



Saúde Digital em tempos de pandemia

Encontrar o sentido do espaço, comunicação e proximidade da saúde face-a-face, respeitando as diferenças

Cristina Vaz de Almeida, Ph.D., SCML
Inês Coelho, MsC, CTT
Patrícia Martins, MsC, APPSP
Lina Guarda, M.D. APPSP

RESUMO CURRICULAR

Cristina Vaz de Almeida é uma Especialista em Literacia em Saúde. Professora Doutora (PhD), em Ciências da Comunicação, especialidade em literacia em saúde. Prossegue há mais de uma década o compromisso de estudo, desenvolvimento e disseminação da literacia em saúde em Portugal. Planeia, desenvolve, produz e executa, como docente e formadora unidades curriculares e cursos de formação avançada no ISPA (desde 2012), Centros Hospitalares, na Administração Regional de Saúde (Évora, Algarve), ESEL, e no IHMT (Instituto de Higiene e Medicina Tropical). É Diretora, com o seu colega Professor Carlos Lopes, da Pós-Graduação em Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção, no ISPA, em Portugal desde 2017. Mestre em Comunicação em e-learning, Pós-Graduada em Marketing; Pós-Graduada em Psicologia Positiva; Licenciada em Direito. É quadro superior da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, tendo sido dirigente de 2003 a 2019.

Email de contato: vazdealmeidacristina@gmail.com

2

Inês Coelho é uma Especialista em Marketing Digital, e-commerce e e-business. Licenciada em Comunicação Empresarial pela Universidade Católica Portuguesa e Pós-Graduada em Gestão de Empresas (INDEG/ISCTE) e Marketing Digital (IPAM). Com 15 anos de experiência em Marketing Digital e E-commerce, dedicou grande parte da minha carreira à criação e implementação de estratégias digitais omnicanal, centradas a 100% no cliente e respetiva jornada em várias áreas de mercado desde a Hotelaria até à Grande Distribuição. Atualmente é responsável pela área de Crescimento Digital nos CTT no departamento Digital, Transformação e Inovação.

Email de contato: ines.dantascoelho@gmail.com

Patrícia Martins é Mestre em Enfermagem Comunitária pelo Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na ARSLVT a exercer funções na Unidade de Saúde

Saúde Digital em tempos de pandemia (2021)

Pública Arnaldo Sampaio do ACES Arco Ribeirinho, é gestora do projeto: “Viver Mais com Saber-Literacia em Saúde”. Pós-graduada em Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção pelo ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas Sociais e da Vida. Pós-graduada em Saúde da Pessoa com Demência pela Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa. Membro da direção da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública.

Email de contacto: patricia.docarmo@gmail.com

Lina Guarda é Assistente Graduada Sénior da Carreira Médica de Saúde Pública e Delegada de Saúde Coordenadora da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho. Desde há mais de duas décadas que desenvolve ou é responsável por programas de intervenção comunitária de Promoção da Saúde, nomeadamente em contexto escolar. Foi professora adjunta convidada na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, das unidades curriculares de Epidemiologia e Saúde Pública. Tem a Competência em Gestão de Serviços de Saúde. É Presidente da Direção da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública.

Email de contacto: linaguarda@gmail.com

Índice

RESUMO CURRICULAR.....	2
INTRODUÇÃO.....	5
O INVESTIMENTO NAS PESSOAS.....	7
PROXIMIDADE E CONFIANÇA AO SERVIÇO DO UTENTE.....	15
ISOLAMENTO E SOLIDÃO: A IMPORTÂNCIA DO APOIO PSICOLÓGICO	18
METODOLOGIA.....	21
RESULTADOS.....	24
E O FUTURO DA SAÚDE?	34
DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	39
CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS	46

Quadros

Quadro 1. Alguns serviços que podem ser realizados usando apenas o telefone.....	11
Quadro 2. Fatores importantes na relação em saúde à distância.....	33

4

Gráficos

Gráfico 1. Localização geográfica dos inquiridos.....	25
Gráfico 2. Nível educacional dos inquiridos.....	25
Gráfico 3. Conforto na tele saúde durante a pandemia.....	27
Gráfico 4. Atendimento presencial antes da pandemia.....	28
Gráfico 5. Atendimento presencial durante a pandemia.....	28
Gráfico 6. Compreensão à primeira antes da pandemia.....	30
Gráfico 7. Compreensão da informação em saúde durante a pandemia.....	31
Gráfico 8. Bem-estar antes e durante a pandemia.....	32

Figuras

Figura 1. Participantes na inovação digital.....	8
Figura 2. Estratégias para apoiar o utente.....	10
Figura 3. A consciência do autocuidado.....	13
Figura 4. Pontos positivos para o futuro da saúde digital.....	35
Figura 5. Pontos negativos para o futuro da saúde digital.....	37

INTRODUÇÃO

A recente pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19), com 1,815,433 mortes confirmadas e 82,356,727 casos confirmados em janeiro 2021 (*World Health Organization Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*), tem levado à rotura de muitos sistemas de saúde a nível mundial, exigindo medidas de alteração drásticas nos atendimentos presenciais, tanto por falta de capacidade, como para evitar a disseminação da doença. A passagem para respostas dos serviços de saúde à distância foi quase imediata, face à necessidade permanente da continuidade dos cuidados da população (Wonca, 2002).

A metodologia seguida nesta investigação baseou-se num estudo quantitativo e qualitativo, com aplicação de um inquérito por questionário online, tendo sido obtidas 335 respostas válidas, e um segundo questionário aplicado após a

avaliação de resultados do Digi2Demic para aprofundar questões relacionadas com a solidão, acompanhamento e afetos na relação à distância em saúde. Foi ainda efetuada uma análise de conteúdo qualitativa à pergunta aberta sobre o futuro da saúde.

Os resultados desta investigação demonstram que a saúde digital é importante, terá continuidade e assenta na confiança, credibilidade, proximidade, empatia, segurança de dados e da relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente.

Em boa hora este grupo de investigadoras desenvolveu este projeto de avaliação da perceção da saúde digital e dos efeitos que esta mudança provocou no cidadão em Portugal. Urgia fazer esta avaliação, por um lado, pela necessidade contínua de manutenção da relação em saúde através de meios à distância seguros, mas também pelos desafios que se colocam tanto aos utentes como aos profissionais de saúde.

Agradecemos vivamente ao ACES Arco Ribeirinho e ao Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) pela participação ativa para os resultados.

Este é apenas o início de um caminho que nos levará certamente a outras reflexões, mas que nos deu muito prazer tê-lo desenvolvido e terminado com resultados, alguns mais expectáveis do que outros, mas sem dúvida de profunda reflexão.

Cristina Vaz de Almeida, Ph.D., ISCSP - SCML

Inês Coelho, MsC, CTT

Patrícia Martins, MsC, APPSP

Lina Guarda, M.D. APPSP

Palavras-chave: pandemia; COVID-19; Comunicação; saúde digital; profissional de saúde, teleconsulta

O INVESTIMENTO NAS PESSOAS



O Senhor A, de 77 anos, já com alguma incapacidade de mobilidade, apoiado na sua bengala, perdeu durante muitos meses a oportunidade de estar frente-a-frente com o seu médico de família, sentado na sala de espera onde reconhece todos os cantos, de sentir a voz da assistente técnica que o chama, muitas vezes depois de um longo período. Na passada semana sentou-se no seu cadeirão e através do telefone recebeu uma videochamada do seu enfermeiro para o monitorizar na sua medicação sobre diabetes. A conversa durou alguns minutos e no final o enfermeiro reforçou que estava sempre disponível e que ele poderia ligar-lhe caso tivesse algum problema.

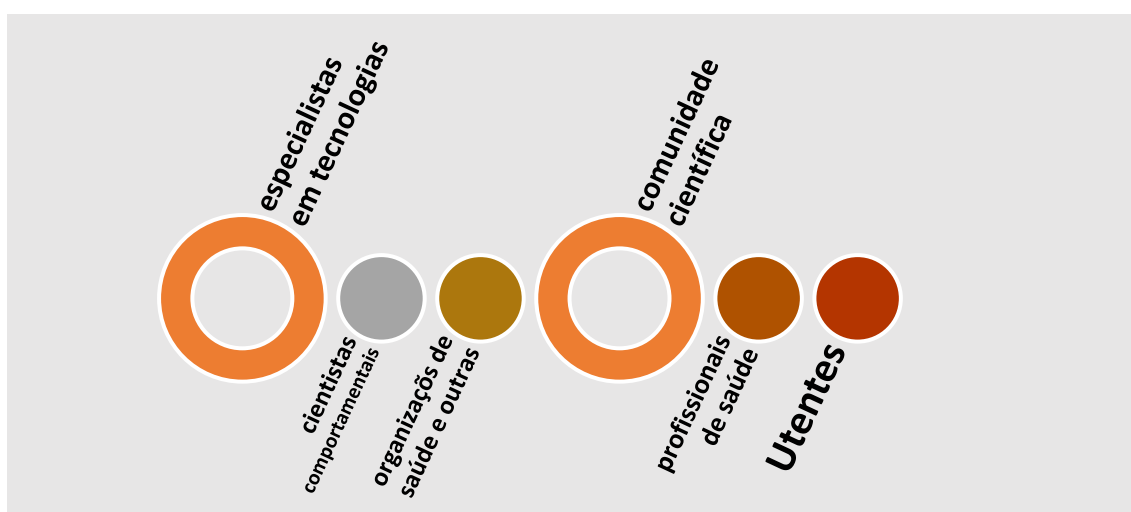
A saúde digital avançou com força desde o início da crise pandémica, como mecanismo de substituição de algumas consultas que permitiram soluções parcelares de um hábito que teve de ser subitamente alterado tanto para os utentes como para os profissionais de saúde. Cacciamani, Shah, Yip *et al.*(2020) realçam que

entre os quatro pilares para enfrentar uma pandemia se destaca a telemedicina e a teleeducação, além do serviço cirúrgico e ambulatorio.

Mas, não pode haver saúde digital “sem o envolvimento efetivo dos profissionais de saúde, seja para a telemedicina, telessaúde, videoconferências ou aplicativos móveis para consultas, rastreios ou seguimento” (Vaz de Almeida, 2020a). No entanto, o sentido de espaço, de tempo e de presença foram dimensões perdidas durante a pandemia por milhares de pessoas.

Pagoto e Bennett (2013) sublinham que os cientistas comportamentais são necessários para facilitar a tradução das inovações digitais de saúde, das empresas para a investigação prática. Acrescentamos, porém, que os cientistas comportamentais são necessários para traduzir e transformar as barreiras da saúde digital em resultados para os utentes. Nesta transição do real para um virtual o desenvolvimento de competências de comunicação é essencial para reter a pessoa nesta ligação e envolvê-la no processo de saúde e mudança. Também Serafini, Parmigiani, Amerio *et al.*, (2020) referem que a comunidade científica deve fornecer informações adequadas para atenuar o impacto da ansiedade, frustração e de todas as emoções negativa, pois estas são barreiras para uma correta gestão da crise social e das consequências psicológicas relacionadas com a pandemia. Também neste processo, os profissionais de saúde e os utentes são parte ativa.(Figura 1)

Figura 1. Participantes na inovação digital



Fonte: Elaboração própria, baseado em Pagoto e Bennett (2013); Serafini *et al* (2020).

O investimento em pessoas, ambientes e processos foi necessário para que esta mudança do real/presencial para o real/virtual ocorresse. O princípio teórico que subjaz a esta mudança, é que a Saúde e os seus profissionais continuem a exercer a sua missão. Pelo que, deve assegurar-se que há reflexão e intervenção na substituição, mantendo um conjunto crítico das características de um ambiente presencial quando se transita para um virtual. Para além disso, Portugal (e a Europa também) confronta-se com um elevado nível de baixa literacia em saúde em que cerca de 50 % das pessoas não consegue adequadamente aceder, compreender e usar a informação em saúde (Espanha, Avila & Mendes, 2016; Sørensen *et al.*, 2012) e a nível do acesso às novas tecnologias continuamos com uma parte da população bastante infoexcluída.

A título de exemplo e no caso particular de perda de peso comportamental, Pagoto e Bennett (2013) sublinham que em termos de divulgação e alcance, as aplicações móveis têm um potencial excepcional, muito mais do que as tradicionais intervenções. Em 2013 os autores (Pagoto & Bennet, 2013) debatiam-se com as limitações científicas existentes e com necessidade de mais ensaios clínicos que permitam a integração de aplicações móveis nos cuidados clínicos, contribuindo efetivamente para o impacto clínico e na saúde pública.

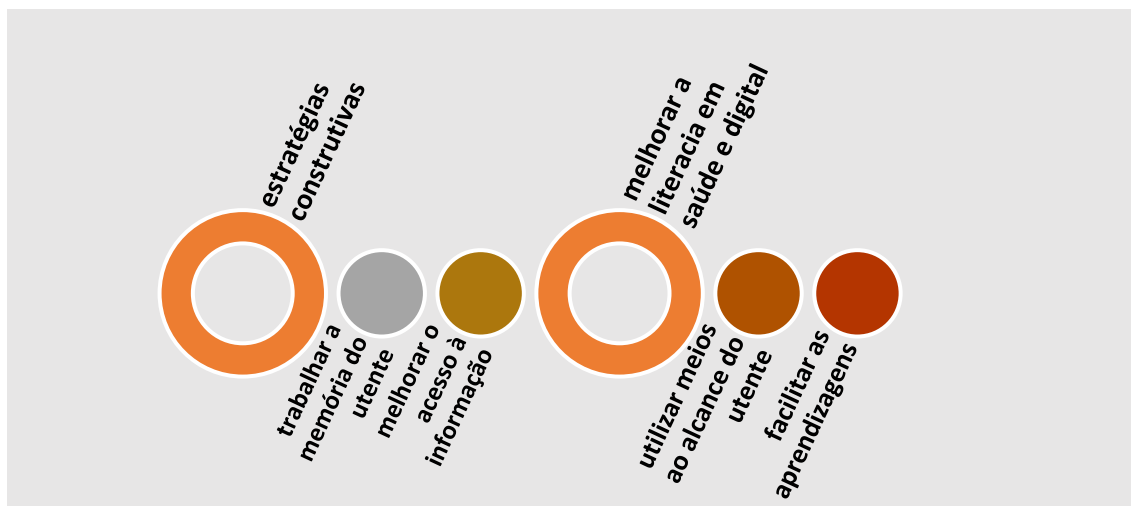
Existem oportunidades na saúde digital (WHO, 2020) reveladas de forma mais intensiva e evidente neste processo temporal de pandemia, que permitem compreender a sua oportunidade na saúde, e ir ao encontro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relativos à saúde e ao bem-estar (ODS 3) (Vaz de Almeida, 2020b)

Zieve, Dong, Weaver, Ong and Harvey (2019), confirmam que as estratégias construtivas de suporte à memória podem resultar numa melhor memória do utente do que as estratégias não construtivas, facilitando comportamentos de aprendizagens construtivas do utente (p. 81).

É também importante na comunicação em saúde à distância que o profissional de saúde desenvolva as estratégias de memorização que estimulem a adesão do utente às instruções em saúde. Estas estratégias têm de ser personalizadas e adaptadas à idade e contexto do utente.

Para aumentar o acesso ao serviço e informação, a compreensão do seu conteúdo e o uso dessa informação via digital, os profissionais de saúde têm de ir ao encontro dos princípios da literacia em saúde (Vaz de Almeida, 2020b).

Figura 2. Estratégias para apoiar o utente



Fonte: Elaboração própria baseado em WHO (2020); Vaz de Almeida (2020); Zieve *et al.* (2019)

10

Segundo Dadaczynski , Okan , Messer et al. (2020) é necessário reforçar as capacidades de literacia digital em saúde através de intervenções personalizadas, mas também melhorar a qualidade da informação sobre saúde na internet.

O esforço efetuado pelos profissionais de saúde passou por uma maior adaptação a: interação digital com ou sem vídeo, uso de uma linguagem mais clara, e sobretudo com várias repetições. Sabemos que a repetição da informação é uma técnica da literacia em saúde (Almeida, Moraes & Brasil, 2020) e a eficácia da memorização da mensagem aumenta “quanto mais se repetir a mensagem, maior a probabilidade da sua memorização (Rodrigues, 2020), assim como através da utilização de técnicas comuns usadas pela literacia em saúde (Almeida, Moraes & Brasil, 2020).

As soluções digitais de saúde podem provocar uma revolução na forma como as pessoas acedem aos serviços, promovem a sua saúde e o seu bem-estar (Vaz de Almeida, 2020a), conseguindo por esta via, atingir padrões mais altos de saúde

(WHO, 2020). Existem alguns serviços que podem ser realizados usando apenas o telefone como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1. Alguns serviços que podem ser realizados usando apenas o telefone.

1. Visitas estabelecidas/marcadas por telefone para encontro entre utente e profissional de saúde.
2. Check-ins virtuais: *check-in* rápido (5 minutos média) com utentes via telefone ou outro dispositivo, para se decidir se é necessária uma visita à unidade de saúde ou domiciliária.
3. Revisão de imagens enviadas por utentes. Estes podem gravar vídeos e / ou imagens e enviam ao profissional de saúde (armazenar e encaminhar).
4. Visitas eletrónicas: visita ao consultório assíncrona entre utente e profissional de saúde através de um portal do utente ou por email. Estes pedidos são depois respondidos de forma assíncrona.
5. Monitorização remota: dados fisiológicos, através de parâmetros com dispositivos médicos.

Fonte: Elaboração própria baseado em Almeida, Moraes & Brasil, 2020; Vaz de Almeida, 2020a.

Mesmo os utentes acostumados com uma prestação de serviços de saúde *online* anseiam por uma experiência de saúde sem atritos (*Change Healthcare, 2020*). Quem está familiarizado com o acesso digital continua a pretender ter mais capacidade de acesso aos serviços, marcar uma consulta *online*, pedir acompanhamento/seguimento facilmente, fazer perguntas com respostas diretas e pagar o serviço num só lugar (*Change Healthcare, 2020*).

Também Ferreira, Antunes, Neves et al. (2012) analisaram, num estudo observacional, prospetivo com uma amostra de 453 doentes incluídos no sistema de telemonitorização de INR (*International Normalized Ratio*), de 2006 até final novembro 2010, a eficácia e segurança de um sistema de telemonitorização de INR, na área da anti coagulação. O INR é usado na monitorização de doentes que fazem

terapêutica anticoagulante, e representa o tempo necessário para o sangue coagular relativamente a um valor médio.

Os autores (Ferreira *et al.*, 2012) consideram que a tecnologia está na vanguarda dos cuidados de saúde no século e são importantes os projetos de auto-monitorização do INR através do telefone, telemóvel ou internet. Ferreira *et al.* (2012) concluem que o sistema de telemonitorização é seguro e eficaz no controlo à distância de análise de INR, com baixa prevalência de hemorragias *major* ou *minor*, não tendo havido desistências do projeto de telemonitorização.

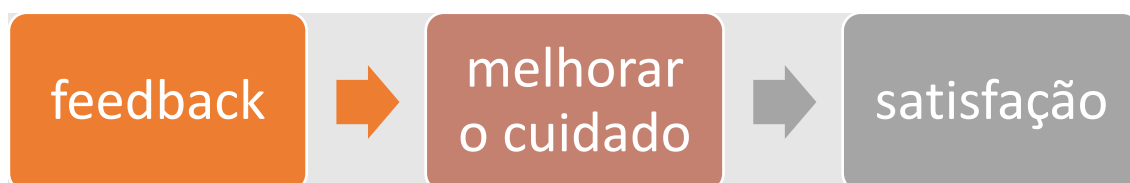
Rocha, Santos, Mota, Cunha e Henriques (2020) avaliam a efetividade das intervenções de telemedicina no autocuidado, gestão da dor e da fadiga, literacia e qualidade de vida, nas pessoas com artrite reumatoide (AR) num estudo de revisão bibliográfica com metodologia do *Joanna Briggs Institute* para revisões *umbrella*. A localização, seleção e extração dos estudos foi realizada por dois revisores independentes. Os autores (Rocha *et al.*, 2020) pretenderam obter dados sobre a efetividade das intervenções de telemedicina no impacto da AR nas pessoas, e reconhecem que o protocolo estabelecido possibilita uma execução precisa por parte de todos os investigadores, contribuindo para o planeamento de intervenções de enfermagem que diminuem o impacto da AR no autocuidado, gestão da dor e da fadiga, literacia em saúde e qualidade de vida. Concluem ainda que as intervenções de telemedicina se apresentam como uma medida que melhora os cuidados de saúde, reduzindo os custos e o impacto da doença (Rocha *et al.*, 2020).

O estudo de Medeiros, Ferreira e Júnior (2020) revela que a telemedicina é uma solução logística para assistência médica a distância, permitindo disseminar orientações, e garantir a maior acessibilidade do doente ao serviço de saúde. Medeiros *et al.*, (2020) desenvolveram um estudo descritivo de natureza qualitativa, na modalidade de relato de experiência de telemedicina com atendimento aos doentes e colaboradores de um centro oncohematológico, para mitigação da transmissão de COVID-19. Os autores (Medeiros, Ferreira & Júnior, 2020) concluem que as estratégias que facilitem o contato médico-doente na modalidade à distância, especialmente num cenário pandémico, emergem como medidas importantes para garantir a perpetuação do cuidado ao doente oncológico. Medeiros *et al.*, (2020)

referem que os doentes beneficiaram da saúde à distância na resolução de questões sobre o seu tratamento, foi feita uma monitorização de queixas oncológicas, assim como uma melhor gestão do internamento hospitalar. No caso dos colaboradores, Medeiros *et al*, (2020) sublinham que essa estratégia permitiu uma melhor organização das escalas, de acordo com a necessidade de confinamento, e a possibilidade de contactar os funcionários rotineiramente, facilitando a deteção precoce de possíveis casos sintomáticos dentro do corpo clínico. Concluem que a associação deste atendimento à distância, através de uma plataforma institucional que disponha de atendimento à distância para colaboradores, pode permitir uma tomada de decisão precoce e com menores repercussões negativas na transmissibilidade local (Medeiros, Ferreira & Júnior, 2020). Também Kavour, Chakravarthy e John (2020) verificaram que, na sequência da evolução da crise sanitária, também o número total de funcionários no serviço diminuiu com a disseminação da pandemia.

Palmeira, Ramos, Araújo, Mussi e Carneiro. (2020) avaliam a experiência de telemonitorização de enfermagem de mulheres com excesso de peso, através de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado no serviço ambulatório em obesidade, em Salvador-Bahia, Brasil, com 42 mulheres com excesso de peso. Entre os resultados obtidos através de depoimentos emergiu a categoria central “aumentar a consciência do cuidado de si”, a qual foi representada por três categorias temáticas: 1) vivenciar um feedback frequente e interativo com a enfermeira para o controle de peso; 2) saber melhorar o cuidado de si e; 3) sentir satisfação com os resultados alcançados. Os resultados evidenciaram que atividades educativas através de tele enfermagem, numa perspectiva dialógica, contribuem para potencializar o autocuidado. (Figura 3)

Figura 3. A consciência do autocuidado



Fonte: Elaboração própria baseado em Palmeira *et al* (2020).

Catorze doentes clinicamente estáveis com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) participaram do projeto dinamarquês de ensaios clínicos aleatórios Net-COPD relataram que lhes trouxe um bem-estar reforçado e uma sensação de segurança ao saber que os enfermeiros os vigiavam (Nissen & Lindhardt, 2017).

Através desta monitorização à distância surgiu um efeito muito interessante em que os doentes desenvolveram uma maior consciência e uma melhor autogestão da sua doença, além de terem aproveitado melhor as reuniões à distância, considerando-se mais focadas e menos stressantes através de consultas de vídeo, do que em visitas respiratórias em ambulatório. No entanto, era importante que fosse o mesmo profissional de saúde com o doente reunido nestas consultas (Nissen & Lindhardt, 2017).

Kavoor, Chakravarthy e John (2020) investigam na Austrália a aceitação da introdução das consultas remotas de telessaúde por vídeo e telefone entre abril-maio de 2020, e por isso no início ainda da crise pandémica, avaliando também as taxas de alteração gerais de consulta em pessoas com problemas de saúde mental. Os autores (Kavoor, Chakravarthy & John, 2020) verificam que o medo de contrair a doença pode levar a novos sintomas psiquiátricos ou exacerbação da psicopatologia pré-existente que leva a apresentações de emergência (Kavoor, 2020). Kavoor, Chakravarthy e John (2020), concluem que tem havido uma rápida adoção dos itens do psiquiatra através da telessaúde, mas seguido por uma tendência de retorno ao atendimento presencial à medida que as taxas de novos casos do COVID-19 estão a diminuir. Por outro lado, verificaram o aumento geral na taxa de consultas (presencial mais telessaúde) de abril a maio de 2020 (Kavoor, Chakravarthy & John, 2020).

PROXIMIDADE E CONFIANÇA AO SERVIÇO DO UTENTE



A Wonca (2002) sublinha que para a satisfação das necessidades de saúde do utente, a aposta reside num serviço de proximidade às populações, com equipas de saúde familiar, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados curativos e paliativos, abordando fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais, com recurso ao conhecimento e à confiança gerados pelos contactos repetidos (p. 7).

Assim, a intervenção do profissional de saúde é crítica e este não trabalha sozinho, pressupondo um “trabalho de equipa à volta do utente, com todos os profissionais de saúde” (Wonca, 2002, p. 9). Mesmo na saúde através dos meios digitais, o profissional de saúde está sustentado por uma equipa, assim como o utente deve ter garantida essa abordagem multidisciplinar que possibilita uma visão holística do

utente, mesmo que este não esteja presencialmente frente a frente com o profissional de saúde.

Zamith, Cardoso, Matias, Gomes & Marques (2009) num estudo sobre telemonitorização domiciliária de insuficientes respiratórios crónicos graves e de doentes asmáticos avaliaram durante nove meses um dispositivo portátil para transferência de dados pela Internet entre doentes e profissionais de saúde com 51 insuficientes respiratórios crónicos do Hospital de Pulido Valente (Lisboa) e 21 asmáticos do Hospital do Espírito Santo (Évora). A utilização e a aceitação deste dispositivo foram avaliadas através de questionários que registaram a opinião dos 72 doentes e dos profissionais de saúde. Com este sistema de telemonitorização 80% dos doentes IRC sentiram-se mais / muito mais apoiados e 33 (75%) utilizariam este sistema no futuro, se ele estivesse disponível. No grupo de doentes asmáticos, 81% gostariam de manter este tipo de vigilância. O estudo conclui que a telemonitorização domiciliária constitui uma contribuição positiva para a gestão dos doentes crónicos e a sua divulgação deverá ser considerada no futuro. Medeiros, Ferreira e Júnior (2020) destacam que na monitorização de queixas de doentes oncológicos, reforçou-se um estreitamento do cuidado com os doentes através da web – que foi facilitadora para a resolução de exigências do tratamento destes doentes, recorrendo ao internamento hospitalar apenas os doentes com necessidades incompatíveis com tratamento no ambulatório.

Ferreira (2018) refere que médicos e doentes que já têm experiência no recurso a teleconsultas (e mais ainda a vídeo consultas) são unânimes em considerar que as consultas remotas reforçam a relação médico-doente. De acordo com Ferreira (2018) estas consultas à distância, permitem uma maior aproximação e frequência na interação, garantindo menos interrupções e atempada identificação da necessidade na medicação. Todo este processo através do digital promove o melhor cumprimento das recomendações de vigilância de vários parâmetros de saúde ou de hábitos de vida saudável (Ferreira, 2018). A frequência das consultas através do digital é reforçada por autores, como Medeiros, Ferreira & Junior (2020), realçando que as estratégias de saúde à distância que facilitem o contato profissional-doente, emergem como medidas importantes para garantir a perpetuação do cuidado ao doente oncológico. Ferreira (2020) refere que os doentes crónicos que tradicionalmente

eram seguidos 1 a 2 vezes por ano, podem agora ser acompanhados com mais 2-3-4 consultas remotas complementares por ano. Os benefícios a longo prazo parecem óbvios e incontestáveis.

Também (Nissen & Lindhardt (2017) através de leituras extras e do uso sistemático de iniciativas aprendidas pelos doentes de DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica) viram que estas foram promotoras de maior conhecimento destes doentes e das suas famílias, permitindo manter o controlo da doença e/ou promover uma sensação de segurança, de bem-estar e de proximidade.

Dando o exemplo da tele urologia e a tele educação afirmam que podem obviar os potenciais inconvenientes do "distanciamento social" dos cuidados de saúde sem comprometer os cuidados urológicos de qualidade e os esforços educativos, Cacciamani *et al.*(2020) afirmam, inclusivamente, que a telesaúde pode aproximar os urologistas e os seus doentes (p. 207).

ISOLAMENTO E SOLIDÃO: A IMPORTÂNCIA DO APOIO PSICOLÓGICO



De acordo com o SNS (2020) o isolamento social é a falta de contacto social, principalmente pela ausência de: 1) contacto social ou familiar; 2) envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior; 3) ausência ou dificuldade no acesso a serviços.

Já a solidão é um sentimento subjetivo relacionado com ausência de contacto, de sentimento de pertença ou com a sensação de se estar isolado, podendo interferir com a qualidade de vida das pessoas (SNS, 2020). A pessoa pode sentir solidão quando sente que não pode contar com ninguém, que a rede de pessoas de que dispõe não é suficiente às suas necessidades ou que não tem acesso a um conjunto de serviços ou recursos sociais (SNS, 2020). Se observarmos os efeitos de confinamento prolongado que se sentiram em Portugal desde março de 2020 e se prolongaram pelo ano fora, podemos afirmar que as pessoas sofreram tanto de isolamento como de solidão.

Um estudo sobre solidão (SNS, 2019) com mais de 1200 pessoas entre os 50 e os 101 anos concluiu que: 20,4% são mulheres e 7,3% são homens; as pessoas com menor escolaridade apresentam mais solidão (25,8%); o sentimento de solidão aumenta com a idade: 9,9% dos 50-64 anos; 26,8% com 85 anos ou mais; é mais frequente nas pessoas viúvas (30,6%) e nas pessoas solteiras (15,8%) do que em pessoas casadas (9,2%). O acesso aos serviços de saúde mais dificultado por causa da pandemia, trouxe questões profundas de limitação física, cognitiva e emocional (Jiang, Deng & Zhu et al., 2020). Jiang *et al.* (2020) analisam a intervenção psicológica na crise (ICP) durante a pandemia em Xangai (china) destacando que deve ser dada maior atenção à intervenção em crise psicológica (ICP) entre as populações afetadas, para a prevenção oportuna de danos inestimáveis de uma crise psicológica secundária. Esta intervenção psicológica na crise foi iniciada através de serviços médicos remotos (telefone e internet) e no local para ajudar profissionais da área médica, utentes e outras pessoas afetadas a superar quaisquer dificuldades psicológicas.

Também para lidar melhor com os problemas psicológicos urgentes das pessoas envolvidas na epidemia de COVID-19, Zhang, Wu, Zhao e Zhang (2019) desenvolveram um novo modelo de intervenção em crises psicológicas utilizando a tecnologia da Internet. Estes autores (Zhang et al., 2019) relatam que a nova epidemia de pneumonia por coronavírus (COVID-19) trouxe um sério impacto psicológico social para o povo chinês, especialmente os que estão em quarentena com acesso limitado à comunicação face a face e intervenções psicológicas sociais tradicionais. Este novo modelo, utilizado pelo West China Hospital, integra a equipa multidisciplinar, com médicos, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais em plataformas de Internet para realizar intervenções psicológicas a doentes, seus familiares e equipa médica. Os autores (Zhang, *et al.*, 2019) consideram que o modelo proposto pode constituir uma base sólida para o desenvolvimento de um sistema de resposta a crises psicológicas abrangente, e a problemas sociais e psicológicos urgentes.

Face ao autoisolamento em larga escala, provocado pela pandemia COVID - 19, como resultado do período de quarentena recomendado pela Organização Mundial da Saúde, Viana e Lira (2020) debruçaram-se sobre a utilidade dos Exergames nas

estratégias de *coping* para lidar com as situações de ansiedade provocadas pela pandemia e pelo isolamento social. Os autores (Viana & Lira, 2020) consideram o exergame uma ferramenta agradável e fácil de usar para reduzir o isolamento social, bem como um modo interessante de exercícios domiciliários para lidar com transtornos de ansiedade e comportamentos sedentários.

Serafini *et al*, (2020) referem, numa revisão de literatura, a existência de vários problemas psicológicos e consequências na saúde mental, incluindo stress, ansiedade, depressão, frustração, incerteza durante o surto COVID-19. O impacto psicológico da quarentena relacionado com a infeção COVID-19 foi ainda documentado juntamente com as reações psicológicas mais relevantes na população em geral relacionadas com o surto COVID-19. O medo, a raiva, a ansiedade e a insónia, a confusão, a dor e a dormência foram identificadas como respostas psicológicas adicionais à quarentena, assim como mudanças comportamentais a longo prazo, como a lavagem de mãos e a prevenção de estar entre multidões, têm sido reportadas (Serafini, Parmigiani, Amerio *et al*, 2020). Para estes autores o período de quarentena parece ter consequências psicológicas importantes e disfuncionais na saúde mental do indivíduo, não só a curto prazo, mas mesmo no longo prazo (Serafini, Parmigiani, Amerio *et al*, 2020, p. 530).

Também Thakur & Pathak (2021) fazem uma metanálise sobre os aspetos psicológicos ocorridos durante a pandemia COVID-19 e dos 52 estudos elegíveis, 43 relataram ansiedade, 43 relataram depressão, 20 relataram stress 11 relataram insónia. Existe uma prevalência geral de 26,6%, a 34,4% de ansiedade, depressão, stress e insónia. Segundo os autores, a ansiedade e a depressão registaram índices mais altos entre os doentes com COVID-19 (43,3% e 51,75 respetivamente). Além dos doentes com COVID-19, os profissionais de saúde da linha da frente registaram também altos níveis de ansiedade (27,2%), depressão (32,1%), stress (55,6%) e insónia e (34,4%,).

METODOLOGIA



Este estudo é quantitativo e qualitativo e foi baseado num inquérito por questionário, disseminado (online) pelas redes sociais e pelas redes próprias de cada investigadora através do *LinkedIn*, do *Facebook*, *Whatsapp* e por *e-mail*, e numa análise de conteúdo da resposta aberta. O *LinkedIn* é uma rede dirigida a profissionais e o *Facebook* é a maior rede social *online*, reunindo 2,45 biliões de utilizadores ativos mensalmente (Clement, 2019) e quase todos os utilizadores de *media* sociais estão nesta rede (Influencer Marketing Hub, 2019).

O questionário é constituído por 19 questões, das quais 18 fechadas com resposta de sim ou não obrigatórias para prosseguir o questionário, e uma questão aberta de resposta não obrigatória (p. 19) sobre: *Qual a minha opinião sobre como será o futuro da saúde em Portugal?*

O objetivo do questionário foi saber qual a opinião dos respondentes relativamente à sua situação em relação à saúde digital e aos meios usados, assim como a perceção de emoções geradas antes e durante o decurso da pandemia.

As perguntas procuraram inquirir sobre se as pessoas consideram a saúde importante para elas próprias; se consideram eficazes e importantes as novas tecnologias na saúde como as teleconsultas; se alguma vez acederam a este tipo de serviço de saúde e se sentem confortáveis em ter/receber visitas/consultas através de meios digitais.

Na perspetiva da literacia em saúde e quanto à dimensão do acesso foi inquirido se a pessoa sabe aceder facilmente às plataformas digitais ligadas à saúde (por ex. através do SNS 24, My SNS, Teleconsulta com o seu Hospital ou Unidade de Saúde, marcação de consulta por *call center*).

Quanto à relação com o profissional de saúde foi perguntado se preferem ser atendido/as presencialmente por médicos, por enfermeiros e outros profissionais de saúde e também se sentem acompanhado/as pelos profissionais de saúde e, nesta relação de saúde, se a manifestação de afeto (terapêutico) é um fator importante.

No domínio psicológico e afetivos foram colocadas questões sobre a perceção da solidão perante uma Pandemia e sobre o bem-estar. Relativamente à dimensão da compreensão, foi questionado se é fácil compreender à primeira o que o profissional de saúde lhe diz.

Sobre os aspetos comunicativos e relacionais questionou-se se os profissionais de saúde devem ser mais cuidadosos na forma como comunicam com as pessoas quando trabalham através de plataformas digitais (por ex. com uma linguagem clara e acessível, apoiar na compreensão dos conteúdos em saúde, serem positivos e apoiar o utente/doente e se existe saúde digital sem afetos e emoções. Para avaliar a atitude e comportamento do núcleo de relações da pessoa em relação à saúde através do digital, foi perguntado se a família e amigos são pessoas interessadas na saúde digital (à distância).

O inquérito por questionário Digit2Demic foi aplicado de 15 de setembro a 21 de outubro de 2020.

Para esclarecer de forma mais profunda algumas das respostas obtidas, foi efetuado um novo questionário com nove (n=9) perguntas de resposta breve, e disseminado junto das áreas geográficas e instituições que tiveram maior participação: área geográfica da Grande Lisboa (Setúbal) e área geográfica de Coimbra. Dentro destas áreas uma das investigadoras disseminou junto da sua rede de contatos da Unidade de Saúde Pública do Arco Ribeirinho, e da rede de contactos pessoais, e outra investigadora disseminou junto do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) entre 5 e 25 de novembro de 2020.

Este segundo questionário serviu para um aprofundamento de um conjunto de questões relacionadas com a importância do acompanhamento e qual o profissional que o inquirido escolheria nesse acompanhamento de saúde à distância; assim como o que considera importante para haver uma relação em saúde através dos meios digitais; a importância dos afetos e quais as consequências se este não existir e se sentiu maior solidão durante a pandemia. Foi também solicitada uma solução sobre o que pode ser feito.

Na avaliação das respostas à pergunta aberta foi realizada uma análise digital do sentimento dos inquiridos e avaliada uma nuvem de palavras (*cloudwording*) recorreu-se às plataformas digitais *DriveWordCloud*, *TagCrowd* e *SEOscout*. Foi assim possível salientar não só a recorrência de cada tema abordado nas respostas, como a repetição de determinadas palavras e sua contextualização. Determinou-se igualmente os pontos fortes e fracos e avaliando assim um sentimento global ao resultado das respostas.

RESULTADOS



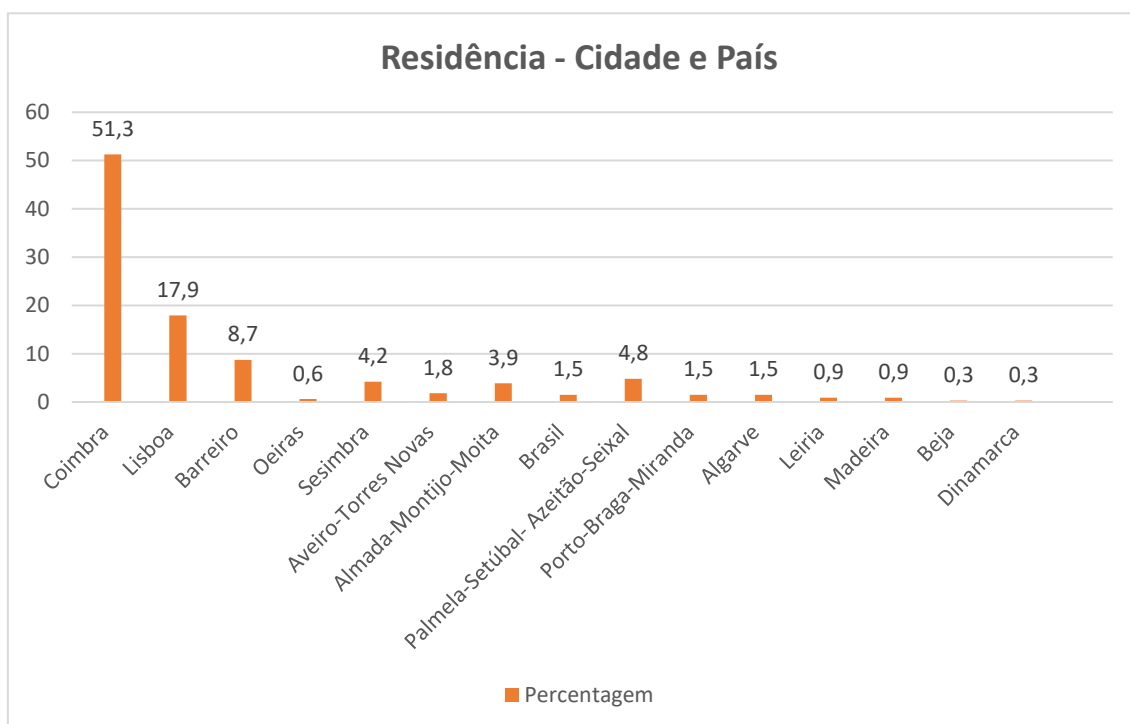
O inquérito por questionário *online* Digit2Demic obteve 335 respostas válidas

24

das quais a grande maioria dos inquiridos é do género feminino (80%), sendo 20% do género masculino.

Quanto à sua localização geográfica, a maioria dos inquiridos é de Coimbra (51,3%), de Lisboa (18%) e do Barreiro (9%) e tem um nível educacional elevado (93,4%), (Gráfico 1), havendo 66% de pessoas licenciadas e 27,4% com mestrado ou doutoramento (Gráfico 2). Poderá ter havido um enviesamento para que a maioria destes inquiridos tenham este perfil, uma vez que foram utilizadas as redes próprias de cada uma das investigadoras e as plataformas usadas para disseminar o inquérito por questionário *online*, foi sobretudo o *LinkedIn*. Verificamos por isso na qualidade da amostra uma concentração geográfica dos inquiridos com um grau de escolaridade elevada.

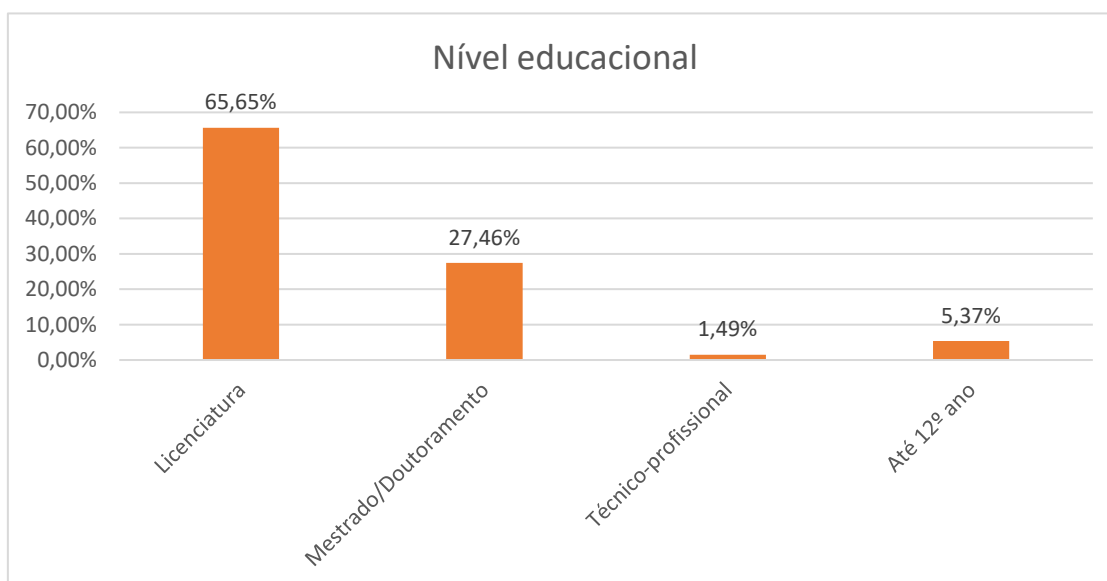
Gráfico 1. Localização geográfica dos inquiridos



Fonte: elaboração própria

O gráfico 2 representa o nível educacional dos inquiridos.

Gráfico 2. Nível educacional dos inquiridos



Fonte: Elaboração própria

Relativamente à análise de resultados, efetuada com o *SPSS v25*, obtivemos a confirmação que a saúde é importante para quase 100% dos inquiridos, antes e durante a pandemia, tendo aumentado ligeiramente na resposta “durante a pandemia” de 98,81% para 99,4%.

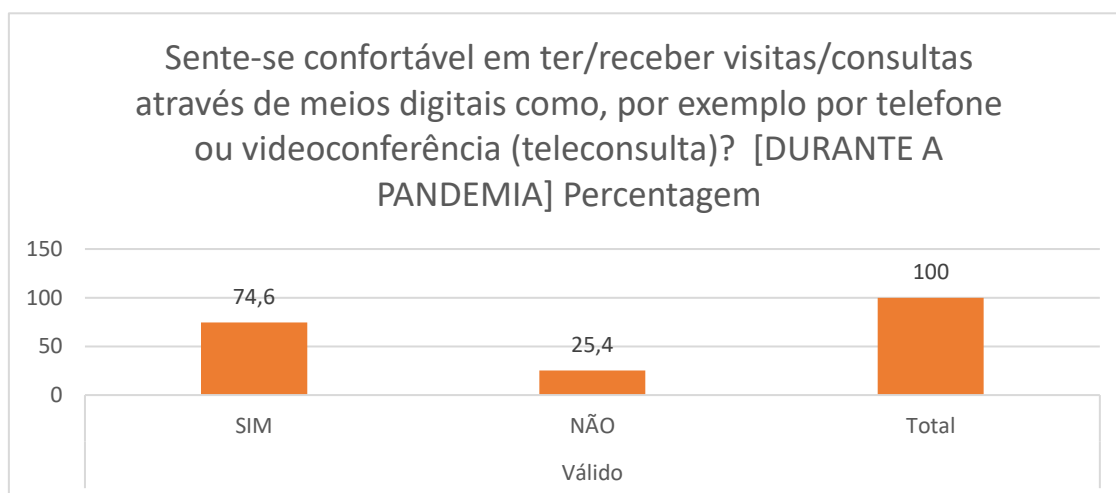
Do segundo questionário de aprofundamento que foi feito posteriormente, e disseminado na região de Setúbal e Coimbra (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra) resultou a ideia que é preciso trabalhar a compreensão e a aceitação destas soluções alternativas em primeiro lugar, de forma a reduzir o estigma de que só as consultas presenciais é que dão resultados.

Ficou ainda evidenciado que a saúde digital tem de ter condições ambientais e psicológicas para poder funcionar da melhor forma, nomeadamente o sentido do espaço, a comunicação e os afetos, que são trazidos da relação em saúde presencial, embora respeitando as suas diferenças.

A grande maioria considera importantes as novas tecnologias na saúde, passando de 72% (antes da pandemia) para 88,3% para durante a pandemia embora o aumento do acesso à teleconsulta entre o período de antes da pandemia para durante a pandemia foi de apenas 9%, passando de 37% para 46% de pessoas que recorreram a serviços de teleconsulta.

Por outro lado, registou-se um aumento de quase 30 % do conforto das pessoas inquiridas em receber consultas através de meios digitais (49% para 75%) embora continue a haver 25% que não se sentem confortáveis com este sistema durante a pandemia. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Conforto na tele saúde durante a pandemia



Fonte: elaboração própria

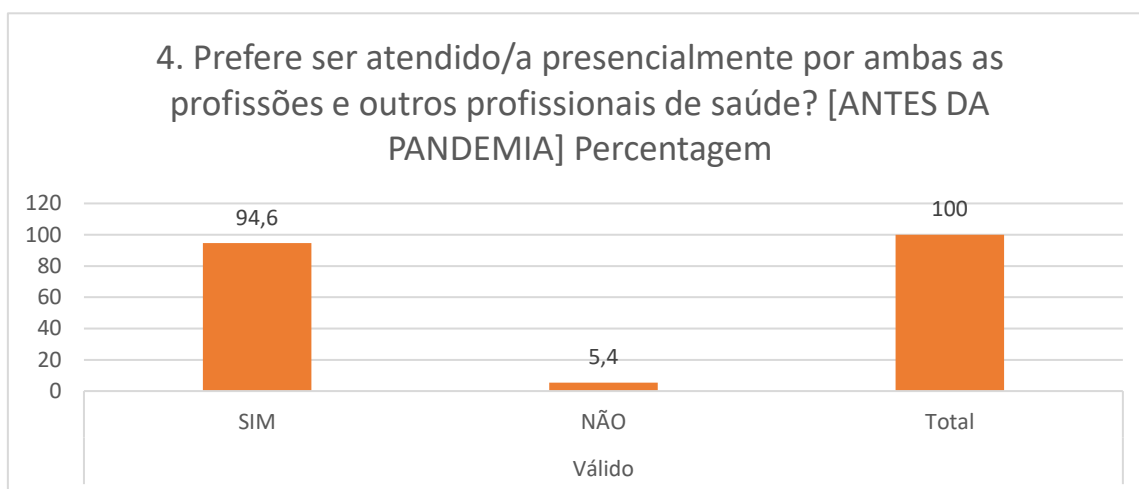
Os inquiridos também consideram que a comunicação em saúde feita através de vídeo conferência (com imagem e som) tornou-se mais eficaz durante a pandemia (43,5% passa para 58,2%).

Já relativamente à preferência pelo atendimento presencial por médicos diminuiu de 94,3% para 74% de antes para durante a pandemia. Há 26% que referem não preferir atendimento presencial por médicos durante a pandemia (passando de 6% para 26% de resposta negativa). Também preferência por atendimento presencial por enfermeiros diminuiu de 93% para 76%.

O número de pessoas inquiridas que não prefere ser atendida presencialmente por enfermeiros aumentou de 7% para 24%, sendo a variação semelhante em relação à questão anterior (atendimento por médicos), sendo que nos médicos a variação é de 20% e nos enfermeiros de 17%.

Quando inquiridas sobre a preferência de atendimento presencial por ambas as profissões (médicos e enfermeiros), 95% confirmou a preferência deste atendimento antes da pandemia (Gráfico 4), registando uma quebra de 20% durante a pandemia. (Gráfico 4)

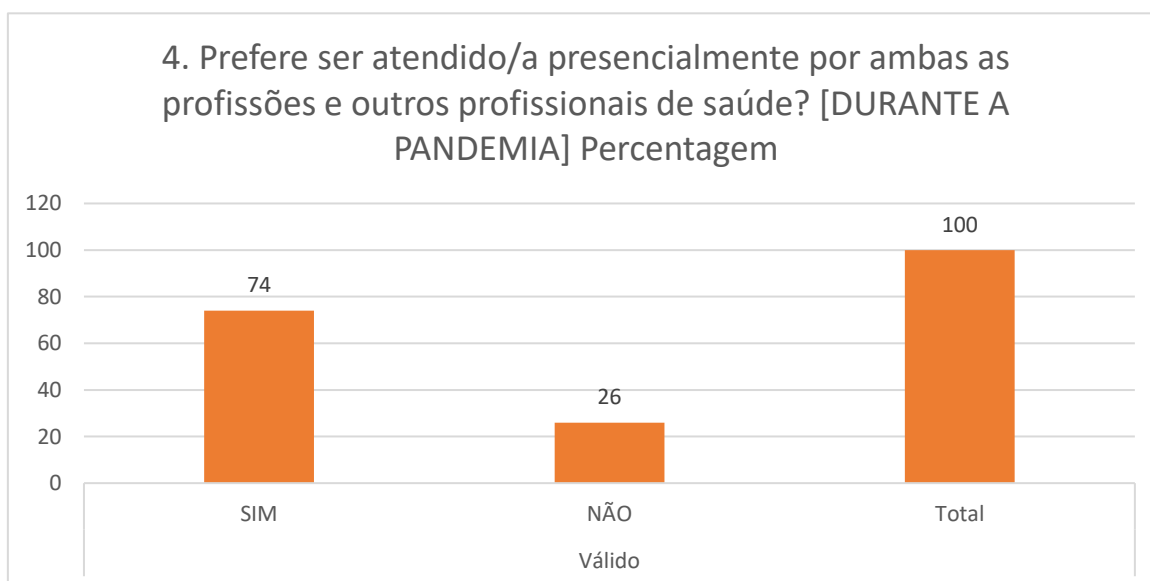
Gráfico 4. Atendimento presencial antes da pandemia



Fonte: Elaboração própria

Atendimento presencial por ambas as profissões durante a pandemia (gráfico 5).

Gráfico 5. Atendimento presencial durante da pandemia



Fonte: Elaboração própria

Os inquiridos preferem a relação presencial com o enfermeiro se comparamos as respostas 2 e 3. Mas consideram *importante um acompanhamento regular, em que a teleconsulta pode ser uma alternativa na impossibilidade do acompanhamento presencial ou para facilitar o contacto dos utentes com os profissionais.*

Sobre o que consideram mais importante neste acompanhamento à distância pelo profissional de saúde, a resposta ao 2º questionário de aprofundamento incidu sobretudo no perfil do profissional de saúde, na confiança gerada nesta relação, na sua competência e por isso nos seus conhecimentos, capacidades e atributos (Tench & Konczos, 2013).

Quanto aos atributos do profissional, para que este acompanhamento seja melhor, este deve ter empatia, disponibilidade e interesse pelos utentes. Quanto à dimensão das suas competências, exige-se que o profissional de saúde seja capaz de *conhecer a situação de saúde e os problemas, para não fazer sempre as mesmas perguntas; cumprir a sua palavra e ligar quando diz que vai ligar.*

Foi também elencada a solidariedade assim como uma repetida preocupação e garantia na proteção de dados. Quando questionados se preferem ser atendidos por ambas as profissões (médicos e enfermeiros) presencialmente regista-se uma descida de 95% para 74%, equivalente a menos 21% de pessoas que preferem ser atendidas presencialmente e a 26% que respondem que não preferem o atendimento presencial (p. 4). As razões prendem-se com o receio que têm do contato presencial poder propagar a doença.

Regista-se uma divisão quase a meio sobre os que se sentem e os que não se sentem acompanhados pelos profissionais de saúde (pergunta 5). Há 49% das pessoas que referem que não se sentem acompanhados pelos profissionais de saúde durante a pandemia contra 85% que se sentiam acompanhadas antes da pandemia.

O afeto é importante na relação em saúde para 96% antes da pandemia e 92% durante a pandemia. Houve uma ligeira subida dos que consideram que o afeto não é importante na relação em saúde, tendo passado de 5% para 7% (variação de 2%). Esta relação de afeto é importante *sobretudo para a construção de um vínculo com o utente.*

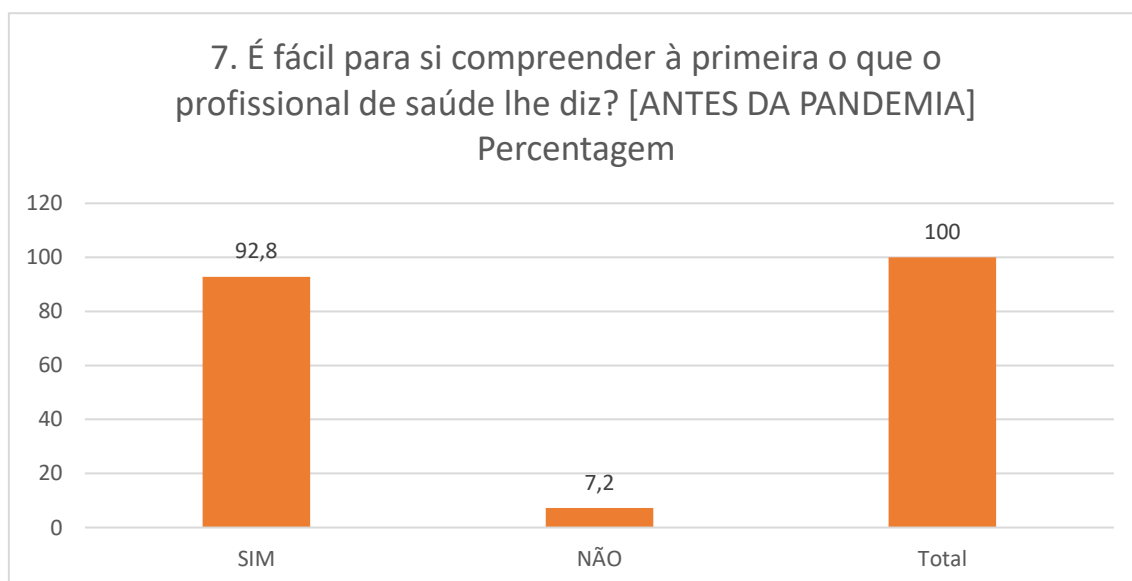
No questionário e aprofundamento sobre as questões da existência de afeto no âmbito da relação em saúde através do digital, os respondentes revelam que a falta de afeto transparecida pelos serviços de saúde digitais tem implicações na confiança, omissão de situação e de problemas e respeito. Os respondentes deste

questionário de aprofundamento referem que há desconfiança, inibição, falta de vontade e de segurança com estas consultas; não cumprimento das indicações dadas pelo profissional; não ter vontade para expor as dúvidas e os problemas que enfrenta ou mesmo omitir problemas.

A falta de demonstração de afeto e proximidade através do digital foi, na maioria afirmada por todos os respondentes, e que esta falta de afeição na relação terapêutica conduz e agrava o isolamento, solidão, depressão, sobretudo da população mais velha.

Na dimensão da literacia em saúde, relativa à compreensão imediata “à primeira” do que o profissional de saúde expressa oralmente, diminuiu de 93% para 79%, uma variação de 14%. Para 21% é difícil compreender o profissional de saúde à primeira durante a pandemia, um crescimento de 13% quando inquiridos sobre a sua perceção antes da pandemia. (Gráfico 6 e 7).

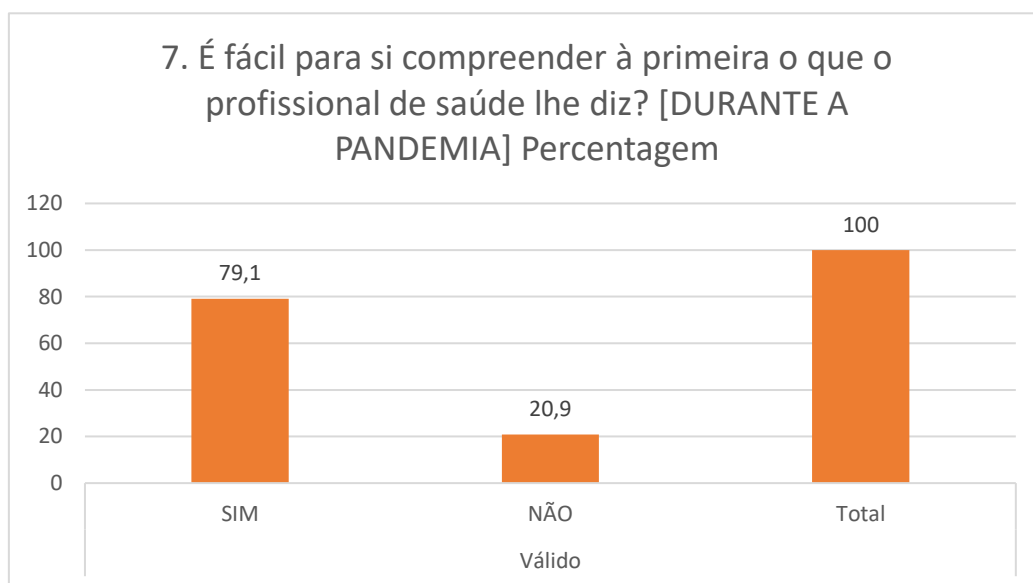
Gráfico 6. Compreensão à primeira antes da pandemia



Fonte: Elaboração própria

Compreensão da informação expressa pelo profissional durante a pandemia.

Gráfico 7 . Compreensão da informação em saúde durante a pandemia



Fonte: Elaboração própria

Ainda há 31% dos inquiridos que não sabe aceder facilmente as plataformas digitais, embora tenha diminuído esse número, passando de 37% antes da pandemia para 31 % durante. Podemos conjugar esta resposta com a pergunta 13, que revela 9% de pessoas que tiveram o aumento de acesso à teleconsulta, durante a pandemia.

A pergunta 9 revela um aumento da perceção da solidão entre os inquiridos, tendo passado de 41% antes da pandemia para 83% durante a pandemia, um crescimento de 40%. Apenas 17% referem que não têm perceção da solidão.

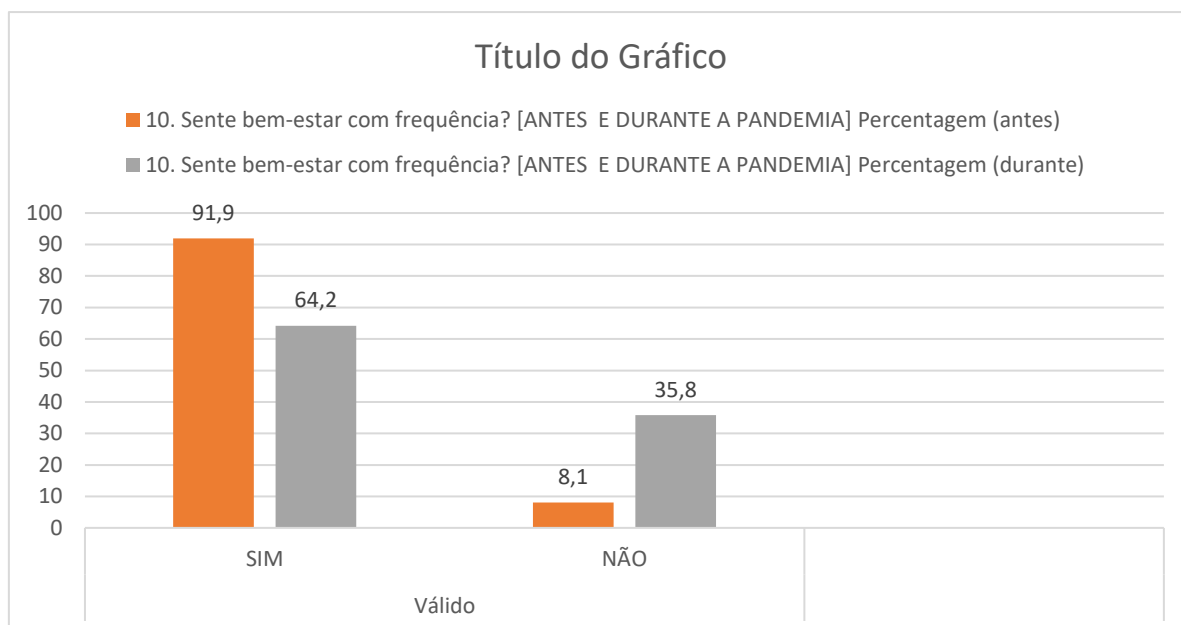
Como solução apontada, alguns dos respondentes referem que uma estratégia para reforçar a acessibilidade e a participação da pessoa na sua saúde seriam úteis a *criação e o reforço de equipas multidisciplinares que possam realizar visita domiciliária (com os cuidados necessários), ou através de videochamadas*. Esta solução beneficiaria também o *sentimento de solidão e ansiedade gerado pelo afastamento do contato presencial*.

Quando aprofundamos a questão sobre se existe mais solidão durante a pandemia e o que poderia ser feito para combater a solidão, o total de respostas confirmaram

que *existe solidão, sobretudo entre os idosos*. Mas existem estratégias para manter as pessoas em contacto e acompanhadas passando por: 1) A manutenção de atividades sociais em grupos mais pequenos, e para as pessoas que estão mais isoladas, visitas regulares; 2) manter o contacto familiar e social através dos meios digitais de forma regular ou, no caso dos idosos, rede de proximidade através das forças de segurança do Estado como a GNR, equipas de apoio social das câmaras municipais e das juntas de freguesia, associações locais e de voluntariado; ou ainda 3) uma linha de apoio que se sinalize situações de solidão para uma equipa local de apoio domiciliário com visitas regulares que promovam atividades ocupacionais estimulantes, permitindo a interação digital com outras pessoas. Foi ainda proposto a continuidade de algumas atividades ao ar livre, com grupos reduzidos de pessoas e fixos, assim como atividades culturais e programas de televisão direcionados para o bem-estar.

Verificamos de fato que a percepção de bem-estar diminuiu de 92% (antes da pandemia) para 64% (durante), correspondendo a uma variação de 28% do total de inquiridos. Há também 36% que dizem que não sentem bem-estar com frequência durante o período de pandemia. (Gráfico 8)

Gráfico 8. Bem-estar antes e durante a pandemia



Fonte: Elaboração própria

Quando solicitados a responder ao 2º questionário de aprofundamento, para se saber o que consideram ser o mais importante para a pessoa, para que exista uma relação em saúde através dos meios digitais, das respostas, obtiveram-se quatro dimensões que se enquadram na qualidade, dos conhecimentos, capacidades, atributos (composição trifatorial de competências) e na segurança, nomeadamente: confiança, credibilidade, qualificações garantidas, prestação, saber comunicar, gerir a crise, empatia, proteção de dados dos utentes e o sigilo profissional que é necessário que o profissional de saúde tenha. (Tabela 1)

Quadro 2. Fatores importantes na relação em saúde à distância

QUALIDADE	CONHECIMENTOS	CAPACIDADES	ATRIBUTOS	SEGURANÇA
Prestação atempada e contínua	Qualificações	Saber comunicar	Empatia	Proteção de dados
Credibilidade	Competências	Saber gerir a crise	Confiança	Sigilo

Fonte: Elaboração própria

O processo de pandemia veio confirmar, que a teleconsulta não substitui a consulta presencial, embora tenha descido a resposta “não” relativamente ao antes (94,3%) para durante a pandemia (88%). Apenas 12% afirma positivamente que a teleconsulta substitui a consulta presencial.

A grande percentagem de respostas afirma (96,4% antes da pandemia para 98%) que os profissionais devem ser mais cuidadosos na forma como comunicam quando trabalham através de plataformas digitais. A família e amigos tornam-se mais interessados na saúde digital, passando de 22% para 46,5%. No entanto mais de 50% (53, 4%) continua desinteressados na saúde digital.

E O FUTURO DA SAÚDE?



Foi efetuada uma análise de conteúdo qualitativo das 197 respostas à pergunta aberta.

Na análise geral aos resultados verifica-se que a maioria das respostas representa um sentimento positivo (56%).

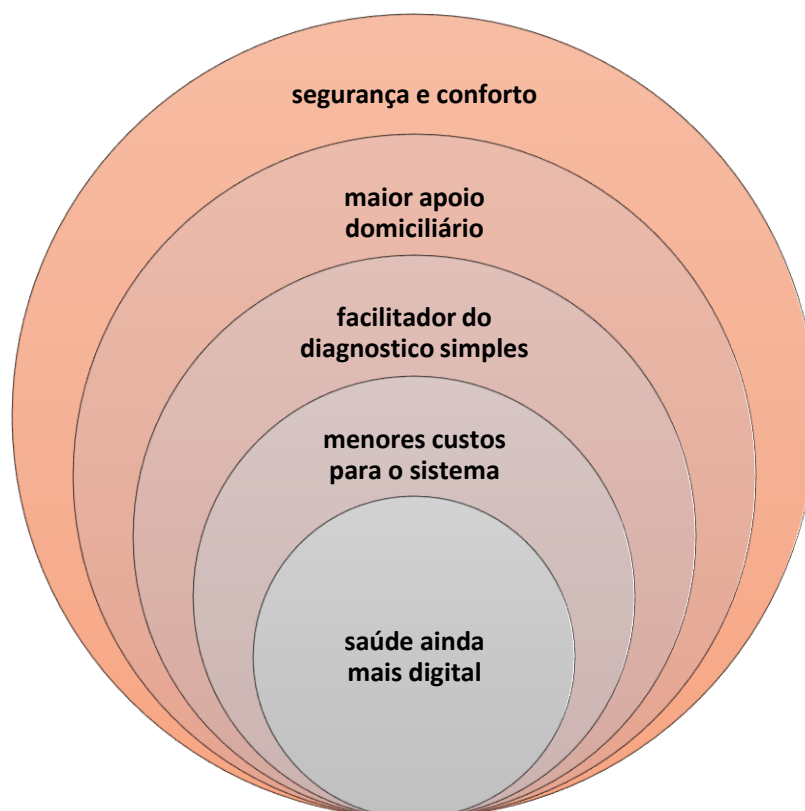
As respostas estão muito centradas na realidade vivida entre março de 2020 e a data do inquérito por questionário (março a outubro de 2020) e os inquiridos demonstram, através da resposta à pergunta aberta (p. 19) uma dificuldade em avaliar a realidade futura.

Procedendo a uma análise através da *nuvem de palavras*, é o conceito de “tecnologia” que sobressai, com 39 repetições para “digital”, 18 para “tecnologia, 17 para “teleconsulta”. Também a palavras “presencial” é evidenciada com 22 repetições.

Entre os pontos positivos que os inquiridos realçam, a propósito da sua visão para o futuro da saúde, elencam-se os seguintes: 1) O futuro da saúde passa por um acesso à saúde mais digital, com uma predominância da teleconsulta; 2) Este novo

acesso à saúde pode ser uma resposta eficaz para a diminuição de custos no SNS, disponibilizando um acompanhamento mais direto e facilitado a utentes com doenças crónicas controladas em que o próprio utente sentiria uma diminuição nos seus custos (ex: deslocações) e tempo de espera da consulta; 3) O acesso digital pode ser igualmente a resposta a diagnósticos rápidos de doenças pontuais e menos graves, diminuindo deslocações desnecessárias aos serviços de urgência (por exemplo); 4) As doenças contagiosas ficam também mais controladas dado que o acompanhamento médico pode ser efetuado à distância, com toda a segurança; 5) Os utentes com dificuldades motoras ou de deslocação podem ser acompanhados de forma mais confortável para os próprios; 6) Como o acompanhamento médico assumiu nesta época de pandemia e confinamento uma realidade mais distanciada, esta situação pode levar a um aumento do apoio domiciliário a idosos e mesmo aumento de terapias não convencionais como a osteopatia, entre outros.(Figura 4)

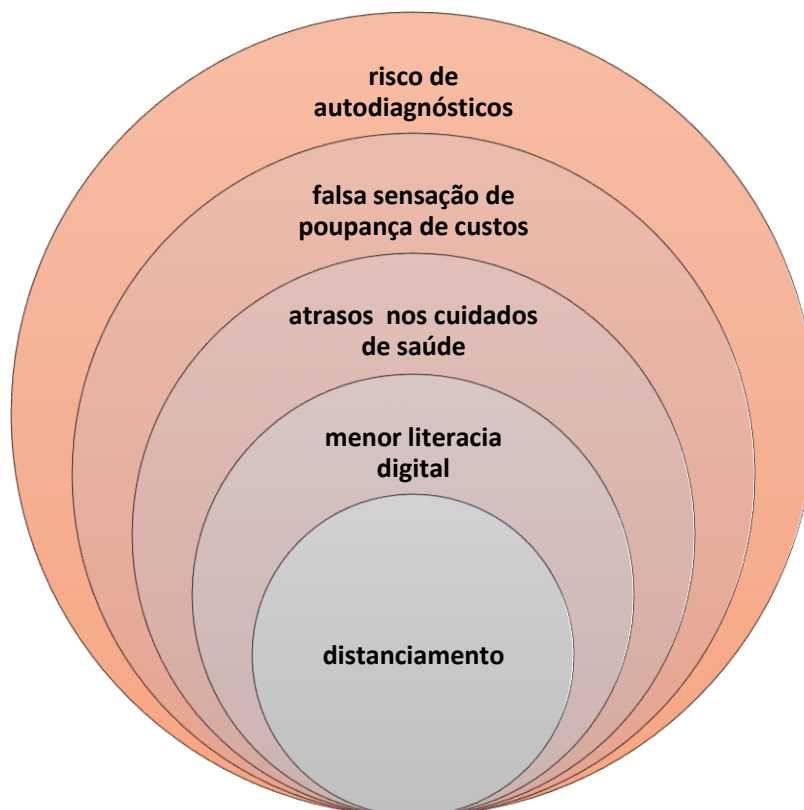
Figura 4. Pontos positivos para o futuro da saúde digital



Fonte: Elaboração própria

Por outro lado, um conjunto de respostas com uma visão negativa do futuro da saúde foi também elencada pelos inquiridos. Assim, consideram que 1) O distanciamento entre utente e profissional de saúde pode levar a um decréscimo da confiança nos cuidados de saúde tradicionais; 2) Os meios digitais não podem substituir na totalidade a consulta presencial por uma questão social, de qualidade no acompanhamento médico (dificuldade de diagnóstico fidedigno) e mesmo, confiança no processo e deterioramento da relação utente – médico; 3) A digitalização massiva da saúde pode provocar um afastamento forçado das pessoas com menor literacia digital, especialmente os mais idosos, longe dos centros urbanos, e as classes sociais mais baixas, em detrimento de uma população com maior rendimento, mais nível educacional e urbana, tornando a saúde de qualidade mais acessível a quem tem mais dinheiro; 4) A população idosa de Portugal, que tem vindo a aumentar ao longo dos anos, pode ficar ainda mais isolada e com maior dificuldade de acompanhamento das novas tecnologias e por consequência longe da saúde, com consequências nefastas; 5) A pandemia representou atrasos nas cirurgias, cancelamento de consultas, difícil acesso a urgências etc., situações que não podem ser substituídas pela realidade digital, sendo que estes atrasos contribuíram para uma diminuição da perceção da qualidade da saúde em Portugal, face ao que acontecia no passado; 6) A facilidade das tecnologias digitais podem dar uma falsa sensação de poupança, fazendo com que o investimento global no SNS decresça ainda mais, impactando a qualidade global do sistema de saúde público em Portugal; 7) O facto de haver um acesso crescente mais globalizado às novas tecnologias, pode levar à pesquisa autónoma de informação sobre sintomas e patologias, resultando em risco para as pessoas, pelo autodiagnóstico, automedicação que podem ter consequências a saúde da população. (Figura 5)

Figura 5. Pontos negativos para o futuro da saúde digital



Fonte: Elaboração própria

Avaliando as respostas ao segundo questionário de aprofundamento realçou-se a questão da importância da organização de saúde e os seus profissionais contribuírem para que não exista *um sentimento de abandono e o desinteresse do utente pela sua saúde*. Para colmatar esta necessidade, alguns dos respondentes referem que há de fato *mais solidão, mas existe um campo aberto que a pode suprir, através da utilização das várias ferramentas digitais que podem estabelecer algum contacto*.

Relativamente ao *seguimento do utente através de um profissional que possa ser regular nos contatos à distância*, a opinião geral foi que *o acompanhamento pelo mesmo profissional permite uma relação mais próxima e o facto de ser o mesmo profissional, permite dar uma sensação de estabilidade ao utente*.

Também neste acompanhamento do mesmo profissional a opinião dos respondentes acentua que *o profissional já deve conhecer o utente previamente, que já deve ter tido previamente um contato presencial.*

Foi clara a importância do acompanhamento do utente ao longo do tempo da pandemia. Este deve ser feito necessariamente. Mais do que ser presencial ou digital, *a falta de acompanhamento de pessoas com doenças crónicas pode agravar o estado de saúde das mesmas, podendo resultar em consequências que poderiam ser evitadas, e que vão afetar a qualidade de vida do utente.*

Sobretudo o utente idoso necessita de maior acompanhamento, e também porque a maioria não está familiarizado com as novas tecnologias, embora a chamada telefónica seja considerada a mais fácil e produtiva (mesmo com vídeo chamada) deve haver um cuidado redobrado pelo profissional de saúde. As opiniões vertidas no segundo questionário de aprofundamento refletem que *é importante o esclarecimento de todas as dúvidas e desmitificação das preocupações do utente.*

DISCUSSÃO DE RESULTADOS



A saúde digital traz desafios positivos e negativos para a população. Na relação em saúde à distância os requisitos de confiança, credibilidade, empatia, competências, proteção dos dados e sigilo são realçados pelos inquiridos como fatores indispensáveis na manutenção da relação terapêutica de saúde.

As novas tecnologias tornam-se dia-a-dia mais importantes para todas as pessoas, mesmo para as mais infoexcluídas, pois têm sido um substituto imperativo às consultas e ao acompanhamento presencial seja em cuidados primários, seja em hospitalares (Zieve *et al.*, 2019).

Tal como nos resultados do inquérito por questionário Digit2Demic, através da análise qualitativa da pergunta aberta, o acompanhamento do utente, ao longo do tempo, com o mesmo profissional ou a mesma equipa gera uma maior segurança, satisfação e empoderamento do utente principalmente através da partilha de dados com a equipa de profissionais de saúde (Nissen & Lindhardt, 2017).

Lobban, Appelbe , Appleton et al (2020) num estudo misto, avaliam um kit de ferramentas de autogestão apoiado *online* para familiares de pessoas com psicose ou experiências bipolares . Entre as barreiras sentidas tanto pelos familiares como pelos profissionais, os autores (Lobban, Appelbe , Appleton et al., 2020) destacam: 1) as dificuldades em dar prioridade aos familiares do utente; 2) as dificuldades técnicas de utilização da ferramenta usada (REACT); 3) uma fraca interoperabilidade com os sistemas de tecnologias da informação; 4) a falta de acesso às tecnologias móveis; 5) a falta de formação em tecnologias da informação; 6) uma populações limitada em tecnologia, que pode conduzir a baixos níveis de utilização; 7) os receios do pessoal de gerir riscos *online*; 8) e incerteza em torno da disponibilidade a longo prazo da ferramenta REACT; 9) o custo-eficácia com potencial impacto na carga de trabalho; 10) a possibilidade de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

Reforçando Medeiros (2018), Cacciamani *et al.* (2020) existem também um conjunto de benefícios que se sentem e são manifestados por várias vozes (tanto através dos resultados do inquérito por questionário Digi2Demic como da literatura) que promovem positivamente a saúde à distância: 1) mais fácil acessibilidade dos utentes aos seus profissionais de saúde; 2) a dispensa da necessidade de deslocação à organização de saúde, tendo influência nos ganhos económicos; 3) melhor gestão do tempo com programação mais rigorosa da agenda de ambos; 4) da facilidade em comunicar com o profissional de saúde e vice versa, assim como do utente tirar dúvidas relativas à sua doença ou estado de saúde; 5) de evitar a propagação da doença (pandemia); 6) da flexibilidade e facilidade do acesso telefónico; 7) a importância de se conhecer previamente o profissional de saúde e da pessoa ser acompanhada sempre pelos mesmos profissionais; 8) a regularidade do contacto; 9) a possibilidade de se reforçar a educação do utente de forma mais incisiva; 10) a transmissão de uma sensação de segurança aos utentes, pela continuidade do contato formal e informal.

A pandemia trouxe a capacidade das organizações de saúde de tomarem decisões estruturantes, como alterar quase radicalmente, o padrão de consulta presencial para consultas à distância. Neste processo, tanto o profissional como o utente tiveram de se ajustar a práticas inovadoras. O foco deve ser sempre na pessoa.

Embora a saúde digital não possa ser substituída pela consulta presencial, como foi destacado no inquérito por questionário, abre-se um caminho através das plataformas digitais para se utilizarem algumas estratégias relacionais e comunicativas da consulta presencial, baseados nos princípios e dimensões da literacia em saúde. Assim o objetivo é tratar da doença das pessoas, prevenir a doença (sobretudo as psicológicas) e promover a saúde e, bem-estar para que elas possam aceder aos serviços e à informação em saúde, compreender a mensagem, avaliar e usar a informação para cuidar da sua saúde. Dadaczynski, Okan , Messer *et al.* (2020) num estudo transversal entre estudantes universitários, na Alemanha (N=14916) por meio de uma pesquisa online, investigou a alfabetização digital em saúde e o comportamento de procura de informações online durante a fase inicial da pandemia pelo coronavírus entre estudantes universitários e concluem que nas dimensões da literacia digital em saúde, 42,3% têm dificuldade em avaliar a confiabilidade das informações relacionadas à saúde, 38,9% tem dificuldade em avaliar se as informações escritas têm interesse comercial e 30,4% dos inquiridos referem dificuldade em encontrar as informações que procuram. A tecnologia por si não faz a mudança sem ter profissionais de saúde por trás bem preparados que devem ter também a preparação e a formação por pessoas especializadas em psicologia (Pagoto & Bennett, 2013) e em comunicação e literacia em saúde (Vaz de Almeida, 2019).

A envolvimento do utente no processo, para que tome decisões acertadas e competentes para as suas vidas ou de quem delas depende, reforça-se com o desenvolvimento e aplicação de um bom processo comunicativo, relacional, que coloca a pessoa no centro. Este processo comunicativo, como ficou registado no segundo questionário é importante para que o utente *não sinta que por ser uma consulta/accompanhamento à distância existe mais frieza na forma como é tratado*. Indo ao encontro dos resultados do inquérito por questionário Digit2Demic, também Van Lieshout, Yang, Stamenova *et al.* (2020) destacam que a implementação das tecnologias digitais de saúde ainda não reconcilia a importância das relações interpessoais com as estratégias convencionais de implementação. Os autores (Van Lieshout, Yang, Stamenova *et al.* 2020) reconhecem a centralidade das relações, pelo que sugerem que as equipas de implementação podem planear melhor as

adaptações necessárias para que as novas tecnologias funcionem tanto para os utentes como para os profissionais de saúde que gerem um programa de monitorização remota funcionam para construir relações. Como resultado, estas relações e outras fontes de atividade podem levar a um alcance tecnológico de expansão das atividades de saúde à distância (Van Lieshout, Yang, Stamenova *et al.*, 2020)

A grande maioria das pessoas (98%) respondeu que os profissionais devem ser mais cuidadosos na forma como comunicam e na forma como o fazem, reforçando o que a restante literatura afirma sobre a importância das pessoas se manterem conectadas e com relação social.

Também o medo e a ansiedade foram manifestadas nas respostas ao Digi2Demic, confirmando o que os restantes investigadores que se debruçaram especificamente sobre os efeitos psicológicos da pandemia analisaram (Jiang, Deng, Zhu *et al.*, 2020; Serafini *et al.*, 2020; Viana & Lira, 2020; Zhang, Wu, Zhao & Zhang, 2019).

De uma forma geral verificamos que o bem-estar diminuiu entre as pessoas de uma forma geral, associado não apenas às questões de saúde, onde a solidão e o isolamento, a falta de conexão social são fatores dessa diminuição.

CONCLUSÃO



A pandemia causada pelo vírus SARS- CoV- 2 trouxe muitos e constantes desafios aos serviços de saúde, os quais face à pressão e à necessidade de resposta imediata, tiveram de recorrer aos meios digitais, adaptando-se a uma nova realidade, para responder aos problemas de saúde. Os dados obtidos através deste estudo qualitativo e quantitativo, resultantes da aplicação do inquérito por questionário online Digit2Demic, no qual foi analisada a utilização dos meios digitais na saúde, antes e durante a pandemia, permitem concluir que os inquiridos consideram importante a utilização dos meios digitais em saúde (88,3%), o que já acontecia antes da pandemia (72%), tendo-se verificado, durante a pandemia, um aumento de 9% da utilização destes serviços, designadamente a teleconsulta que passou de 37% para 46%.

No entanto, 31% dos inquiridos tem dificuldade em aceder às plataformas digitais. A grande maioria dos inquiridos (95%) continuam a preferir o atendimento

presencial, pelos profissionais de saúde. Não obstante, durante a pandemia tal preferência regista uma ligeira descida de 21%, associada aos riscos de contágio. Refira-se também que houve um número significativo de inquiridos (49%) que durante a pandemia deixou de se sentir acompanhado pelos profissionais de saúde, antes somente 15% não se sentia acompanhado, constatando-se um aumento significativo da perceção da solidão de 41% para 83%, assim como a diminuição do bem-estar que passou de 91,94% para 64%.

Verificou-se a necessidade de estudar as questões relacionadas com a relação terapêutica à distância, as quais resultaram do Digi2Demic, pelo que foi elaborado um segundo questionário. Este estudo qualitativo revelou a importância da saúde digital, a necessidade de continuidade da mesma e que assenta na confiança, na credibilidade, na proximidade, na empatia, na segurança dos dados e na relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente.

Em concordância com outros estudos, os meios digitais devem ser um meio facilitador e, até, prioritário no acompanhamento médico de alguns utentes, com especial incidência no acompanhamento de doenças crónicas. No entanto, não substitui o acompanhamento presencial, por questões de diagnóstico e da relação utente-profissional de saúde. A capacidade de transferir os aspetos relacionais da relação presencial para a comunicação à distância, melhora a interação profissional-utente. Assim se existir uma comunicação verbal e não verbal cuidada com a presença da empatia, assertividade, clareza e positividade, o utente acaba por sentir-se num meio mais acolhedor e aproximado da presença terapêutica física.

Apesar da quase totalidade da população portuguesa ter atualmente acesso à internet, cerca de 8,52 milhões de pessoas (*Digital 2020 Hootsuite Report*), é também claro que o acesso digital à saúde, tornar-se um meio adotado pela população para acesso à saúde, terá uma taxa de sucesso e adesão mais elevada nas faixas etárias mais jovens, instruídas e com uma menor iliteracia digital.

O acesso nos meios urbanos também se advinha mais facilitado dado que as próprias estruturas, que permitem um acesso generalizado e ágil à internet - nomeadamente o alcance e rapidez do sinal e acesso de banda - está concentrado nas zonas com maior densidade populacional.

Também por esta razão, a aposta no desenvolvimento em aplicações de saúde facilmente navegáveis em dispositivos móveis – sites *mobile-first* e/ou APP's – será igualmente um ponto de reforçada importância nos próximos anos. Segundo o mesmo estudo, Portugal registava, em 2020, cerca de 15,8 milhões de telemóveis, ou seja, mais do que um aparelho por pessoa, em média o que traduz a necessidade próxima da população para uma evolução neste sentido.

Esta nova realidade deve, inclusivamente, representar um aumento do investimento no SNS, através da inclusão dos meios digitais na resposta aos cuidados de saúde num momento de incerteza, o qual poderá ser mais ou menos longo, reclamando-se respostas complexas e soluções integradas.

Sugere-se ainda, num próximo trabalho, investigar a facilidade dos utentes contactarem os profissionais de saúde, através dos meios digitais, o grau de satisfação, designadamente quanto ao tempo de resposta e a capacidade de os utentes acederem, compreenderem e utilizarem os meios digitais para obtenção de informação fidedigna em saúde.

REFERÊNCIAS

Almeida, C.V., Moraes, K.L., & Brasil, V.V. (2020). Introdução. In C. V. Almeida, K. L. Moraes & V. V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 8-12). Alemanha: Novas Edições Académicas. Bandura, A. (Ed.). (1999). *Self-efficacy in changing societies*. NY: Cambridge University Press.

Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook] Disponível em: <http://loja.ispa.pt/produto/literacia-em-saude-na-pratica>

Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., Bauer, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A.J. & Schillinger, D. (2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations.

Cacciamani, G.E., Shah, M., Yip, W., Abreu, A., Park, D., & Fuchs, G. (2020). Impact of Covid-19 on the urology service in United States: perspectives and strategies to face a Pandemic. *International Brazilian journal of Urology*, 46(1), 207-214. Epub July 27, 2020. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2020.s126>

Change Healthcare (2020). The Draw of Frictionless Healthcare 10 Best Practices for Creating an Outstanding Digital Patient Experience. [online]. Disponível em: changehealthcare.com

Clement, J. (2019). Facebook: Number of monthly active users worldwide 2008-2020. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/264810/number-of-monthly-active-facebook-users-worldwide/>

European Commission. (2020). Three pillars to support our approach. [online] Disponível em: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/shaping-europe-digital-future_en

Dadaczynski K, Okan O, Messer M, Leung AYM, Rosário R, Darlington E, Rathmann K. Digital health literacy and online information seeking in times of COVID-19. A cross-sectional survey among university students in Germany. *Journal of Medical Internet Research*. 2021;23 (1): e24097. [online] Disponível em: <https://preprints.jmir.org/preprint/24097>

Digital 2020 - Hootsuite Digital Report. [online] Disponível em: <https://hootsuite.com/resources/digital-2020>

European Commission. (2020a). Shaping Europe's digital future: Commission presents strategies for data and Artificial Intelligence. [online]. Disponível em: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_273

European Commission. (2020b). Shaping Europe's digital future – Questions and Answers. [online]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/new-opportunities-digital-health-startups-and-smes>

European Commission. (2020c). New opportunities for digital health startups and SMEs. [online]. Disponível em: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_20_264

Ferreira, F., Antunes, E., Neves, R.C., Farias, F., Malveiro, P., Choon, H., Galrinho, A., & Ferreira, R.C. (2012). Telemonitorização de INR: Eficácia e Segurança de um Sistema de Avaliação em 453 Doentes. *Acta Médica Portuguesa* 25(5), 297-300.

Ferreira, D. (2018). Teleconsultas: Ir ao hospital sem sair de casa implicações na relação médico-doente. *Medicina Interna*, 25(1), 10-14. <https://dx.doi.org/10.24950/rspmi/Opiniao/1/2018>

Influencer Marketing Hub. (2019). *75+ social media sites you need to know in 2020*. Disponível em: <https://influencermarketinghub.com/top-social-media-sites/>

Jiang X., Deng L., Zhu Y., Ji H., Tao L., Liu L., et al. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Res.*, 286, 112903. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112903

Lobban F, Appelbe D, Appleton V, Aref-Adib G, Barraclough J, Billsborough J, Fisher NR, Foster S, Gill B, Glentworth D, Harrop C, Johnson S, Jones SH, Kovacs TZ, Lewis E, Mezes B, Morton C, Murray E, O'Hanlon P, Pinfold V, Rycroft-Malone J, Siddle R, Smith J, Sutton CJ, Viglianghi P, Walker A, Wintermeyer C. (2020). An online supported self-management toolkit for relatives of people with psychosis or bipolar experiences: the IMPART multiple case study. Southampton (UK): *NIHR Journals Library*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32986342/>

Kreps, G.L. (1988). Relational communication in health care. *Southern Speech Communication Journal*, 53, 344-359.

Kavoor, A.R., Chakravarthy K., & John, T. (2020). Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian Journal Pshychiatry*, 51, 102074. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102074

Medeiros, L., Ferreira, H., & Júnior, G. (2020). Telemedicina - O "novo normal" do atendimento aos pacientes e colaboradores de centro oncohematológico, em tempos de Covid-19: Relato de experiência. *Hematology, Transfusion And Cell Therapy*, 42, 559. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.944>

Nissen L, Lindhardt T. A qualitative study of COPD-patients' experience of a telemedicine intervention. *Int J Med Inform.* 107, 11-17. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.08.004.

Palmeira, C.S., Ramos, G.A., & Mussi, F.C. (2020). Avaliação da experiência do telemonitoramento de enfermagem por mulheres com excesso de peso. *Escola Anna Nery*, 25(1), e20200090, 1-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0090>

Pagoto, S., & Bennett, G. G. (2013). *How behavioral science can advance digital health*. *Translational Behavioral Medicine*, 3(3), 271-276. doi:10.1007/s13142-013-0234-z

Ramos, S. (2020). Advocacia do utente. In C. V. Almeida, K. L. Moraes & V. V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 14-18). Alemanha: Novas Edições Académicas.

Rocha, A. I., Santos, E. J., Mota, M. A., Cunha, M., & Henriques, M. A. (2020). Efetividade das intervenções de telemedicina no impacto da artrite reumatóide: protocolo de uma revisão umbrella. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19097. doi: [10.12707/RIV19097](https://doi.org/10.12707/RIV19097).

Rodrigues, P. (2020). Repetição. In C. V. Almeida, K. Moraes & V. V. Brasil (Coords.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 93-94). Alemanha: Novas Edições Académicas.

Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*. doi:10.1093/qjmed/hcaa201

SNS 24 (2019). A solidão e o isolamento social. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social/>

Thakur, B. & Pathak, M. (2021). Burden of predominant psychological reactions among the healthcare workers and general during COVID-19 pandemic phase: a systematic review and meta-analysis. Project: Mental Health during COVID-19 Pandemic phase(License CC BY 4.0) DOI: [10.1101/2021.01.02.21249126](https://doi.org/10.1101/2021.01.02.21249126)

Tench, R., & Konczos, M. (2013). *Mapping European communication practitioners' competencies: A review of the European communication professional skills and innovation program*. UK: ECOPSI.

Waller, G., Pugh, M., Mulkens, S., Moore, E., Mountford, V.A., Carter, J, *et al.* (2020). Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible. *Int Journal Eating Disorder*,1-10. doi: 10.1002/eat.23289

World Health Organization Coronavirus disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/> Acedido em 2 de janeiro 2021, 16:45

Van Lieshout F, Yang R, Stamenova V, Agarwal P, Cornejo Palma D, Sidhu A, Engel K, Erwood A, Bhatia RS, Bhattacharyya O, & Shaw J. (2020). evaluating the implementation of a remote-monitoring program for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: qualitative methods from a service design perspective. *J Med Internet Res*,22(10):e18148. doi: 10.2196/18148. PMID: 33034565; PMCID: PMC7584983.

Vaz de Almeida, C. (2020a). Organizações e profissionais de saúde: e depois, continuamos no digital? A Pátria, Disponível em: <https://apatrria.org/autor/vazdealmeidacristinagmail-com/>

Vaz de Almeida, C. (2020b). Organizações literadas, literacia em saúde e boas práticas em tempo de pandemia - ao encontro dos objetivos do desenvolvimento sustentável. APDH. [online]. Disponível em: <https://www.apdh.pt/artigo/67>

Viana, R.B., & Lira C.A.B. (2020). Exergames as coping strategies for anxiety disorders during the COVID-19 quarantine period. *Games Health Journal*, 9(3),1-3. doi: 10.1089/g4h.2020.0060

Zamith, M.C., Matias, T. Gomes, I., & Marques, M.J. (2009). Telemonitorização domiciliária de insuficientes respiratórios crónicos graves e de doentes asmáticos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(3), 385-417. Recuperado em 31 de dezembro de 2020, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592009000300004&lng=pt&tlng=pt

Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med*.2020;3(1): 3-8.doi:10.1093/pccmedi/pbaa006

Fotografias: Extraídas do site Pixabay <https://pixabay.com/pt> (gratuitas)

Revisores: Inês Dantas Coelho; Patrícia Martins

Editor/Promotor: Cristina Vaz de Almeida com APPSP

Doi: 10.5281/zenodo.4522750

Site APPSP

www.appsp.pt