

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

EDITORIAL

Manuel Lopes – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora. Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7554-8041>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Manuel Lopes – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Évora, Portugal. mjl@uevora.pt

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).535.322-323](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).535.322-323)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2021 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2021 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 7 N.º 3 DEZEMBRO 2021

O Contributo da Investigação em Saúde para a Mudança Sustentável

A investigação em saúde tem uma amplitude muito vasta que pode ir desde o nível nano e de carácter laboratorial, até ao nível macro de âmbito organizacional ou das políticas de saúde. Todavia não andaremos longe da verdade se traçarmos como denominador comum da investigação a contribuição para melhores níveis de saúde e bem-estar das pessoas (individualmente) e da população (enquanto comunidade).

Neste contexto, e tendo como referência as mais recentes evidências científicas, constatamos, por um lado, uma evidente alteração dos perfis epidemiológicos de múltiplos países, nomeadamente, do vulgarmente denominado “mundo ocidental”, que se caracteriza por uma elevada prevalência de multimorbilidade, particularmente associada às pessoas mais idosas; por outro lado, uma clara inadequação das respostas de saúde e sociais a estas novas realidades.

De facto, a multimorbilidade em si mesma deveria obriga-nos a estudar de novo os respectivos processos fisiopatológicos e a repensar a nosologia e até a semiologia. Parece cada vez mais evidente que a fisiopatologia de uma determinada doença (e.g., doença coronária) tem características diferentes se estiver associada com outras (e.g., diabetes e/ou obesidade). Neste contexto, quiçá a conjugação de um determinado *cluster* de doenças crónicas possa considerar-se uma nova entidade nosológica? Consequentemente, cada sintoma adquirirá uma nova morfologia e interpretação.

Será que faz sentido continuarmos a estudar estes processos de modo convencional? Não exigirão uma perspetiva mais integrada?

Mas, esta nova realidade epidemiológica é também razão suficiente para nos obrigar a repensar não apenas as respostas de cuidados de saúde, mas também os modelos de cuidados, consequentemente, a organização dos serviços de saúde e sociais, e até a formação dos profissionais de saúde. Por maioria de razão se à multimorbilidade estiver associada a dependência funcional e/ou a perda de autonomia.

Agora, mais do que nunca, estamos perante situações de evolução prolongada que exigem não uma resposta pontual, mas antes uma estruturada no tempo e que garanta integração e continuidade de cuidados. Neste contexto, naturalmente, as pessoas com multimorbilidade permanecerão nas suas casas, o que significa que elas próprias e as suas famílias precisarão de desenvolver muito a sua capacidade de autocuidado para poderem gerir a sua saúde de forma autónoma o máximo tempo possível.

Será que faz sentido as políticas de saúde continuarem a ser pensadas nos mesmos moldes? E os modelos organizacionais e de cuidados existentes há quase um século continuarão a ser os mais adequados? E os conteúdos funcionais e as rígidas fronteiras entre as profissões serão os que melhor respondem às atuais necessidades?

Todas as dimensões atrás referidas constituem-se como desafios estruturais com implicações a todos os níveis. Ainda que não concordemos nos caminhos a seguir, provavelmente concordaremos que a mudança urge.

Precisamos então de definir uma estratégia que assente naquilo em que concordamos – a necessidade de mudança –, que defina uma meta – a melhoria dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida e bem-estar das pessoas – e que defina os instrumentos para a alcançar. De entre estes, destacamos desde já a investigação. Esta tem de estar presente em todas as fases do processo de mudança: no diagnóstico do que pretendemos mudar; na seleção dos indicadores de mudança; na fundamentação dos mecanismos de mudança escolhidos; no acompanhamento do processo de mudança e na avaliação dos resultados.

Por outro lado, a investigação não pode ser algo que se acrescenta a partir do exterior das equipas, mas antes fazer parte do léxico de competências das mesmas, através da incorporação de profissionais com competências de investigação (formação avançada) ou de investigadores. Para tanto há que criar condições e valorizar adequadamente a formação avançada em contexto clínico. Adicionalmente, há que assumir o princípio da “inteligência distribuída”, ou seja, compreender que os profissionais de saúde são dotados de elevadas competências que, se devidamente organizados e enquadrados, têm potencial para encontrar soluções inovadoras para os problemas com que lidam.

Face ao exposto, advoga-se uma reorientação estratégica da investigação em saúde através da redefinição das respetivas métricas. Ou seja, que os indicadores de investigação não sejam apenas mensuráveis pelos *papers* publicados e pelas patentes registadas, mas também pelo contributo para a mudança sustentável.