada vez mais em bases de relação informal entre atores, intra e interorganizações, promovendo respostas mais eficazes porque decorrem de níveis mais acentuados de coordenação relacional. A coordenação relacional⁷ descreve formas mais espontâneas de coordenação instituídas ao nível do sistema, ou seja, na articulação entre diferentes atores internos ou externos, baseadas em comunicação frequente, atempada, rigorosa, orientada para a resolução de problemas.

Contextos de crise promovem a coordenação do trabalho assente cada vez mais em bases de relação informal entre atores

Para serem eficazes, estas rotinas de circulação da informação deverão estar alicerçadas numa infraestrutura relacional de objetivos partilhados entre atores, conhecimento recíproco e respeito mútuo. Esta capacidade promove a resposta eficaz de sistemas que operam em situações de elevada interdependência entre atores, que enfrentam situações incertas, mas que requerem respostas rápidas. Os casos reportados ilustram bem como os dois sistemas promoveram a circulação de informação entre atores internos e externos.

Ideia 4. Contextos de crise estimulam a alteração nas estratégias de comunicação, enquanto elemento constitutivo dos processos de organizar. Estas histórias, como demonstrado por esta crise em geral, acentuam a importância e a imprescindibilidade da comunicação, a todos os níveis. Na organização, interna e externa, das instituições, mas também nas suas consequências

⁷ Gittell, J. H. (2016). *Transforming relationships for high performance: The power of relational coordination*. Stanford: Stanford University Press.
Gittell, J. H., Logan, C., Cronenwett, J., Foster, T. C., Freeman, R., Godfrey, M., & Vidal, D. C. (2020). Impact of relational coordination on staff and patient outcomes in outpatient surgical clinics. *Health Care Management Review*, 45(1), 12–20. DOI: 10.1097/HMR.000000000000192.

na própria prevenção e prestação de cuidados de saúde, para a população em geral e para a população utente dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

Mais globalmente, estas histórias evidenciam mudanças de comportamento. Segundo Dutta-Bergman⁸, a abordagem dominante para a mudança de comportamento no campo da saúde é, frequentemente, referenciada ao nível do indivíduo. Mas, essa focalização do comportamento de saúde no indivíduo pode ser problemática, pois reflete um viés cultural individualista, ignora o papel do contexto e da estrutura e é orientado cognitivamente. É, assim, fulcral que se considerem os contextos socioculturais e a necessidade de desenvolver formas de comunicação que não se destinem apenas aos considerados “grupos de risco”, mas à população em geral, pois em situações de risco em saúde, como as pandemias, os aspetos comportamentais são críticos⁹.

As organizações de proximidade aos utentes, têm assim, responsabilidades acrescidas, mas também a vantagem dessa mesma proximidade, que lhes permite considerar, nesses processos comunicativos, aspetos como as condições individuais (a forma como agem), a situação social e económica da comunidade, os aspetos ambientais e a organização do próprio sistema de saúde a que o utente tem acesso¹⁰.

Em suma, em situação de crise, os sistemas, ou seja, os indivíduos, as equipas, as organizações e as comunidades tendem a abandonar os seus hábitos e rotinas, simplesmente porque novas situações requerem novas respostas. À medida que a crise evolui, atores-chave envolvem-se e comprometem-se em tentativas de alcançar uma compreensão acrescida da situação e concebem soluções que não foram testadas nem aprendidas anteriormente. Neste sentido, as crises são também oportunidades de aprendizagem profunda, que procura abrir oportunidades de questionar os pressupostos básicos nos quais assentam as prioridades, os objetivos e os modelos de organização dos sistemas que enfrentam quotidianamente¹¹. Sem aprendizagem desta natureza os sistemas não evoluem.

Mas, nem sempre as situações de crise dão lugar à aprendizagem coletiva profunda. No caso específico dos serviços de saúde, a aprendizagem é um

*Contextos de crise
 estimulam a alteração
 nas estratégias de
 comunicação*

⁸ Dutta-Bergman, M. J. (2005). Theory and practice in health communication campaigns: a critical interrogation. *Health Communication*, 18(2), 103-122. DOI: 10.1207/s15327027hc1802_1.

⁹ Gillis, D. E. (1999). The “People Assessing Their Health” (PATH) project: Tools for community health impact assessment. *Canadian Journal of Public Health*, 90 (Suppl. 1), 53-56.

¹⁰ Parvanta, C., Nelson, D. E., Parvanta, S. A., & Harner, R. N. (2011). *Essentials of public health communication*. Ontario: Jones & Bartlett Learning.

¹¹ Argyris C., & Schön D. (1996). *Organizational learning II: Theory, method, and practice*. Reading, MA: Addison-Wesley.

processo complexo, que envolve a institucionalização de um número elevado de rotinas e de práticas¹² e tem que considerar a existência de múltiplos níveis de análise (indivíduos, equipas, organizações, comunidades)¹³ cujos vasos comunicantes podem constituir obstáculos à aprendizagem. A captura do conhecimento produzido durante a crise e a criação de momentos de reflexão individual e coletiva é um procedimento fundamental com vista à otimização do processo de aprendizagem e seus impactos no fortalecimento do SNS, no caso vertente, os ACES. Não estamos seguros de que, em contexto de sobre utilização de recursos e de exaustão dos diferentes atores intervenientes, seja possível potenciar esta aprendizagem coletiva. Se assim for, estaremos a perder a oportunidade de reter o essencial?

¹² Garvin, D., Edmondson, A., & Gino, F. (2019). Is yours a learning organization? *Harvard Business Review, Winter*, 86-93.

Singer, S. J., Moore, S. C., Meterko, M., & Williams, S. (2012). Development of a short-form learning organization survey: The LOS-27. *Medical Care Research and Review*, 69(4), 432-459. DOI: 10.1177/1077558712448135.

¹³ Harrison, M. I., & Shortell, S., M. (2020). Multi-level analysis of the learning health system: Integrating contributions from research on organizations and implementation. *Learning Health Systems*, e10226. DOI: 10.1002/lrh2.10226.

Crossan M., Lane, H. W., & White, R. E. (1999). An organizational learning framework: from intuition to institution. *Academy of Management Review*, 24(3), 522-537. DOI: 10.5465/amr.1999.2202135

