



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



10.2025

# INTERVENÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CIÊNCIA E PRÁTICA PSICOLÓGICAS



DOCUMENTOS DE APOIO À PRÁTICA PROFISSIONAL

Documento de Apoio à Prática Profissional: Intervenção em Saúde Pública, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A informação que consta deste documento, elaborado em Outubro de 2025, e na qual se baseia foi obtida a partir de fontes que os autores consideram fiáveis. Esta publicação ou partes dela podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

**Sugestão de citação:**

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2025). Intervenção em Saúde Pública. Lisboa.

**Para mais esclarecimentos contacte Ciência e Prática Psicológicas:**

[andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt](mailto:andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt)

**Ordem dos Psicólogos Portugueses**

Av. Fontes Pereira de Melo 19 D, 1050-116 Lisboa

+351 213 400 250  
[ordemdospsicologos.pt](http://ordemdospsicologos.pt)

# Enquadramento

De forma simples, podemos considerar a **Saúde Pública** como a área que se dedica à **Saúde coletiva da população, incluindo a promoção da Saúde, a prevenção da doença e a melhoria do Bem-Estar das comunidades.**

Em Portugal, de acordo com o **Plano Nacional de Saúde 2030**, definido pela Direção Geral da Saúde, existem diferentes problemas de Saúde que necessitam de ser atendidos de forma a salvaguardar a Saúde Pública. Entre estes, encontram-se os mais prevalentes, como as **doenças cardiovasculares, o cancro, a depressão e a ansiedade**, mas também outros com um elevado potencial de risco e com impacto significativo a curto prazo, por exemplo, as **doenças infecciosas** (e.g., COVID-19; zika; dengue; sífilis), **desigualdades e dificuldades no acesso a Serviços de Saúde** que resultem em mortes evitáveis (e.g., mortalidade materna; demoras no socorro a AVC) e **catástrofes naturais**. Existem, ainda, outros problemas de Saúde Pública menos evidentes, como a **solidão**, tendo impactos, diretos e indiretos, na Saúde, no bem-estar e na coesão das populações (WHO, 2025).

Em termos epidemiológicos, os dados mais recentes revelam a dimensão destes **desafios em Portugal. Grande parte dos problemas de Saúde está associada a riscos comportamentais**, como o consumo de tabaco, álcool, escolhas alimentares pouco saudáveis e baixa atividade física, **que explicam cerca de 30% das mortes anuais** (OCDE, 2024). As **doenças cardiovasculares** continuam a ser a **principal causa de morte**, representando 27% do total (OCDE, 2024). O país apresenta também a **terceira maior taxa de doenças crónicas da União Europeia** (45%), cerca de 10 pontos percentuais acima da média europeia (35%) (INE, 2025). **Verifica-se uma baixa adesão a programas de rastreio**, nomeadamente no **cancro colorretal, onde a participação da população portuguesa é de apenas 14%**, muito abaixo da média da U.E. (42%) (OCDE & Comissão Europeia, 2025). Na dimensão da **Saúde Mental**, 22% da população vive com problemas psicológicos (OCDE, 2024) e 13-14% sente-se sozinha a maior parte ou todo o tempo (Schneppf et al., 2024).

**A Saúde das populações é influenciada pelos determinantes sociais da Saúde**, que representam as condições em que vivemos e moldam as escolhas individuais. Por sua vez, **sendo que a maioria dos problemas de Saúde Pública se associam a determinantes comportamentais** (desde o tabagismo, sedentarismo, isolamento

social, comportamentos sexuais de risco, até à baixa adesão a rastreios, à medicação ou à vacinação), **a Ciência Psicológica pode contribuir e ser uma mais-valia na intervenção em Saúde Pública.** Basta considerarmos apenas as doenças não transmissíveis (e.g., cancro; doenças cardiovasculares), para se evidenciar uma associação robusta, ainda que de pequena magnitude, entre ter comportamentos pró-Saúde – incluindo, prática de atividade de física regular e alimentação saudável – e melhores indicadores de Saúde populacionais, assim como menor incidência de mortalidade (Loef & Walach, 2012; Rezende et al., 2020).

Neste sentido, **as intervenções baseadas na Ciência Psicológica, que promovem a mudança de comportamentos são da maior relevância em Saúde Pública** (Ruggeri et al., 2023). Se se considerar que uma intervenção psicológica estimula entre 2-3% de mudança no resultado final, quando se estende este resultado a milhares de pessoas o efeito ganha uma importância vital.

Por exemplo, no Reino Unido, uma intervenção psicológica que diminua em 2% a prevalência do consumo de tabaco resulta em menos 8 000 mortes por ano (Steptoe, 2019).

É ainda de notar que **os problemas de Saúde Pública têm elevados custos sociais**, que vão além da **sobrecarga direta dos Sistemas de Saúde** (e.g., mais consultas, internamentos, tratamentos). Incluem **custos indiretos nos Locais de Trabalho**, como o absentismo e o presentismo, a perda de produtividade, com impactos sérios na sustentabilidade das organizações. Acrescem ainda os **custos sociais** relacionados com a exclusão, maior número de pessoas em situação de vulnerabilidade, perda de qualidade de vida e enfraquecimento da coesão social (Masters et al., 2017).

Para atender de forma eficaz a estes problemas e monitorizar os respetivos custos sociais, **Portugal deveria dispor de um sistema de vigilância epidemiológica de qualidade, atualizado e abrangente.** Sem dados robustos e recentes, torna-se difícil identificar prevalências, compreender tendências e definir estratégias adequadas para intervir nos diferentes determinantes de Saúde e junto de grupos populacionais distintos. O caso da Saúde Mental é paradigmático: o último estudo epidemiológico nacional remonta a 2008-2009 (CNS, 2019), o que limita seriamente a capacidade de planeamento de políticas públicas nesta área.

No presente documento, apresentam-se os principais contributos da Ciência Psicológica para a Saúde Pública, descreve-se o papel que os/as Psicólogos/as podem ter neste âmbito e elencam-se algumas recomendações para uma prática profissional informada pela evidência.

# 1. Ciência Psicológica e Saúde Pública

## 1.1 Definição e Áreas de Intervenção no âmbito da Saúde Pública

A Saúde Pública pode ser definida como “**a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a Saúde através dos esforços organizados da sociedade**” (Acheson, 1988; Winslow, 1920). Ainda que esta definição remonte à segunda década do século XX, ela é, ainda hoje, amplamente aceita e utilizada (Schneider & Schneider, 2017).

Quando se diz que dado problema (e.g., gripe sazonal) é um problema de Saúde Pública, significa que este **é consequência não apenas de ações individuais, mas que também é influenciado por fatores sistêmicos**, por exemplo, ambientais (e.g., circulação do vírus em espaços fechados), socioeconômicos (e.g., dificuldade de algumas pessoas em faltarem ao trabalho quando estão doentes) e políticas públicas (e.g., cobertura e acessibilidade aos programas de vacinação). **A resolução de um problema de Saúde Pública, para que seja efetiva, implica um esforço coletivo e governamental** (Azari & Borisch, 2023).

Os problemas que são considerados **de Saúde Pública** têm-se alargado ao longo das últimas décadas, devido, sobretudo, a uma melhor compreensão dos diferentes **determinantes de Saúde** (i.e., fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais, ambientais e socioeconômicos) que condicionam, positiva ou negativamente, a Saúde e o bem-estar das pessoas e das respetivas populações. Atualmente, a violência doméstica, a sinistralidade rodoviária e, por exemplo, a solidão, também são considerados problemas de Saúde Pública – sendo que, todos eles, têm uma forte componente comportamental (APA, 2022).

Tendo em consideração esta perspetiva mais abrangente dos problemas que afetam as populações, na revisão mais atualizada do seu glossário, a **Organização Mundial de Saúde** (OMS) definiu **Saúde Pública** como:

*“Uma atividade organizada da sociedade para promover, proteger, melhorar e – quando necessário – restaurar a Saúde dos indivíduos, de grupos específicos ou de toda a população. É a combinação de diferentes áreas científicas, competências e valores que operam através de ações coletivas da sociedade, envolvendo programas, serviços e instituições orientados para*

*proteger e melhorar a Saúde de todas as pessoas”* (WHO, 2021, p. 27).

Neste sentido, as **áreas de intervenção em Saúde Pública** são diversas e extensas, incluindo, entre outras, a:

- **Vigilância epidemiológica.** Estudo e monitorização contínua do estado de Saúde das populações, identificando-se tendências, fatores de risco e grupos vulneráveis, incluindo-se também a produção de conhecimento que orienta decisões políticas e práticas de intervenção. Por exemplo, os sistemas e centros de vigilância epidemiológica permitem detetar precocemente surtos de doenças infecciosas e ativar respostas coordenadas.
- **Prevenção da doença, física e mental.** Desenvolvimento de estratégias que visam reduzir a incidência de problemas de Saúde, incluindo doenças transmissíveis (e.g., infeções respiratórias, VIH/SIDA, hepatite viral) e não transmissíveis, como o cancro, a obesidade, as doenças cardiovasculares e, entre outras, os problemas de Saúde Mental, como a depressão, as perturbações de ansiedade e a dependência de substâncias. Esta prevenção incide em fatores de risco (e.g., sedentarismo; consumo de substâncias; isolamento social) e fatores de proteção (e.g., suporte social; literacia em Saúde; estilos de vida saudáveis).
- **Promoção da Saúde e do bem-estar.** Implementação de ações educativas, comunitárias e intersectoriais que criam condições para estilos de vida saudáveis, relações mútuas positivas e seguras e que promovem o desenvolvimento e bem-estar ao longo da vida, incluindo na gravidez. Esta área estende-se aos contextos da família, da escola, do trabalho, das comunidades e dos serviços de Saúde – nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários (CSP).
- **Resposta a emergências.** Planeamento e implementação de respostas integradas em situações de crise, como pandemias, catástrofes naturais (e.g., incêndios; cheias) ou eventos potencialmente traumáticos para dada comunidade (e.g., guerra; terrorismo). A resposta à COVID-19, com equipas multidisciplinares, comunicação pública estruturada e medidas adaptadas a diferentes territórios e grupos populacionais, é um exemplo.
- **Prevenção e redução da violência.** Desenvolvimento de estratégias para prevenir diferentes formas de violência, seja esta física, psicológica ou sexual ou, ainda, doméstica, institucional ou, por exemplo, baseada no ódio. As ações educativas para a prevenção da

violência no namoro, os serviços integrados de apoio a vítimas ou programas de intervenção comunitária em contextos de violência urbana, são exemplos.

- **Adaptação às alterações climáticas e revitalização ambiental.** Planeamento de estratégias para proteger a Saúde face aos efeitos das alterações climáticas e outros eventos ambientais, como ondas de calor, poluição, escassez de água ou insegurança alimentar. Aqui inclui-se ainda a melhoria do espaço público, por exemplo, a criação de zonas verdes, hortas urbanas ou ciclovias integradas em bairros residenciais.
- **Mitigação de desigualdades estruturais.** Intervenção sobre fatores sociais e económicos que condicionam negativamente a Saúde, como viver em situação de pobreza, habitação precária, desemprego ou ser alvo de discriminação em função da raça, género, orientação sexual, deficiência ou estatuto migratório. Esta área inclui, ainda, as desigualdades no acesso a cuidados de Saúde e a formação de profissionais para práticas culturalmente sensíveis.

Por responder a problemas complexos, a intervenção em Saúde Pública recorre a **três níveis de atuação** – 1) universal (dirigida a toda a população); 2) seletiva (dirigida a um grupo com fatores de risco); 3) indicada (dirigida a um grupo com sinais iniciais de um problema, mas sem diagnóstico ainda) – e a **diferentes estratégias** (APA, 2022).

Entre as estratégias de intervenção incluem-se **rastreios e vigilância epidemiológica** (e.g., rastreio do cancro da mama; monitorização da incidência de depressão nos CSP ou de índices de isolamento social); **intervenções educativas e informativas** (e.g., campanhas de literacia em Saúde Mental; ações de sensibilização sobre alimentação saudável); **intervenções comportamentais** (e.g., comunicação estratégica orientada por princípios da Ciência Psicológica); **intervenções comunitárias e intersectoriais** (e.g., linhas de apoio e prevenção do suicídio; programas de parentalidade positiva; projetos de construção de cidades saudáveis); **planeamento e implementação de políticas públicas** (e.g., acesso gratuito a métodos contraceptivos; revitalização de espaços públicos, tornando-os mais verdes), as quais podem, inclusive, envolver **alterações legislativas** (e.g., proibição do consumo de tabaco em espaços públicos; tipificação da violência doméstica como crime público).

As intervenções em Saúde Pública implicam, geralmente, a **colaboração de diferentes**

**profissionais** (e.g., Psicólogos/as, Médicos/as, Enfermeiros/as, Assistentes sociais; Inspetores/as de segurança alimentar; decisores/as políticos; Cientistas de dados; Profissionais das forças de segurança), o envolvimento de **parceiros institucionais e comunitários** (e.g., comunicação social, escolas, autarquias, organizações não-governamentais, empresas), e beneficiam também do **envolvimento da sociedade civil**.

## 1.2. Contributos da Ciência Psicológica

**A Saúde da população depende dos comportamentos das pessoas que dela fazem parte.** Em diferentes problemas de Saúde Pública, sejam estes a solidão, a transmissão e contração de doenças (e.g., HIV; gripe) ou o desenvolvimento de doenças não transmissíveis (e.g., cancro), é possível identificar comportamentos individuais que **funcionam como fatores de risco** (e.g., evitamento social; relações sexuais desprotegidas; tabagismo; sedentarismo) **ou como fatores de proteção** (e.g., contacto com pares; adesão a vacinação; atividade física) (Peters et al., 2019).

Além dos comportamentos individuais, também os **comportamentos sociais e coletivos desempenham um papel determinante na Saúde Pública**. Por exemplo, as atitudes e os comportamentos discriminatórios no acesso a serviços de Saúde (Dammeyer & Chapman, 2018) podem criar barreiras que reduzem a equidade e perpetuam desigualdades. A ausência de intervenção de terceiros (*bystanding*) em situações de violência doméstica (Wolf et al., 2014) parece contribuir para a perpetuação deste problema.

**O comportamento de uma pessoa também modela o comportamento de outras pessoas, por mecanismos de aprendizagem vicariante** (Bandura, 1998; Egele et al., 2025). Esta aprendizagem por observação resulta na (re) produção e manutenção de normas sociais (i.e., do que é esperado, aceitável ou desejável num determinado grupo, contexto ou momento de vida) que guiam os comportamentos das comunidades e populações.

Deste modo, um dos principais contributos da Ciência Psicológica para a Saúde Pública consiste numa melhor **compreensão de como as pessoas tomam decisões e porque têm comportamentos que podem promover e salvaguardar a sua Saúde e bem-estar e das pessoas que as rodeiam** ou, em sentido contrário, têm comportamentos de risco, negligenciam recomendações ou resistem à mudança (Michie et al., 2008).

## Determinantes Psicológicos da Saúde Pública

Para melhor compreender a forma como as pessoas adotam (ou não) certos comportamentos de Saúde, é necessário identificar os **determinantes psicológicos** que os ajudam a explicar. Através de uma revisão compreensiva destes determinantes do comportamento, Hagger (2025) diferencia 5 categorias de determinantes individuais:

### 1) Baseados em crenças

Estes determinantes incluem processos racionais, mais ou menos deliberados, de tomada de decisão e que guiam o comportamento.

Neste sentido, um comportamento é guiado pela **avaliação a priori das consequências** (i.e., a pessoa avalia o que vai ganhar ou perder por ter esse comportamento), por **crenças de capacidade e percepção de controlo** (i.e., a pessoa acredita ser ou não capaz de ter esse comportamento, tendo controlo sobre as suas decisões), por **crenças normativas** (i.e., a pessoa acredita que o seu comportamento corresponde ao que é suposto, podendo ser influenciada por pessoas significativas) e/ou pela **percepção de risco** (i.e., a pessoa avalia a sua vulnerabilidade a uma consequência negativa caso tenha, ou não, esse comportamento).

A **disposição para a ação** é um moderador entre os processos descritos e o comportamento. Ou seja, um comportamento geralmente só ocorre quando existe motivação e intenção. Por exemplo, uma pessoa pode acreditar que, por fumar um maço de tabaco por dia, está em risco de desenvolver cancro do pulmão, mas se não tiver motivação para mudar ou a intenção de deixar de fumar, dificilmente alterará o seu comportamento.

Ainda, **a força com que as crenças determinam o comportamento varia consoante o tipo de comportamento**. As crenças normativas parecem ter maior influência em comportamentos de risco realizados em contextos sociais, como fumar ou consumir álcool; enquanto as crenças de capacidade e a percepção de controlo parecem ser mais determinantes em comportamentos individuais, como contactar um/a amigo/a, praticar atividade física, aderir a prescrições médicas ou manter uma alimentação saudável (Rich et al., 2015).

### 2) Associados à capacidade de autorregulação

Estes determinantes dizem respeito à capacidade de *efetivamente* realizar determinado

comportamento. Por exemplo, há pessoas que, ainda que tenham a intenção de deixar de fumar, não o chegam a fazer, ou seja, nunca passam da intenção.

Neste sentido, realizar um comportamento implica ter **competências de planeamento** para o realizar. Tal determinante reflete-se na capacidade de uma pessoa *saber o que fazer e como o fazer* (i.e., “*se fizer x, então acontece y*”), planeando as suas ações. Recorrendo ao exemplo da pessoa fumadora, esta poderá planejar que, se sentir vontade de fumar após uma refeição, então irá mascar uma pastilha, sair para uma pequena caminhada ou aceitar o desejo de fumar sem necessariamente lhe responder. Este planeamento inclui saber o que fazer perante eventuais obstáculos (e.g., vontade de fumar) e recaídas.

A realização do comportamento é também determinada pela **capacidade para controlar as ações**, ou seja, pela capacidade de a pessoa estabelecer objetivos (e.g., reduzir o número de cigarros progressivamente), motivar-se (e.g., celebrar conquistas semanais), regular as suas emoções (e.g., recorrer a outras estratégias de *coping* para lidar com o stresse) e, se necessário, modificar a sua situação (e.g., fumar apenas em situações sociais; evitar certos contextos inicialmente) de forma a manter os resultados desejados. Para manter um comportamento, e transformá-lo num hábito, é necessário exercer consistentemente estas capacidades ao longo do tempo, até que o comportamento se automatize (Rhodes & de Bruijn, 2013).

### 3) Associados a processos inconscientes

Estes determinantes referem-se a processos automáticos que antecedem comportamentos, mas que não resultam de qualquer raciocínio deliberado.

Entre estes determinantes encontram-se os **hábitos**, definidos como comportamentos automáticos (pistas – ação), que se desenvolveram por associação devido a uma repetição regular desse comportamento em condições estáveis. Por exemplo, fumar *sempre* depois do café do almoço ou lavar as mãos automaticamente ao chegar a casa. Caso as condições estáveis se quebrem (e.g., mudar de casa ou alterar a rotina matinal), a associação pode desvanecer-se, diminuindo a probabilidade de o comportamento ocorrer.

Os hábitos têm maior influência sobre os comportamentos de Saúde quando estes são simples e realizados de forma repetida em condições estáveis, enquanto os comportamentos mais complexos permanecem mais dependentes da intenção consciente (Hagger et al., 2023).

Muitos dos comportamentos das pessoas são automáticos e não mediados por intenção (e.g., verificar o telemóvel constantemente; fumar nas pausas do trabalho), sendo determinados por **crenças implícitas**. Estas crenças refletem e reforçam conceções e atitudes sobre si (e.g., “sou uma pessoa ansiosa”; “não sou interessante para os outros”) e sobre o comportamento em questão (e.g., “um cigarro ajuda-me a gerir a ansiedade”; “ficar sozinho/a é a única opção”), fazendo com que o comportamento persista e ocorra sem qualquer esforço consciente. As crenças implícitas também suportam hábitos, assim como são mais fortes quando existe uma atitude implícita positiva associada ao comportamento.

#### 4) Associados a percepções afetivas

As emoções (e.g., alegria) e sentimentos (e.g., prazer; orgulho) esperadas quando a pessoa realiza determinado comportamento também funcionam como determinantes. Ou, em sentido contrário, fugir a determinados estados emocionais (e.g., tristeza; culpa; vergonha) por realizar dado comportamento.

Estes determinantes incluem **juízos afetivos** (i.e., a pessoa antecipa o que vai sentir ao comportar-se de determinada forma) e a resposta a **desejos e vontades** (i.e., a pessoa procura responder a necessidades, de forma a regular-se emocionalmente). Exemplos são comer chocolate ou consumir álcool para obter prazer ou relaxamento, responder ao *craving* (i.e., desejo intenso ou impulso imediato) de fumar para reduzir ansiedade ou tensão, ou ainda realizar atividade física ou doar sangue para sentir bem-estar e orgulho pessoal.

As percepções afetivas são particularmente influentes em comportamentos impulsivos ou orientados para a recompensa imediata, enquanto comportamentos mais deliberados ou complexos (e.g., prática regular de atividade física, adesão a planos alimentares) dependem mais de crenças cognitivas e das intenções.

#### 5) Associados a características disposicionais

Outros determinantes dos comportamentos são mais estáveis ao longo do tempo, sendo menos propensos a mudarem com nova informação ou experiências – contrariamente ao que acontece com crenças e competências.

Neste sentido, a **personalidade e respetivos traços**, como o otimismo, a extroversão, a conscienciosidade ou o autocontrolo, também determinam a probabilidade de dado comportamento ocorrer. Por exemplo, pessoas com elevada conscienciosidade tendem a planear com

maior rigor comportamentos, pessoas extrovertidas podem envolver-se mais facilmente em atividades físicas ou sociais, e pessoas com maior autocontrolo tendem a evitar comportamentos de risco, como o consumo excessivo de álcool.

Ainda que estáveis, os traços disposicionais parecem funcionar como determinantes mais distais, influenciando o comportamento sobretudo pela mediação dos determinantes baseados em crenças (e.g., expectativas sobre resultados, perceção de controlo e de risco) que, por sua vez, afetam a motivação e a formação de intenções e o comportamento (Bogg et al., 2023).

Estes determinantes são também mais difíceis de modificar e requerem intervenções mais longas, pelo que o valor destes determinantes reside em permitirem identificar grupos populacionais para os quais intervenções específicas podem ser mais eficazes.

## Ciência da Implementação

Compreender os determinantes do comportamento é apenas o primeiro passo. Para que esse conhecimento se traduza em mudanças reais e sustentáveis na Saúde Pública, é necessário desenhar intervenções fundamentadas e garantir a sua adoção eficaz nos contextos aplicados — aqui entra a **Ciência da Implementação**.

A **Ciência da implementação** dedica-se a estudar os métodos, determinantes e estratégias que facilitam a adoção, execução e sustentabilidade de intervenções e políticas públicas baseadas na evidência, garantindo que funcionam de forma eficaz e consistente em contextos reais. O percurso da investigação até à prática pode ser conceptualizado em quatro etapas (Lobb & Colditz, 2013):

- **Etapa 1. Transferir** os resultados da investigação fundamental (i.e., estudos que procuram compreender os mecanismos psicológicos e sociais subjacentes ao comportamento) em potenciais aplicações práticas (e.g., nos contextos de Saúde, comunitários), através de estudos de eficácia. Os estudos de eficácia são realizados em circunstâncias controladas, testando as intervenções desenhadas a partir da investigação fundamental.
- **Etapa 2. Avaliar a efetividade** das intervenções, diz respeito à realização de estudos de efetividade e sínteses de evidência, para determinar o valor de uma intervenção na população alargada, produzindo recomendações para a sua utilização.

- **Etapa 3. Identificar e testar as estratégias de implementação** que permitam que intervenções eficazes e recomendadas se transformem em prática corrente, garantindo a sua adoção nos contextos de Saúde Pública.
- **Etapa 4. Avaliar a utilização e impacto das intervenções baseadas em evidência em contextos reais**, em colaboração com organizações, decisores/as e cidadãos/ãs, identificando fatores que sustentam ou dificultam a sua implementação e integração.

Para desenhar **programas bem-sucedidos** de implementação é necessário cumprir **condições específicas**, tais como (Michie, 2014):

- **Analisar sistematicamente os comportamentos-alvo no seu contexto**, como ponto de partida para o desenho da intervenção.
- **Selecionar as intervenções mais adequadas a cada contexto**, guiadas pela evidência e pela teoria científicas.
- **Especificar detalhadamente as intervenções** (protocolos, manuais, relatórios) de forma a permitir a replicação e a síntese de evidências.
- **Fundamentar o desenho e a avaliação em teoria** e explicar porque é que a eficácia varia entre comportamentos, populações e contextos.

Um dos melhores exemplos de como a Ciência da Implementação pode gerar ferramentas práticas é o trabalho de Michie e colaboradores (2011) que, ao analisar criticamente a diversidade de teorias existentes e as dificuldades em ligá-las de forma coerente à prática, **desenvolveram o modelo COM-B**. Este modelo tornou-se um marco precisamente por nascer de um processo de implementação de ciência bem-sucedido, transformando a teoria numa estrutura operacional para desenhar e avaliar intervenções de mudança comportamental em Saúde Pública.

Por outro lado, **reconhecendo a evolução da economia comportamental**, a Ciência da Implementação também contribuiu para o desenvolvimento de intervenções mais pragmáticas como as **intervenções na arquitetura de escolha/nudge** (i.e., pequenas alterações no modo como as escolhas são apresentadas às pessoas, que tornam mais fácil optar por comportamentos saudáveis, sem retirar liberdade de escolha). Estas estratégias têm um custo reduzido, são escaláveis e ajustadas às limitações cognitivas e emocionais das pessoas (Hallsworth et al., 2023; Hodson et al., 2024).

## Modelos de mudança comportamental

Ao longo das últimas décadas, vários modelos procuraram explicar os determinantes e processos que sustentam a mudança comportamental (e.g., Bandura, 1998; Prochaska & Velicer, 1997). Recentemente, ganharam destaque os **modelos integrativos** – que sintetizam múltiplas teorias num conjunto de domínios para apoiar o desenho de intervenções - sendo exemplos disso o **Intervention Mapping** (Bartholomew et al., 2011) e o **Theoretical Domains Framework** (Cane et al., 2012).

Porém, o **modelo COM-B é o modelo mais amplamente utilizado** não só por integrar a maioria dos modelos anteriores, mas também por ser aquele que reúne mais evidências. Segundo este modelo, a mudança comportamental resulta da interação entre três componentes: Capacidade (*Capability*), Oportunidade (*Opportunity*) e Motivação (*Motivation*) (Michie et al., 2011; Michie et al., 2014):

- **Capacidade.** Refere-se ao conhecimento, às competências e aos recursos psicológicos e físicos necessários para executar um comportamento. Pode incluir as capacidades psicológicas (e.g., atenção, memória, competências cognitivas, literacia) e físicas. Por exemplo, programas de treino ou formação podem aumentar a perceção de capacidade de uma pessoa para adotar determinado comportamento.
- **Oportunidade.** Diz respeito a fatores externos que tornam possível ou facilitam um comportamento, tanto a nível físico (recursos, contexto), como social (normas culturais, interações, políticas institucionais). Por exemplo, criar condições no ambiente de trabalho ou na comunidade pode favorecer a adoção de padrões alimentares saudáveis.
- **Motivação.** Engloba processos reflexivos (planos, intenções, tomadas de decisão conscientes) e automáticos (emoções, impulsos, hábitos) que energizam e orientam a ação.

Estes três elementos interagem de forma dinâmica, significando que mudanças em qualquer um deles podem gerar alterações nos outros. Por exemplo, aumentar a capacidade através de treino pode elevar a motivação, ou criar oportunidades no ambiente pode facilitar o desenvolvimento de novos hábitos. Além disso, **o comportamento não é apenas um resultado, mas também uma fonte de retroalimentação**: uma vez realizado, pode fortalecer capacidades, moldar oportunidades ou

alterar a motivação (Michie et al., 2011; 2014). O recurso a modelos de mudança comportamental, como os referidos anteriormente, permite aos/ às profissionais e entidades de Saúde Pública (inclusivamente a decisores/as políticos), desenhar e implementar **intervenções promotoras de comportamentos pró-Saúde, que previnam comportamentos de risco e fortaleçam a coesão social**. Estas intervenções não se limitam à promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da Saúde, mas abrangem também comportamentos de responsabilidade coletiva e solidariedade social, como intervir adequadamente em situações de violência, denunciar riscos, doar sangue, apoiar pessoas isoladas ou colaborar com recomendações em situações de emergência e catástrofe. Assim, potenciam o bem-estar individual e coletivo, bem como a sustentabilidade dos Sistemas de Saúde (Curtis et al., 2018; Ruggeri et al., 2023).

Neste sentido, **as intervenções de mudança comportamental visam** (Abraham et al., 2009; Michie et al., 2011):

- **Promover o conhecimento e a perceção de risco** (i.e., ajudar as pessoas a desenvolver uma compreensão realista e fundamentada sobre os efeitos que os seus comportamentos têm na Saúde individual e coletiva).
- **Aumentar a relevância pessoal dos comportamentos de Saúde ou de interesse público** (i.e., tornar explícito o impacto concreto que certos comportamentos podem ter no dia a dia e no futuro de cada pessoa, aumentando o seu significado pessoal).
- **Potenciar atitudes positivas face à mudança** (i.e., associar os comportamentos pró-Saúde ou de responsabilidade grupal/coletiva a emoções agradáveis e desejáveis, como orgulho, bem-estar ou tranquilidade).
- **Promover normas sociais saudáveis e de coesão social** (i.e., aumentar a visibilidade de comportamentos pró-Saúde, de apoio comunitário ou de prevenção coletiva em grupos de referência, reforçando a perceção de que são comuns e valorizados por pessoas semelhantes a si ou com as quais se identificam).
- **Reforçar normas subjetivas e o apoio social** (i.e., potenciar a valorização e o incentivo de comportamentos saudáveis e de entretajuda por parte de pessoas significativas, mostrando que esses comportamentos são aprovados e apoiados pela rede social próxima).
- **Reforçar normas morais** (i.e., promover o alinhamento de comportamentos pró-Saúde e/

ou de comportamentos de solidariedade com os valores e princípios pessoais, despertando um sentido de responsabilidade individual e ética, em prol do coletivo).

- **Desenvolver a autoeficácia** (i.e., reforçar a crença das pessoas na sua capacidade de mudar, oferecendo estratégias, recursos e experiências de sucesso progressivas; assim como terem a capacidade de influenciar outras pessoas à sua volta).
- **Apoiar a definição de metas e planos concretos** (i.e., ajudar as pessoas a estabelecer objetivos realistas e detalhados ao longo do tempo, antecipando obstáculos, identificando estratégias de *coping* e dando *feedback* regular).
- **Estabelecer compromissos comportamentais** (e.g., convidar as pessoas a assumir compromissos públicos ou partilhados com outras pessoas significativas sobre as mudanças que querem implementar, aumentando a responsabilização).
- **Valorizar o papel das relações sociais** (e.g., ajudar as pessoas a reconhecer de que forma os contextos e relações sociais influenciam os comportamentos, promovendo redes que apoiem a mudança).
- **Preparar para recaídas e momentos difíceis** (i.e., desenvolver competências para lidar com situações desafiantes, conflitos entre objetivos ou retrocessos, prevenindo o abandono da mudança iniciada).

Ainda, além de uma perspetiva que atribui maior preponderância a determinantes individuais, a mudança de comportamento das pessoas e populações também pode ser compreendida a partir de uma **perspetiva socioecológica** (Bronfenbrenner, 1977).

De acordo com esta perspetiva, **os comportamentos resultam da interação entre múltiplos níveis de influência** — desde o nível individual e psicológico (e.g., características, crenças, perceções, intenções, competências), ao nível familiar, social e comunitário (e.g., estrutura e dinâmicas familiar, grupos de pares, características do bairro, condições habitacionais, Serviços de Saúde e de Educação, transportes; comunicação social), até ao nível estrutural (e.g., normas sociais; leis e regulamentos dos contextos).

Diferentes determinantes de ordem contextual e social, incluindo-se aqui os **determinantes sociodemográficos** (e.g., idade, sexo, orientação sexual), **socioeconómicos** (e.g., rendimentos, nível de escolaridade), assim como o próprio

**espaço/ambiente** em que as pessoas vivem (e.g., acesso a serviços de Saúde, transportes públicos, espaços verdes ou de convívio), **funcionam como oportunidades ou barreiras para determinado comportamento ocorrer**. Por exemplo, viver em bairros com espaços verdes, transportes acessíveis e oportunidades de convívio pode facilitar a prática de atividade física e a manutenção de laços sociais, enquanto viver em contextos marcados por pobreza, discriminação ou insegurança pode limitar o acesso a serviços de Saúde e fragilizar a coesão social, aumentando comportamentos como o isolamento ou desconfiança nas pessoas da própria comunidade ou de comunidades distintas (Hagger, 2025).

A perspetiva socioecológica contribui, assim, para explicar desigualdades sociais e em Saúde, bem como diferenças na participação cívica e na colaboração com medidas de interesse público, sinalizando a necessidade de **estratégias integradas que combinem intervenções individuais, comunitárias e políticas em Saúde Pública**.

Tal como salientam Albarracín e colaboradores (2024), **a evidência mostra que as intervenções mais eficazes em Saúde Pública são aquelas que combinam múltiplas técnicas e atuam em diferentes níveis de ação** — individual, interpessoal, comunitário e estrutural. As estratégias integradas permitem reforçar mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais, enquanto criam condições sociais e ambientais que sustentam essas mudanças.

## Intervenções na arquitetura de escolha/Nudges

As **intervenções na arquitetura de escolha**, mais conhecidas como **nudges**, assentam na ideia de que pequenas alterações no modo como as escolhas são apresentadas podem influenciar fortemente o comportamento das pessoas, sem recorrer a proibições ou imposições. Defende-se que estas pequenas e subtis alterações são preferíveis a outras formas mais explícitas de influenciar o comportamento humano, tais como apoio, persuasão, incentivos ou coerção (Hertwig et al., 2025; Szazi et al., 2025).

Existem dois grandes tipos de **nudges** (Hertwig et al., 2025):

- **Arquitetónicos**. O **nudge** arquitetónico foca-se na arquitetura de escolha (i.e., a forma como as escolhas são apresentadas às pessoas). Por exemplo, colocando alimentos saudáveis em

locais mais visíveis ou definindo a participação em programas de vacinação como opção automática (aderir por defeito em vez de aderir por escolha).

- **Educativos**. O **nudge** educativo foca-se no recurso a lembretes, avisos ou normas sociais para orientar o comportamento. Por exemplo, num hotel informar que “75% dos hóspedes reutiliza as toalhas”, para incentivar práticas pró-ambientais.

**Estas intervenções são muitas vezes custo-eficazes**. Mesmo quando se obtêm pequenas mudanças, ao serem aplicadas em larga-escala, geram um impacto significativo a baixo custo. Além disso, em vez de envolverem medidas intrusivas, como regulação ou proibição, recorrem a estratégias comportamentais para influenciar certos comportamentos. Por exemplo, em vez de se modificarem os preços da eletricidade, podem fazer-se alterações nas faturas da eletricidade, comunicando normas sociais (e.g., a maioria dos vizinhos/as reduziu o consumo), o que pode gerar diminuições significativas no consumo energético (Hertwig et al., 2025).

O modelo **EAST (Easy, Attractive, Social, Timely)** é um dos mais utilizados para a implementação de **nudges**. A lógica deste modelo é a de que, para encorajar um comportamento, este deve ser tornado **fácil, atrativo, social e oportuno** (Behavioral Insights Team, 2014; 2024):

- **Easy (Fácil)**. Os comportamentos desejados devem ser fáceis de compreender e de realizar, reduzindo tanto o esforço cognitivo (perceber o que é preciso fazer) como o esforço prático (executar a ação). Por exemplo, tornar automática a inscrição num programa de poupança aumenta drasticamente a adesão.
- **Attractive (Atrativo)**. As pessoas tendem a agir quando algo chama a sua atenção e é percebido como apelativo. Isto pode ser feito através de mensagens personalizadas ou de recompensas imediatas. Por exemplo, quando nas cartas enviadas a pessoas que não pagavam o imposto automóvel incluíram a fotografia do veículo em falta, as taxas de pagamento subiam.
- **Social**. O comportamento humano é fortemente moldado por influências sociais. As intervenções podem mostrar que “a maioria das pessoas já faz o comportamento desejado”, ou estimular sentimentos de reciprocidade. Por exemplo, reforçar a ideia de que a maioria dos pais apoia o gozo da licença parental (ao contrário da ideia preconcebida), aumenta a probabilidade de os pais gerirem de forma mais flexível a vida

familiar e laboral.

- **Timely (Oportuno).** O momento em que o incentivo ocorre é determinante. As pessoas estão mais recetivas a mudar em fases de transição de vida (e.g., mudar de casa, ter um filho/a) ou quando custos e benefícios imediatos são claros. Por exemplo, no momento de comprar um eletrodoméstico, tornar mais saliente o valor total da poupança que o comprador/a alcançaria ao longo da vida, leva a pessoa a comprar aparelhos mais eficientes.

**Os princípios do modelo EAST devem ser implementados num processo mais amplo, composto por quatro passos (BIT, 2014):**

- **Passo 1: Definir o resultado desejado.** O primeiro passo consiste em clarificar o resultado desejado, idealmente expresso como uma mudança comportamental mensurável. Definir desde o início qual a melhoria esperada, em que prazo e com que métricas, é crucial para guiar o desenho da intervenção.
- **Passo 2: Compreender o contexto.** Antes de propor soluções é necessário compreender o sistema em que o comportamento ocorre, tanto da perspetiva de quem utiliza como de quem fornece os serviços. Esta etapa pode envolver observação direta, trabalho de campo ou metodologias de *design thinking* (i.e., conhecer o contexto antes de implementar uma solução), permitindo identificar barreiras, oportunidades e *insights*, recolhendo informações de prestadores/as do serviço e de clientes. Este passo também é importante porque permite aferir a forma como a intervenção proposta pode ou não sobrecarregar as pessoas que prestam o serviço.
- **Passo 3: Desenhar a intervenção.** Só depois de definidos os resultados e compreendido o contexto é que os princípios EAST devem ser aplicados para estruturar ou avaliar soluções. Nesta fase, os conceitos de “tornar fácil, atrativo, social e oportuno” podem ser usados quer para gerar ideias, quer como lista de verificação para afinar políticas já existentes.
- **Passo 4: Testar, aprender e adaptar.** As intervenções são testadas de forma rigorosa, preferencialmente através de *randomized controlled trials* (RCTs), comparando grupos de intervenção com grupos de controlo. Esta abordagem permite medir o impacto real, estimar custo-efetividade e ajustar a intervenção antes da sua expansão.

**Apesar da sua utilidade, os nudges enfrentam críticas importantes.** Tendem a enquadrar problemas de Saúde Pública como falhas no

processo de tomada de decisão individual. Desvalorizam a capacidade das pessoas para agirem de forma coletiva. Podem afastar a atenção de outras intervenções psicológicas eficazes, como campanhas de promoção da literacia em Saúde. Também do ponto de vista científico são apontadas limitações como resultados pouco generalizáveis e sobrevalorização do tamanho dos efeitos das intervenções (Hertwig et al., 2025; Szazi et al., 2025).

### 1.3. Evidências de Efetividade e Custo-Benefício das Intervenções em Saúde Pública

As intervenções em Saúde Pública, que visam a mudança comportamental, podem ser variadas, desde o **nível universal e de legislação nacional**, por exemplo, planos nacionais de vacinação recomendada, planos nacionais de prevenção do suicídio, obrigação de rotulagem nutricional nos produtos alimentares ou proibição de fumar em espaços públicos fechados; até ao **nível indicado e de implementação local**, por exemplo, intervenções nos CSP dirigidas a comunidades específicas.

**É possível que, para o mesmo problema de Saúde Pública, se adotem diferentes estratégias complementares de forma a garantir maior efetividade.** Se considerarmos, por exemplo, a resposta em situações de crise, como aconteceu durante a pandemia de COVID-19, diferentes intervenções (e.g., confinamentos; acesso universal à vacinação) foram efetivas na contenção do número de casos, mortes e internamentos (Izadi et al., 2021). No que respeita à mudança comportamental, a **utilização de modelos do comportamento** (e.g., líderes comunitários/as, profissionais de Saúde ou figuras públicas confiáveis), a **promoção de normas sociais positivas** (e.g., salientar que a maioria do grupo a que se pertence adere ao uso de máscara), assim como o **apelo ao consenso social e/ou ao acordo partidário**, parecem ter promovido comportamentos de proteção da Saúde Pública (West et al., 2020; Ruggeri et al., 2024).

Mesmo fora de situações de crise, a **utilização de nudges** parece aumentar a adesão à vacinação. Num estudo com mais de 680 mil participantes, o envio de mensagens repetidas, em diferentes dias, informando que “*a vacina está à sua espera*”,  **aumentou a taxa de vacinação em farmácias**. Este tipo de mensagem parece funcionar porque reforça a perceção de que a vacina já pertence à pessoa, transmite uma recomendação implícita e reduz barreiras percebidas, ao subentender que

o processo será rápido e simples (Milkman et al., 2022).

**Numa avaliação da custo-eficácia dos *nudges***, Benartzi e colaboradores (2017) compararam o custo-benefício dos *nudges* com medidas políticas em quatro diferentes áreas (poupança para a reforma, poupança energética, vacinação e acesso ao ensino superior). **Em todas as quatro áreas, os *nudges* foram mais custo-eficazes do que as medidas políticas.** Por exemplo, na vacinação, os *nudges* aumentaram o número de pessoas vacinadas, cerca de mais 13 pessoas por cada 100€ investidos. Por comparação, os incentivos financeiros resultaram em apenas um aumento de 2 pessoas por cada 100€ investidos. Na poupança energética, os *nudges* levaram a reduções médias de 2% no consumo energético, contrastando com campanhas educativas que tendem a ter efeitos residuais ou nulos sobre o consumo real, apesar de exigirem investimentos mais avultados em campanhas de promoção de literacia (Benartzi et al., 2017).

**As intervenções que alteram os contextos onde as pessoas vivem parecem efetivas na prevenção de doenças não transmissíveis e na promoção da Saúde.** De acordo com uma revisão de revisões sistemáticas (McGowan et al., 2021), diferentes intervenções baseadas nos locais de vida (*place-based interventions*), nomeadamente a melhoria das condições habitacionais (e.g., isolamento térmico), a criação ou requalificação de espaços públicos (e.g., parques verdes, ciclovias, zonas pedonais, ginásios ao ar livre), e o acesso facilitado a supermercados e a transportes públicos, parecem aumentar comportamentos pró-Saúde, sobretudo a atividade física, com impactos positivos nos indicadores de Saúde da comunidade.

Quando estas intervenções **atendem às especificidades dos bairros e comunidades**, através, por exemplo, do envolvimento da sociedade civil, parecem reduzir desigualdades no acesso a serviços (e.g., CSP) e a estruturas (e.g., equipamentos desportivos) que potenciam comportamentos pró-Saúde e as interações sociais positivas.

**Ao nível dos serviços de Saúde e da promoção de estilos de vida saudáveis junto de pessoas com doença crónica (ou em risco)**, uma revisão de revisões sistemáticas e de meta-análises (Nadal et al., 2024) indica que **as técnicas de mudança comportamental mais efetivas são o planeamento de objetivos, a monitorização com feedback, o suporte social e a promoção de Literacia** sobre a doença. Estas intervenções, realizadas por profissionais de Saúde nos CSP, parecem efetivas na adesão a tratamentos, na cessação tabágica e na mudança combinada de

atividade física e dieta saudável.

No Reino Unido, de acordo com a análise do *National Institute for Health and Care* (NICE) das intervenções de Saúde Pública implementadas entre 2011 e 2016 de prevenção da doença e promoção da Saúde, **cerca de 2 em cada 3 intervenções são custo-efetivas** (Owen et al., 2018; 2012).

No entanto, os valores de custo-efetividade variam em função de diferentes intervenções para o mesmo problema de Saúde Pública, assim como em função dos diferentes problemas. Entre as intervenções efetivas analisadas incluem-se: os **rastreios gratuitos e acessíveis de infeções transmissíveis e com referência por pares**, por exemplo, para diagnóstico e intervenção precoce em casos de Hepatite C e VIH/SIDA; a prevenção de doenças não transmissíveis através de **intervenções de cessação tabágica** (e.g., intervenção comportamental intensiva nos CSP; incentivos condicionais para cessação durante a gravidez), **de promoção da atividade física** (e.g., recomendação médica nos CSP; estruturação de rotinas e esquemas de exercícios; revitalização de zonas pedonais e de exercício físico) e **redução da exposição prolongada à luz solar** (e.g., promoção da Literacia junto de populações segmentadas; construção de sombras em contextos escolares e de lazer).

Através da análise do NICE, destacam-se ainda intervenções de **prevenção de acidentes rodoviários** (e.g., diminuição dos limites de velocidade máxima em zonas de risco), assim como de **promoção do bem-estar e desenvolvimento socioemocional nos primeiros anos de vida** (e.g., visitas domiciliárias semanais; programas *Sure Start*) junto de famílias que vivem em meios socioeconómicos mais desfavorecidos (Owen et al., 2018).

De acordo com outra revisão sistemática (Masters et al., 2017), **as intervenções de Saúde Pública que visam a proteção da Saúde parecem ser as que garantem maior custo-benefício** (e.g., programas de vacinação recomendada; rastreio e intervenção precoce de doenças). No entanto, **são as alterações legislativas, implementadas ao nível nacional, as que permitem maior retorno** (e.g., aumento das taxas sobre alimentos processados; menos benefícios fiscais à publicidade de alimentos pouco saudáveis para crianças; diminuição dos limites de velocidade rodoviária), uma vez que o investimento é menor.

Em termos económicos, o investimento em intervenções de Saúde Pública implementadas a **nível local** parece alcançar um **retorno**

**aproximado de 4€ por cada 1€ investido.** Quando a intervenção é implementada a **nível nacional**, o **retorno sobre o investimento passa a ser muito superior: 10€ por cada 1€ investido** (Masters et al., 2017).

**As intervenções nos primeiros anos de vida das crianças, em particular dirigidas às famílias e ao reforço das competências parentais, têm demonstrado benefícios significativos a vários níveis.** A evidência mostra que os ganhos destas intervenções não se limitam ao imediato: quando não tratados, problemas como comportamentos de risco, maus-tratos, dificuldades emocionais ou obesidade acarretam custos elevados para as crianças, as famílias e a sociedade, que se traduzem em maior utilização dos serviços de saúde, dificuldades socioeconómicas e até envolvimento em contextos de criminalidade ao longo da vida. Pelo contrário, quando se investe em intervenções parentais precoces reduzem-se os comportamentos de risco, previnem-se problemas de Saúde Mental e promove-se um desenvolvimento mais saudável e sustentável (Sampaio et al., 2024).

A análise das políticas públicas que promovem programas de promoção de competências parentais têm provado que além de serem largamente benéficos, **tendem a ser custo-eficazes.** Na Austrália, programas dirigidos a crianças em idade pré-escolar para a prevenção da ansiedade geram aproximadamente ganhos substanciais em Saúde a um custo altamente aceitável (Mihalopoulos et al., 2015). Na Suécia, os programas de competências parentais geram retornos positivos de aproximadamente 6-16€ por cada 1€ investido (Nystrand et al., 2020). Nos EUA, um programa de prevenção de maus-tratos infantis junto de famílias em situação de vulnerabilidade socioeconómica, com visitas domiciliárias, garantiam um retorno de aproximadamente 7€ por cada 1€ investido (Peterson et al., 2018). Ou, ainda, programas como o *Triple P* e o *Incredible Years* são altamente custo-eficazes na promoção de anos de vida saudáveis (por oposição a anos de vida perdidos por morte ou incapacidade, i.e., *Disability-Adjusted Life Years*) (Sampaio et al., 2024).

**A solidão é um alvo prioritário para a promoção da Saúde Pública.** Não só por se reconhecer o seu impacto, cada vez maior, na Saúde (Física e Mental), mas por ser cada vez mais evidente o seu custo económico: de acordo com a revisão de literatura de Engel e colaboradores (2025) o encargo financeiro anual pode ir dos 2€ mil milhões aos 25€ mil milhões, especialmente devido aos gastos em Saúde e perda de produtividade. As intervenções para combater a solidão (entre elas, prescrição social, grupos de apoio) revelaram uma

custo-eficácia notável: dependendo do estudo em análise, o retorno podia ser cerca de 2-14€ por cada 1€ investido (Engel et al., 2025).

**O desinvestimento na proteção e promoção da Saúde – comum em políticas económicas de contenção orçamental – parece aumentar a despesa pública a longo prazo.** Sobretudo devido aos custos adicionais em serviços e cuidados de Saúde, mas também devido a maiores perdas económicas associadas à diminuição da produtividade, ao aumento do absentismo laboral e ao agravamento das desigualdades sociais. Cortes ao financiamento de políticas de Saúde Pública podem **gerar uma falsa poupança no curto-prazo e custos acrescidos por problemas evitáveis a longo-prazo.** Um exemplo disto vem do Reino Unido, onde estimativas de que **cortes de 200€ milhões no financiamento da Saúde Pública representam um custo oito vezes superior, de 1,6€ mil milhões, para o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido** (Masters et al., 2017).

## 2. O Papel dos Psicólogos e Psicólogas em Saúde Pública

Considerando que são distintos os determinantes dos comportamentos que promovem a Saúde, o bem-estar e a coesão das populações, também são diversos os profissionais que colaboram e contribuem para a gestão da Saúde Pública. A propósito das funções e atividades dos/as Psicólogos/as, a OPP elaborou o documento [Perfil dos Psicólogos em Saúde Pública](#).

Em seguida apresentam-se alguns **contributos dos Psicólogos e Psicólogas** em Saúde Pública, em diferentes âmbitos de atuação:

### *Vigilância epidemiológica*

**Definição de indicadores de Saúde Mental.** Os/as Psicólogos/as podem contribuir para a definição de indicadores de Saúde Mental, permitindo monitorizar a prevalência, incidência, determinantes e tendências de, por exemplo, depressão, perturbações da ansiedade ou tentativas de suicídio, na população geral e em grupos específicos (e.g., jovens; pessoas mais velhas; pessoas migrantes; profissionais de Saúde). Outros indicadores relevantes podem incluir o número

de Psicólogos/as por habitante, o tempo médio de acesso a consultas de Psicologia no Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou, ainda, o número de consultas de Psicologia realizadas.

**Definição de indicadores de epidemiologia comportamental.** A epidemiologia comportamental refere-se à monitorização de comportamentos com impacto na Saúde (e.g., tabagismo; sedentarismo; isolamento social), dos determinantes desses comportamentos (e.g., perceção de risco), assim como à eficácia e custoefetividade de intervenções de mudança comportamental (Sallis et al., 2000). Os métodos de recolha de dados podem incluir inquéritos populacionais, dados clínicos e registos digitais de comportamentos.

**Definição de indicadores de bem-estar e coesão social.** Os/as Psicólogos/as podem contribuir para a definição de indicadores relacionados com o bem-estar e a coesão social. Estes podem incluir níveis de solidão percebida, de stresse percebido, participação comunitária, perceção de segurança e/ou de discriminação. A sua monitorização permite o cruzamento com indicadores socioeconómicos, identificando vulnerabilidades em populações específicas, assim como avaliar o impacto de políticas públicas e intervenções em larga escala (e.g., programas de combate à solidão, promoção da integração de migrantes, prevenção da violência doméstica).

**Desenvolvimento e implementação de métodos de avaliação.** Para além da definição de indicadores, os/as Psicólogos/as podem contribuir na definição de indicadores mensuráveis de construtos subjetivos (e.g., solidão; bem-estar) e na construção, validação e implementação de métodos de avaliação. Tal inclui a adaptação cultural de instrumentos, o desenvolvimento de questionários e escalas psicométricas fiáveis, a definição de protocolos de recolha de dados e a formação de equipas para a sua aplicação em contexto comunitário, escolar ou clínico.

## Promoção da Saúde, prevenção da doença e melhoria de serviços

**Promoção da adesão a rastreios, medicação e vacinação.** Através da aplicação de princípios da Ciência Psicológica (e.g., reforço; *framing*; normas sociais; aversão à perda; escolhas-padrão) em intervenções de mudança comportamental (e.g., *nudges*), os/as Psicólogos/os podem contribuir para o aumento das taxas de adesão a rastreios de doenças (Ahadinezhad et al., 2024; Wang et al., 2025), a programas de vacinação (Milkman et al., 2022) ou, inclusive, para a gestão da medicação em pessoas com doença crónica (Möllenkamp et

al., 2019).

**Implementação de intervenções de mudança comportamental.** Os/As Psicólogos/as podem implementar, nos serviços de Saúde (e.g., CSP) e organizações comunitárias, intervenções específicas de mudança comportamental, objetivando a promoção de comportamentos pró-Saúde – por exemplo, a cessação tabágica (Black et al., 2020) ou a atividade física (Schwartz et al., 2019) – e considerando os determinantes psicológicos (Hagger, 2025) e as dimensões de Capacidade, Oportunidades e Barreiras implicadas (COM-B; Michie et al., 2011).

**Promoção da literacia em Saúde e combate à desinformação.** Os/Os Psicólogos/os podem contribuir para o desenho e implementação de programas de literacia em Saúde sobre diferentes temáticas (e.g., Saúde Mental; sexualidade; doenças crónicas), em diferentes meios, incluindo nas Redes Sociais (Tam et al., 2024), e dirigidos à população geral ou grupos segmentados (e.g., grávidas; adolescentes; pessoas mais velhas). Paralelamente, podem combater a desinformação em Saúde através de estratégias de pós-exposição (i.e., corrigir mitos ou informação falsas), de *priming* de precisão (i.e., estimular a reflexão sobre a veracidade) e de inoculação psicológica (i.e., exposição preventiva) (Roozenbeek & van der Linden, 2022).

**Assessoria no desenho de Políticas Públicas de Saúde.** Os/as Psicólogos/as podem contribuir para políticas públicas, integrando o conhecimento sobre comportamento e os seus determinantes em diferentes problemáticas (e.g., suicídio; consumo tabágico; envelhecimento). Este contributo traduz-se também no reconhecimento de barreiras e facilitadores que condicionam a adesão a diferentes medidas populacionais, por exemplo, à vacinação, a cuidados pré-natais, entre tantas outras. Ainda, pode incluir a definição de estratégias de comunicação (e.g., uso de normas sociais; *framing* positivo; envolvimento de figuras de confiança) que aumentem a aceitação social e a eficácia das políticas, incluindo de alterações legislativas.

**Consultadoria no desenho de Serviços de Saúde eficientes.** Através da aplicação de princípios de *design* comportamental (e.g., simplificação de escolhas, saliência de informação relevante, definição de escolhas-padrão) orientados pelo COM-B (Michie et al., 2011), os/as Psicólogos/as podem otimizar o funcionamento dos Serviços de Saúde, inclusive a forma como os/as utentes os utilizam. Algo que se pode traduzir em ajustes nos espaços físicos dos Serviços (e.g., sinalética e organização do fluxo de utentes) e nas interfaces digitais (e.g., notificações e lembretes em *apps*

ou SMS para rastreios, medicação ou vacinação). Acresce ainda o papel crucial da Literacia em Saúde para a navegação no sistema de Saúde (i.e., saber a quem recorrer, quando, onde e como aceder a cuidados), uma das dimensões em que os portugueses/as mais dificuldades apresentam (DGS, 2021).

### **Promoção da segurança, bem-estar e coesão sociais**

**Implementação de programas de intervenção à escala populacional.** Os/as Psicólogos/as podem implementar programas de intervenção psicológica (e.g., identificação de sinais de alerta; treino de competências; suporte social), integrados em estratégias nacionais (e.g., estratégia nacional de prevenção do suicídio; prevenção da violência; combate à solidão; redução da sinistralidade rodoviária) e dirigidas à população em geral ou a grupos específicos. Incluem-se, entre outros, programas de prevenção da violência no namoro (Piolanti & Foran, 2022), de mitigação da solidão (Lasgaard et al., 2022), de prevenção do suicídio em forças de segurança (Mishara & Fortin, 2022), ou da redução da sinistralidade rodoviária (Fisa et al., 2022).

**Assessoria no desenho de Políticas Públicas de bem-estar e coesão sociais.** O contributo das/os Psicólogas/os pode incidir, por exemplo, na promoção de escolhas alimentares mais saudáveis nas escolas, através de princípios de arquitetura da escolha (Mertens et al., 2021); na promoção da atividade física e convívio social através da reestruturação de espaços públicos, guiada por *design* comportamental (McGowan et al., 2021); no combate à pobreza através de políticas que considerem fenómenos psicológicos, como a mentalidade de escassez (Mullainathan & Shafir, 2013). A assessoria estende-se a alterações na Lei do Trabalho, quando influenciam o equilíbrio entre vida profissional e pessoal e o desenvolvimento socioemocional das crianças.

**Consultadoria na gestão da população em situações de crise ou catástrofe.** Os/as Psicólogos/as podem contribuir para o desenho e implementação de estratégias de comunicação e mudança comportamental em momentos de alta incerteza e/ou risco (e.g., surtos de doenças infecciosas; terremotos; incêndios), promovendo a adesão da população, ou grupos específicos, a medidas recomendadas de segurança, proteção ou suporte social. A utilização de teorias (e.g., Teoria da Cognição Social) e modelos (e.g., COM-B) validados é relevante na estruturação das estratégias que visam, por exemplo, preservar a confiança pública, fomentar comportamentos

desejados e garantir perceções realistas de gravidade ou risco (West et al., 2022).

## **3. Recomendações para a Prática Profissional**

As Psicólogas e os Psicólogos exercem a sua prática profissional em consonância com os princípios éticos e normas deontológicas consagradas no [Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses](#), o qual orienta a prática e se encontra publicado em Diário da República (2.ª série, n.º 157, de 14 de Agosto de 2024).

Além deste instrumento, apresentam-se, de seguida, algumas recomendações para a prática profissional dos Psicólogos e Psicólogas em Saúde Pública.

- **Reconhecer que o comportamento é multideterminado**  
A gestão ou a mudança de comportamentos de uma população, ou de grupos específicos, é um dos principais objetivos dos/as Psicólogos/as em Saúde Pública. Para tal, é necessário reconhecer que os comportamentos de Saúde resultam de múltiplos fatores: individuais (e.g., crenças, competências, hábitos), sociais (e.g., normas, família, grupo de pares) e contextuais (e.g., condições económicas, acesso a serviços, espaços públicos, legislação). As intervenções eficazes não se limitam à intervenção individual, mas procuram também intervir em sistemas mais alargados – integrando uma perspetiva socioecológica.
- **Conhecer diferentes teorias e modelos validados**  
Na Ciência Psicológica, são várias as teorias e os modelos validados que permitem suportar as decisões e intervenções dos/as Psicólogos/as, tornando-as mais eficazes quando se procura mudar comportamentos (Glanz & Bishop, 2010). Diferentes teorias e modelos ajudam a explicar como os determinantes psicológicos, sociais ou contextuais influenciam o comportamento, pelo que a utilização de dada teoria/modelo pode variar com os objetivos da intervenção.

Entre as teorias e modelos melhor validados empiricamente e úteis em Saúde Pública, incluem-se, a/o:

- **Teoria dos Sistemas Socioecológicos (Bronfenbrenner, 1977).** Explica como os comportamentos são influenciados por diferentes sistemas, do indivíduo ao contexto

familiar, comunitário e político, sendo útil para planejar intervenções multinível.

- **Teoria da Cognição Social (Bandura, 1998).** Foca-se na aprendizagem social, explicando como as pessoas adquirem e mantêm comportamentos através da observação de modelos, experiências de eficácia e reforços sociais.
- **Modelo de Crenças de Saúde (Rosenstock, 1990).** Permite compreender como modificar comportamentos a partir de percepções de risco e gravidade, bem como de benefícios e barreiras, incluindo pistas para ação e autoeficácia.
- **Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991).** Explica como as atitudes, as normas sociais e a percepção de controlo formam intenções, as quais são preditores do comportamento, especialmente quando este exige planeamento.
- **Modelo Transteórico da Mudança (Prochaska & Velicer, 1997).** Explica a mudança como um processo em estágios: précontemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e terminação, permitindo adaptar intervenções ao nível de prontidão.
- **Modelo COM-B (Michie et al., 2011).** Propõe que todo o comportamento depende da interação entre Capacidade (física e psicológica), Oportunidade (social e ambiental) e Motivação (reflexiva e automática).
- **Modelo EAST (BIT, 2024).** Defende que para encorajar um comportamento este deve ser tornado fácil, atrativo, social e oportuno, oferecendo um guia prático para desenhar intervenções de nudge em Saúde Pública.

Outras teorias/modelos mais específicos podem ser necessários, tendo em conta a problemática na qual se procura intervir. Por exemplo, a Teoria I<sup>3</sup> (Slotter & Finkel, 2011) permite compreender situações de violência doméstica e intervir junto de perpetuadores/as.

- **Personalizar e combinar diferentes intervenções**  
Nem todas as intervenções obtêm os resultados esperados quando visam a população geral. Tal acontece, frequentemente, porque diferentes subgrupos enfrentam diferentes barreiras à mudança de comportamentos (Ruggeri et al., 2023).

Neste sentido, é recomendado que as intervenções sejam personalizadas consoante as barreiras (e.g., falta de comparência por questões de

transporte, e não por esquecimento) que afetam diferentes grupos, sobretudo aqueles em situação de maior vulnerabilidade (e.g., grávidas, pessoas mais velhas; pessoas em situação de pobreza). Algo possível através da combinação de intervenções universais (e.g., SMS lembrete) com personalizações específicas para cada grupo (e.g., lembrete traduzido para pessoas migrantes; políticas públicas de transporte acessível).

- **Conhecer os grupos populacionais através de metodologias participativas**

De forma a personalizar as intervenções em Saúde Pública (quer estas consistam em intervenções comportamentais, programas de treino de competências ou alterações legislativas) é necessário um conhecimento profundo das características, necessidades e comportamentos da população ou grupo junto do qual se procura intervir. As intervenções devem ser orientadas por dados epidemiológicos, mas também por dados obtidos por metodologias participativas. Estas metodologias envolvem as pessoas da sociedade civil ou do grupo em questão na identificação das principais barreiras e oportunidades à mudança comportamental (Leask et al., 2019).

- **Selecionar e priorizar ideias de intervenção com base em critérios estruturados**

Antes de implementar uma intervenção em Saúde Pública é essencial avaliar se a ideia é adequada ao contexto e se tem potencial para gerar impacto real. Para este fim, podem ser usados critérios como o **APEASE** (*Acceptability, Practicability, Effectiveness, Affordability, Spillover effects, Equity*) (Michie et al., 2014; Public Health England, 2019):

- **Acceptability (Aceitabilidade).** Até que ponto **uma** intervenção, ou parte dela, é ou será bem aceite pelos *stakeholders*? Engloba o grupo-alvo, potenciais financiadores, profissionais responsáveis pela implementação das intervenções e grupos comunitários ou comerciais relevantes.
- **Practicability (Exequibilidade).** Pode ser implementada em larga escala no contexto previsto, com os recursos materiais e humanos disponíveis? O que seria necessário fazer para garantir que os recursos e o pessoal estariam assegurados, e a intervenção fosse sustentável?
- **Effectiveness (Efetividade).** Quão eficaz é a intervenção a alcançar os objetivos da política de Saúde Pública? Até que ponto

chegarão ao grupo-alvo pretendido e qual a dimensão do efeito que terá sobre aqueles que forem abrangidos?

- **Affordability (Acessibilidade financeira).** Até que ponto pode a intervenção ser suportada quando implementada na escala pretendida? É possível garantir o orçamento necessário para a sua execução? Irá proporcionar um bom retorno sobre o investimento?
- **Spill-Over effects (Efeitos colaterais).** Quais as probabilidades de a intervenção conduzir a resultados imprevistos, sejam eles adversos ou benéficos?
- **Equity (Equidade).** Até que ponto a intervenção poderá aumentar ou reduzir as diferenças entre os setores mais favorecidos e os menos favorecidos da sociedade?

Estes critérios permitem analisar, de forma sistemática, se a intervenção será aceite pelos grupos-alvo e *stakeholders*; se pode ser implementada na prática com os recursos disponíveis; se tem potencial de eficácia e custo-efetividade; se é financeiramente sustentável; se gera efeitos colaterais (positivos ou negativos); e se promove a equidade ou, pelo contrário, agrava desigualdades sociais.

Adicionando aos critérios anteriores, antes de tomar uma decisão sobre quais as medidas a implementar, é fundamental avaliar a robustez das evidências existentes para cada intervenção ou conceito. Com este objetivo em mente, pode usar-se o *framework* THEARI para avaliar a qualidade das evidências num de cinco níveis (Ruggeri, 2020; 2025):

- **Teórica ou baseada numa opinião** (sem evidências empíricas) (Nível 1).
- **Empírica** (limitada a inquéritos, experiências laboratoriais, pequenos ensaios) (Nível 2).
- **Aplicável (evidência proveniente de estudos de campo ou outros contextos reais)** (Nível 3).
- **Replicável** (evidência em contextos reais que já foi replicada) (Nível 4).
- **Impacto** (os resultados foram demonstrados em larga escala em contextos reais) (Nível 5).

O objetivo do THEARI não é distinguir níveis bons ou maus, mas indicar até que ponto um conceito foi testado e em que contextos. Trabalhos teóricos (nível 1) podem ser cruciais para abrir novas perspetivas, enquanto resultados de impacto (nível 5) não garantem eficácia futura. Este enquadramento permite comparar opções de políticas públicas e informar decisores/as sobre a maturidade da evidência disponível para cada intervenção, facilitando escolhas mais

fundamentadas e transparentes.

- **Integrar princípios da Ciência da Implementação**

Para além de desenhar intervenções eficazes, é essencial garantir que estas são implementadas de forma consistente e sustentável. A Ciência da Implementação oferece metodologias para reduzir as lacunas entre a evidência e a prática, identificando barreiras (e.g., falta de recursos, resistência organizacional) e facilitadores (e.g., liderança, formação, envolvimento das partes interessadas) que afetam a adoção de políticas e programas. Ao aplicar estes princípios, os Psicólogos/as podem aumentar a probabilidade de as intervenções serem realmente eficazes quando aplicadas em contextos reais, assegurando maior impacto na Saúde Pública.

- **Avaliar o impacto e a custo-efetividade das intervenções**

As intervenções baseadas na Ciência Psicológica podem ser monitorizadas e avaliadas de forma contínua, integrando tanto os resultados (e.g., adesão a rastreios, redução de comportamentos de risco) como indicadores intermédios (e.g., mudança de atitudes, perceção de autoeficácia, perceção de risco). Esta avaliação pode ainda considerar a custo-efetividade das estratégias, permitindo identificar o que funciona melhor com os recursos disponíveis. Este processo facilita o ajuste das intervenções em tempo útil e reforça, junto de decisores/as e da comunidade, os contributos da Ciência Psicológica para a Saúde Pública.

- **Advogar pelo reconhecimento dos contributos da Ciência Psicológica**

Ainda que muitos dos problemas de Saúde Pública impliquem uma dimensão comportamental, persistem barreiras ao reconhecimento da evidência e à implementação de intervenções da Ciência Psicológica, sobretudo por decisores/as e *policymakers* (Curtis et al., 2018). Neste sentido, é necessário advogar, junto destes/as profissionais, sobre a importância de compreender dimensões comportamentais e integrar intervenções e estratégias baseadas na Ciência Psicológica, de forma a responder

Documento elaborado com a colaboração de  
**Ana Rita Goes | CP 9897**  
**Filipa Felgueiras | CP 29828**  
**Rita Francisco | CP 44**

# Referências Bibliográficas

Abraham, C., Kelly, M. P., West, R., & Michie, S. (2009). The UK National Institute for Health and Clinical Excellence public health guidance on behaviour change: A brief introduction. *Psychology, Health & Medicine*, 14(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/13548500802537903>

Acheson, D. (1988). *Public health in England: The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function*. HMSO.

Ahadinezhad, B., Maleki, A., Akhondi, A., ... & Khosravizadeh, O. (2024). Are behavioral economics interventions effective in increasing colorectal cancer screening uptake: A systematic review of evidence and metaanalysis. *PLOS ONE*, 19(2), e0290424. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290424>

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Albarracín, D., Fayaz-Farkhad, B. & Samayoa, J. (2024). Determinants of behaviour and their efficacy as targets of behavioural change interventions. *Nature Reviews Psychology*, 1-16.

American Psychological Association (APA). (2022). *Psychology's role in advancing population health*. <https://www.apa.org/about/policy/population-health-statement.pdf>.

Azari, R., & Borisch, B. (2023). What is public health? A scoping review. *Archives of Public Health*, 81(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01091-6>

Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13(4), 623–649. <https://doi.org/10.1080/08870449808407422>

Bartholomew, L., Parcel, G., Kok, G., Gottlieb, N. & Fernandez, M. (2011). *Planning Health Promotion Programmes: An Intervention Mapping Approach (3rd ed.)*. John Wiley & Sons.

Behavioural Insights Team (2014). *EAST: Four simple ways to apply behavioural insights*. BIT.

Behavioural Insights Team (2024). *EAST: Four simple ways to apply behavioural insights (revised and updated version)*. BIT.

Benartzi, S., Beshears, J., Milkman, K., ... & Galing, S. (2017). Should governments invest more in nudging? *Psychological Science*, 28(8), 1041-1055.

Black, N., Johnston, M., Michie, S., ... & de Bruin, M. (2020). Behaviour change techniques associated with smoking cessation in intervention and comparator groups of randomized controlled trials: A systematic review and metaregression. *Addiction*, 115(11), 2008–2020. <https://doi.org/10.1111/add.15056>

Bogg, T., Milad, E., & Godfrey, O. (2023). COVID-19 vaccine intention: Prospective and concurrent tests of a disposition-belief-motivation framework. *Health Psychology*, 42(8), 521–530. [10.1037/hea0001255](https://doi.org/10.1037/hea0001255)

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>

Cane, J., O'Connor, D. & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7(37), 1-17.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Conselho Nacional de Saúde.

Curtis, K., Fulton, E., & Brown, K. (2018). Factors influencing application of behavioural science evidence by public health decisionmakers and practitioners, and implications for practice. *Preventive Medicine Reports*, 12, 106–115. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.08.012>

Dammeyer, J., & Chapman, M. (2018). A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. *BMC Public Health*, 18, 355. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5277-0>

Direção-Geral da Saúde (2021). *Níveis de Literacia em Saúde – Portugal*. Direção-Geral da Saúde.

Egele, V. S., Klopp, E., & Stark, R. (2025). How valid is Bandura's Social Cognitive Theory to explain physical activity behavior? *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(2), 20. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15020020>

Engel, L., Rizal, M., Clifford, S., ... & Mihalopoulos, C. (2025). An Updated Systematic Literature Review of the Economic Costs of Loneliness and Social Isolation and the Cost Effectiveness of Interventions. *PharmacoEconomics*, 43, 1047-1063.

Fisa, R., Musukuma, M., Sampa, M., Michelo, C., Mutale, W., & Mudenda, S. (2022). Effects of interventions for preventing road traffic crashes: An overview of systematic reviews. *BMC Public Health*, 22, 513. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12253-y>

Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of Behavioral Science Theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, 399–418. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>

Hagger, M. S. (2025). *Psicologia da Saúde Pública de Saúde*. *Revista de Psicologia em Saúde*, 76(1), 821-850. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020124-114222>

Hagger, M. S., Hamilton, K., Phipps, D. J., ... & Zhang, C.-Q. (2023). Effects of habit and intention on behavior: Meta-analysis and test of key moderators. *Motivation Science*, 9(2), 73–94. <https://doi.org/10.1037/mot0000319>

Hallsworth, M. (2023). A manifesto for applying behavioural science. *Nature Human Behaviour*, 1-13.

Hertwig, R., Michie, S., West, R. & Reicher, S. (2025). Moving from nudging to boosting: empowering behaviour change to address global challenges. *Behavioural Public Policy*, 1-12.

Hodson, N., Powell, B., Nilsen, P. & Beidas, R. (2024). How can a behavioral economics lens contribute to implementation science? *Implementation Science*, 19(13), 1-9.

Iezadi, S., Gholipour, K., AzamiAghdash, S., ... & Shabnam, I. et al. (2021). Effectiveness of nonpharmaceutical public health interventions against COVID19: A systematic review and metaanalysis. *PLOS ONE*, 16(11), e0260371. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260371>

Instituto Nacional de Estatística (2025). *Dia Mundial do Doente*. Retirado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=712229598&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=712229598&DESTAQUESmodo=2).

Lasgaard, M., Løvschall, C., Qualter, P., ... & Christensen, J. (2022). Are loneliness interventions effective in reducing loneliness? A meta-analytic review of 128 studies. *European Journal of Public Health*, 32(3) 108-129. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.266>

Leask, C. F., Sandlund, M., Skelton, D. A., ... & Chastin, S. F. M. (2019). Framework, principles and recommendations for utilising participatory methodologies in the cocreation and evaluation of public health interventions. *Research Involvement and Engagement*, 5(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40900-018-0136-9>

Lobb, R. & Colditz, G. (2013). Implementation Science and its Application to Population Health. *Annu Rev Public Health*, 34, 235-251.

Loef, M., & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 55(3), 163–170. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>

Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R., & Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(8), 827–834. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208141>

McGowan, V. J., Buckner, S., Mead, R., ... & Popay, J. (2021). Examining the effectiveness of place-based interventions to improve public health and reduce health inequalities: An umbrella review. *BMC Public Health*, 21, 1888. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11852-z>

Mertens, S., Herberz, M., Hahnel, U. J. J., & Brosch, T. (2022). The effectiveness of nudging: A meta-analysis of choice architecture interventions across behavioral domains. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 119(1), e2107346118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2107346118>

Michie, S. (2014). Implementation science: understanding behaviour change and maintenance. *BMC Health Services*, 14(9), 1-1.

Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., & Eccles, M. (2008). From theory to intervention: Mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Applied Psychology*, 57(4), 660–680. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00341.x>

Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

Michie, S., Atkins, L. & West, R. (2014). *The Behaviour Change Wheel: A guide to designing interventions*. Silverback.

Mihalopoulos, C., Vos, T., Rapee, R., ... & Carter, R. (2015). The population cost-effectiveness of a parenting intervention designed to prevent anxiety disorders in children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(9), 1026-1033.

Milkman, K. L., Gandhi, L., Patel, M. S., ... & Duckworth, A. L. (2022). A 680,000person megastudy of nudges to encourage vaccination in pharmacies. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 119(6), Article e2115126119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2115126119>

Mishara, B. L., & Fortin, L.-F. (2022). Long-term effects of a comprehensive police suicide prevention program: 22-year follow-up. *Crisis*, 43(3), 183–189. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000774>

Möllenkamp, M., Zeppernick, M., & Schreyögg, J. (2019). The effectiveness of nudges in improving the selfmanagement of patients with chronic diseases: A systematic literature review. *Health Policy*, 123(12), 1199–1209. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.09.008>

Mullainathan, S. & Shafir, E. (2013). Decision making and policy in contexts of poverty. In E. Shafir (Ed.), *The Behavioral Foundations of Public Policy* (pp. 281- 300). Princeton University Press.

- Nadal, I. P., Angkurawaranon, C., Singh, A., ... & Kinra, S. (2024). Effectiveness of behaviour change techniques in lifestyle interventions for non-communicable diseases: An umbrella review. *BMC Public Health*, 24(1), 3082. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20612-8>
- Nystrand, C., Hultkrantz, L., Vimefall, E. & Feldman, I. (2020). Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47, 300–315.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) & Comissão Europeia (2025). *EU Country Cancer Profiles Synthesis Report 2025*. OCDE.
- Owen, L., Morgan, A., Fischer, A., Ellis, S., Hoy, A., & Kelly, M. P. (2012). The cost-effectiveness of public health interventions. *Journal of Public Health*, 34(1), 37–45. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr075>
- Owen, L., Pennington, B., Fischer, A., & Jeong, K. (2018). The cost-effectiveness of public health interventions examined by NICE from 2011 to 2016. *Journal of Public Health*, 40(3), 557–566. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox119>
- Peters, R., Ee, N., Peters, J., et al. (2019). Common risk factors for major noncommunicable disease: A systematic overview of reviews and commentary: The implied potential for targeted risk reduction. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 10. <https://doi.org/10.1177/2040622319880392>
- Peterson, C., Florence, C., Thomas, R. & Klevens, J. (2018). Cost-Benefit Analysis of two child abuse and neglect primary prevention programs for US States. *Pre Sci.*, 19(6), 705-715.
- Piolanti, A., & Foran, H. M. (2022). Psychological violence in dating relationships among adolescents: A systematic review and meta-analysis of prevention programs. *Preventive Medicine*, 159, 107053. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107053>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Public Health England (2019). *Achieving behaviour change: A guide for local government and partners*. Public Health England.
- Rezende, L., Lee, D., Ferrari, G., & Giovannucci, E. (2020). Confounding due to pre-existing diseases in epidemiological studies on sedentary behavior and all-cause mortality: a meta-epidemiological study. *Annals of Epidemiology*. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.09.009>
- Rich, A., Brandes, K., Mullan, B. A., & Hagger, M. S. (2015). Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 673–688. [10.1007/s10865-015-9644-3](https://doi.org/10.1007/s10865-015-9644-3)
- Rhodes, R. E., & de Bruijn, G.-J. (2013). What predicts intention–behavior discordance? A review of the action control framework. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 41(4), 201–207. <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e3182a4e6ed>
- Roozenbeek, J., & van der Linden, S. (2022). How to combat health misinformation: a psychological approach. *American Journal of Health Promotion*, 36(3), 569-575. [10.1177/08901171211070958](https://doi.org/10.1177/08901171211070958)
- Rosenstock, I. M. (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 39–62). Jossey-Bass/Wiley.
- Ruggeri, K. (2025). Assessing evidence based on scale can be a useful predictor of policy outcomes. *Policy Sciences*, 58, 179-188.
- Ruggeri, K., van der Linden, S., Wang, Y., ... & Green, J. (2020). Standards for evidence in policy decision-making. *Behavioural and Social Sciences. Nature Portfolio*. Retirado de <http://socialsciences.nature.com/users/399005-kai-ruggeri/posts/standards-for-evidence-in-policy-decision-making>.
- Ruggeri, K., Benzerga, A., Verra, S., & Folke, T. (2023). A behavioral approach to personalizing public health. *Behavioural Public Policy*, 7(2), 457–469. <https://doi.org/10.1017/bpp.2020.31>
- Ruggeri, K., Stock, F., Haslam, S. ... & Willer, R. (2024). A synthesis of evidence for policy from behavioural science during COVID19. *Nature*, 625(7993), 134–147. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06840-9>
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fotheringham, M. J. (2000). Behavioral epidemiology: A systematic framework to classify phases of research on health promotion and disease prevention. *Annals of Behavioural Medicine*, 22(4), 294–298. <https://doi.org/10.1007/BF02895665>
- Sampaio, F., Barendregt, J., Feldman, I., ... & Mihalopoulos, C. (2018). Population cost-effectiveness of the Triple P parenting programme for the treatment of conduct disorder: an economic modelling study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 933-944.
- Sampaio, F., Nystrand, C., Feldman, I. & Mihalopoulos, C. (2024). Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health: a systematic review of economic evaluations. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 323-355.
- Schneider, M. J., & Schneider, H. S. (2017). *Introduction to Public Health* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Schnepf, S., d'Hombres, B. & Mauri (2024). *Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Intervention*. Springer.
- Schwartz, J., Rhodes, R., Bredin, S. S. D., Oh, P., & Warburton, D. E. R. (2019). Effectiveness of approaches to increase physical activity behavior to prevent chronic disease in adults: A brief commentary. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 295. <https://doi.org/10.3390/jcm8030295>

Slotter, E. B., & Finkel, E. J. (2011). I<sup>3</sup> theory: Instigating, impelling, and inhibiting factors in aggression. In P. R. Shaver & M. Mikulincer (Eds.), *Human aggression and violence: Causes, manifestations, and consequences* (pp. 35–52). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12346-002>

Stephoe, A. (2019). Revisiting Public Health Psychology. *The European Health Psychologist*, 21(1), 585-587.

Szazi, B., Goldstein, D., Soman, D. & Michie, S. (2025). Generalizability of choice architecture interventions. *Nature Reviews Psychology*, 4, 518-529.

Tam, M. T., Wu, J. M., Zhang, C. C., Pawliuk, C., & Robillard, J. M. (2024). A systematic review of the impacts of media mental health awareness campaigns on young people. *Health Promotion Practice*, 25(5), 907–920. <https://doi.org/10.1177/15248399241232646>

Wang, F., Li, Y., Zhang, C., Arbing, R., Chen, W. T., & Huang, F. (2025). Evaluating digital nudge interventions for the promotion of cancer screening behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 23(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04028-8>

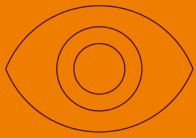
West, R., Michie, S., Rubin, G. J., & Amlôt, R. (2020). Applying principles of behaviour change to reduce SARS-Cov-2 transmission. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 451-459. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0887-9>

Winslow, C. E. A. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23–33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>

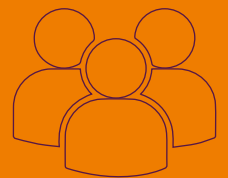
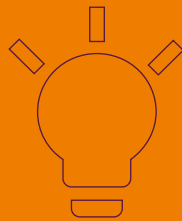
Wolf, A., Gray, R., & Fazel, S. (2014). Violence as a public health problem: An ecological study of 169 countries. *Social Science & Medicine*, 104, 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.006>

World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789240038349>

World Health Organization. (2025). *From loneliness to social connection – Charting a path to healthier societies: Report of the WHO Commission on Social Connection*. World Health Organization.



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



[ordemdospsicologos.pt](http://ordemdospsicologos.pt)