

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS: ESTRATÉGIAS PARA UMA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA



FICHA TÉCNICA

Palavras-chave: Envelhecimento Saudável; Multimorbilidade; Abordagem Centrada na Pessoa; Autocuidado; Cuidados Integrados; Qualidade de Vida; Sustentabilidade em Saúde; Sistemas de Saúde; Políticas de Saúde; Tecnologias em Saúde.

Autores:

Margarida Goes

Professor Doutor

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Évora, Portugal

mgoes@uevora.pt

Henrique Oliveira

Professor Doutor

Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal

henrique.oliveira@ipbeja.pt

Maria Marques

Professor Doutor

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Évora, Portugal

mcmarques@uevora.pt

Ana Dias

Professor

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Évora, Portugal

anadias@uevora.pt

Paula Pimpão

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

Paula.Pimpao@alentejocentral.min-saude.pt

Inês Cardoso

Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

inescardoso277@gmail.com

Rute Pires

Hospital do Espírito Santo de Évora

ruteisabelpires@gmail.com

Miguel Pedrosa

Hospital do Espírito Santo de Évora

mpp_12@sapo.pt

ISBN: 978-989-9175-16-7

Editorial IPBeja 2024

ÍNDICE

PREFÁCIO	1
0. INTRODUÇÃO	3
1. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E OS DESAFIOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE: PERSPECTIVAS, CUIDADOS INTEGRADOS E SUSTENTABILIDADE	5
1.1. DIFERENTES PERSPECTIVAS DE SAÚDE	5
1.2. AUTOCUIDADO NO CONTEXTO DA MULTIMORBILIDADE	6
1.2.1. <i>Avaliação de Indicadores Relevantes no Contexto do Envelhecimento Saudável.....</i>	8
1.2.2. <i>Complexidade da Multimorbilidade no Envelhecimento Saudável</i>	11
1.2.3. <i>Investigando Abordagens de Cuidados Centrados na Pessoa para o Envelhecimento Saudável.....</i>	12
2. EVIDÊNCIAS DAS ABORDAGENS DE CUIDADOS INTEGRADOS CENTRADOS NA PESSOA: CONSTRUINDO UM PARADIGMA DE SAÚDE INTEGRAL.....	14
2.1. VARIEDADE DE NECESSIDADES EM SAÚDE AO LONGO DO CICLO DE VIDA.....	16
2.2. PARADIGMA ATUAL E NECESSIDADE DE MUDANÇA.....	17
2.3. BENEFÍCIOS DOS CUIDADOS INTEGRADOS CENTRADOS NA PESSOA	19
2.4. MODELOS DE CUIDADOS INTEGRADOS EM DIFERENTES PAÍSES	22
2.5. DESAFIOS E LIMITAÇÕES EM PORTUGAL.....	24
2.6. CONSTRUIR SISTEMAS DE CUIDADOS DE SAÚDE SUSTENTÁVEIS	26
2.7. EXEMPLOS DE SUCESSO	28
2.8. DESAFIOS RELACIONADOS À SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL	30
3. IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE CUIDADOS INTEGRADOS CENTRADOS NA PESSOA: PRÁTICAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS FUTURAS	31
3.1. ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS INTEGRADOS	32
3.1.1. <i>Planeamento e Organização de Serviços</i>	33
3.1.2. <i>Formação e Capacitação de Profissionais de Saúde</i>	34
3.1.3. <i>Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde.....</i>	35
3.2. AVALIAÇÃO DE CUIDADOS INTEGRADOS: INDICADORES E MÉTODOS.....	37
3.2.1. <i>Indicadores de Qualidade e Desempenho</i>	39
3.2.2. <i>Importância da Avaliação dos Resultados em Saúde</i>	40
3.2.3. <i>Ferramentas de Avaliação da Satisfação da Pessoa em Cuidados</i>	42
3.3. DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS INTEGRADOS.....	43
3.3.1. <i>Barreiras Organizacionais e Culturais</i>	45
3.3.2. <i>Sustentabilidade Financeira e Recursos</i>	46
3.3.3. <i>Interoperabilidade de Sistemas e Integração de Dados</i>	48
3.4. PERSPECTIVAS FUTURAS E INOVAÇÕES	49
3.4.1. <i>Modelos de Cuidados Baseados em Evidências</i>	50
3.4.2. <i>Avanços na Medicina Personalizada</i>	50
3.4.3. <i>Inteligência Artificial e Big Data</i>	51
3.4.4. <i>Medicina de Precisão e Genética</i>	51
3.4.5. <i>Políticas de Saúde e Reformas Estruturais</i>	51
3.4.6. <i>Empoderamento da Pessoa e Participação Ativa.....</i>	52
3.5. CASOS DE ESTUDO E BOAS PRÁTICAS.....	53
3.5.1. <i>Lições Aprendidas e Recomendações</i>	54

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
GRUPO A:.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
GRUPO B	70

Prefácio

O envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios das sociedades contemporâneas, particularmente em Portugal, onde as rápidas transformações demográficas têm ampliado a complexidade das respostas necessárias para garantir qualidade de vida às pessoas idosas. Este livro, *Integração de Cuidados: Estratégias para uma Abordagem Centrada na Pessoa*, surge como uma contribuição inovadora e essencial para este panorama, propondo soluções integradas que aliam rigor científico, práticas de cuidados baseadas em evidência e uma visão profundamente humanista.

A obra apresenta um quadro abrangente do envelhecimento, destacando-o como um fenómeno multifacetado que vai além da perspetiva tradicional centrada na doença. Esta abordagem reconhece que o envelhecimento saudável é moldado por um conjunto de fatores biopsicossociais, económicos e ambientais que interagem dinamicamente ao longo do ciclo de vida. Com uma visão centrada na pessoa, os capítulos exploram o potencial intrínseco de cada indivíduo, promovendo estratégias de cuidado que priorizam a autonomia, o bem-estar e a dignidade.

Entre os contributos mais significativos, destacam-se:

- Gestão da Multimorbilidade: Uma perspetiva inovadora sobre como lidar com a coexistência de múltiplas doenças crónicas, que frequentemente desafiam os modelos fragmentados de cuidados. O livro propõe abordagens integradas que consideram as interações entre condições de saúde, fatores de risco e determinantes sociais.
- Capacitação para o Autocuidado: Enfatiza-se o papel ativo das pessoas na gestão da sua saúde, valorizando o autocuidado como um recurso terapêutico que promove a adaptação às diversas etapas do envelhecimento.
- Transformação dos Sistemas de Saúde: A obra defende uma reorganização dos sistemas de saúde para responder de forma eficaz e equitativa às necessidades das pessoas idosas, destacando a importância de cuidados integrados e sustentáveis.
- Uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC): Apresentam-se estratégias inovadoras para incorporar TIC, como registos eletrónicos de saúde e telemedicina, melhorando a coordenação, eficiência e acessibilidade dos cuidados.

Este livro não se limita a descrever os desafios do envelhecimento; oferece um conjunto de ferramentas e estratégias para enfrentar estas questões de forma prática e sustentada. A integração de métodos qualitativos e quantitativos de avaliação permite identificar áreas de melhoria, monitorizar o impacto das intervenções e informar decisões baseadas em evidência. Além disso, o foco na implementação de indicadores de qualidade coloca em evidência a necessidade de alinhar as práticas de saúde às reais necessidades das pessoas.

Ao longo dos capítulos, os leitores são guiados numa jornada que cruza as dimensões micro (pessoais e familiares) e macro (políticas e organizacionais) do envelhecimento. Este percurso culmina numa proposta robusta de transformação dos cuidados de saúde em Portugal, que poderá servir como modelo para outros contextos internacionais.

Dirigida a profissionais de saúde, decisores políticos, académicos e cidadãos interessados, esta obra contribui para o desenvolvimento de políticas de saúde mais humanas e centradas nas pessoas. Ao oferecer um olhar crítico e propositivo sobre o envelhecimento, o livro assume-se como uma ferramenta indispensável para todos aqueles que aspiram a promover uma sociedade mais justa e inclusiva, onde o envelhecimento saudável seja uma realidade acessível a todos.

Esperamos que esta leitura inspire a criação de novos caminhos para a integração de cuidados e que contribua, de forma significativa, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Com os melhores votos de reflexão e ação,

Margarida Goes, Henrique Oliveira, Maria Marques, Ana Dias, Paula Pimpão, Inês Cardoso, Rute Pires e Miguel Pedrosa.

0. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional apresenta-se como um dos desafios mais prementes e complexos das sociedades modernas, acarretando implicações profundas nos sistemas de saúde. Com o aumento da longevidade, a gestão eficaz das condições de saúde crónicas torna-se fundamental, exigindo uma reestruturação dos modelos de cuidados de saúde que, tradicionalmente, têm sido fragmentados e focados em episódios agudos de doença (World Health Organization, 2021; OECD, 2021). Este ebook pretende explorar a multifacetada realidade do envelhecimento, sublinhando a importância de uma abordagem integrada que transcenda a simples gestão de doenças crónicas.

A rápida transição demográfica observada globalmente e, em particular, em Portugal, coloca uma pressão significativa sobre os recursos de saúde. À medida que a proporção de pessoas idosas aumenta, torna-se imperativo reformular os paradigmas tradicionais de cuidados de saúde, que frequentemente não conseguem responder às necessidades complexas e variadas desta população (United Nations, 2019). A coexistência de múltiplas doenças crónicas, ou multimorbilidade, é uma característica prevalente entre os idosos, exigindo uma abordagem de cuidados que integre tanto os aspetos físicos quanto os fatores biopsicossociais que influenciam a saúde e o bem-estar (Barnett et al., 2012; Van den Akker et al., 1998).

Neste contexto, o conceito de autocuidado assume um papel central. A capacidade de os indivíduos gerirem ativamente a sua saúde, prevenindo complicações e promovendo a autonomia, é fundamental para a promoção de um envelhecimento saudável. A capacitação para o autocuidado não só melhora a qualidade de vida dos idosos, mas também contribui para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, ao reduzir a necessidade de intervenções médicas frequentes e intensivas (Lorig et al., 2013).

Os cuidados integrados, que enfatizam a coordenação e continuidade dos serviços de saúde, emergem como uma solução eficaz para enfrentar os desafios colocados pela multimorbilidade. Este modelo de cuidados visa garantir que as pessoas em cuidados recebam um tratamento contínuo e centrado nas suas necessidades específicas, promovendo a satisfação e melhores resultados em saúde. A integração dos cuidados permite ainda uma gestão mais eficiente dos recursos, contribuindo para a redução dos custos associados a cuidados fragmentados e descoordenados (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Nolte & Pitchforth, 2014).

A dependência, frequentemente associada ao envelhecimento, implica a necessidade de apoio contínuo para a realização de atividades diárias, devido a limitações físicas ou cognitivas. A resposta a esta realidade requer uma abordagem integrada que inclua não apenas cuidados médicos, mas também suporte social e emocional. A construção de sistemas de saúde sustentáveis capazes de suportar esta crescente carga de dependência é um desafio crítico, que exige a implementação de práticas ambientais sustentáveis para minimizar a pegada ecológica do setor da saúde (OECD, 2020; Pichler et al., 2019).

O objetivo deste e-book é explorar e analisar as complexidades associadas ao envelhecimento populacional, com um foco particular na multimorbilidade, autocuidado, cuidados integrados e dependência. Pretende-se oferecer uma visão abrangente das melhores práticas e estratégias para a criação de sistemas de cuidados de saúde que sejam sustentáveis, equitativos e centrados na pessoa. Além disso, visa contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde que promovam um envelhecimento saudável, melhorando a qualidade de vida dos idosos e garantindo a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Propõe-se, portanto, uma análise detalhada dos fatores que influenciam o envelhecimento e apresenta abordagens inovadoras que visam promover um envelhecimento com qualidade de vida, dignidade e bem-estar. Ao abordar de forma integrada e centrada na pessoa, procuramos fornecer uma base sólida para a transformação dos sistemas de cuidados de saúde, adaptando-os às necessidades e desafios do século XXI.

1. Envelhecimento saudável e os desafios para os sistemas de saúde: perspetivas, cuidados integrados e sustentabilidade

1.1. Diferentes perspetivas de saúde

O envelhecimento individual transcende a mera contagem dos anos vividos e é influenciado por um conjunto complexo de fatores ao longo do curso de vida. O modo como se envelhece está intrinsecamente ligado às experiências, escolhas e exposições ao longo da existência, delineando a abordagem do curso de vida. Dessa forma, o envelhecimento pode manifestar-se com ou sem doenças crónicas e com limitações funcionais variadas. Estas dimensões entrelaçam-se com fatores contextuais, como a dinâmica sociofamiliar e económica, a configuração física do ambiente habitacional e a coesão comunitária.

A saúde pode ser compreendida como um estado que capacita o indivíduo a lidar de forma adequada com todas as exigências do quotidiano, incluindo a ausência de doença e incapacidade, ou como um estado de equilíbrio entre o indivíduo e o seu ambiente social e físico (Sartorius, 2006). Esta perspetiva integrada do envelhecimento requer a seleção criteriosa de indicadores adequados que considerem não apenas as dimensões físicas, mas também as dimensões mentais, sociais e ambientais.

Compreender o envelhecimento e a sua interligação com a saúde é fundamental tanto a nível individual como coletivo. A análise dos percursos de vida anteriores, das interações biopsicossociais e dos determinantes que moldam o envelhecimento fundamenta-se no discernimento da influência dos fatores preexistentes no processo de envelhecimento. Este conhecimento é essencial para delinear paradigmas que otimizem os sistemas de saúde, promovendo a saúde, a qualidade de vida e a equidade na era do envelhecimento populacional.

Segundo Goes et al. (2020), a gestão da saúde na terceira idade requer uma compreensão profunda das condições que frequentemente acompanham o envelhecimento, como a multimorbilidade e a dependência funcional. Estes desafios exigem uma abordagem que privilegie a continuidade dos cuidados e a centralidade da pessoa no processo de assistência, reconhecendo a complexidade das interações entre diferentes condições de saúde e a necessidade de cuidados coordenados e personalizados.

Adicionalmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sublinha que o envelhecimento saudável depende significativamente dos ambientes físicos e sociais onde as pessoas vivem, assim como das suas características pessoais e experiências de vida. A promoção de ambientes de apoio e a implementação de políticas públicas que favoreçam o envelhecimento ativo são fundamentais para garantir que os indivíduos possam manter uma alta qualidade de vida durante mais tempo. Este foco em políticas integradas e centradas na pessoa é fundamental para responder às necessidades complexas de uma população envelhecida, promovendo não apenas a longevidade, mas também o bem-estar e a participação ativa dos idosos na sociedade (WHO, 2022).

Goes et al. (2021) destacam ainda a importância de incorporar a perspetiva do autocuidado no contexto da multimorbilidade. O desenvolvimento de competências de autocuidado permite que os indivíduos assumam um papel ativo na gestão da sua saúde, facilitando a adaptação às diversas etapas do ciclo vital e aos processos de saúde e doença. Esta abordagem não só promove a autonomia e a qualidade de vida, mas também reduz a carga sobre os sistemas de saúde, ao incentivar práticas de saúde preventiva e de manutenção por parte das próprios pessoas. A literatura reforça a necessidade de intervenções que fortaleçam estas competências, reconhecendo a variabilidade cultural e situacional das práticas de autocuidado (Goes et al., 2021; Lopes et al., 2022).

1.2. Autocuidado no contexto da multimorbilidade

A multimorbilidade caracteriza-se pela presença de duas ou mais doenças crónicas num mesmo indivíduo, sendo prevalente nas populações envelhecidas (Xu et al., 2021). Esta coexistência de patologias aumenta a complexidade do quadro clínico e requer cuidados contínuos e interdisciplinares (Smith et al., 2018; Lopes & Sakellarides, 2021). A dependência funcional, definida pela necessidade de assistência para atividades diárias devido a limitações físicas, cognitivas ou emocionais, impacta significativamente o bem-estar e a qualidade de vida (Goes et al., 2020).

O desenvolvimento de competências de autocuidado assume um papel central na gestão da multimorbilidade, permitindo às pessoas um papel ativo em decisões informadas sobre a sua saúde. Elas podem debater opções, reportar oscilações do estado de saúde e evitar o agravamento dos sintomas, facilitando a comunicação com os profissionais de saúde (Lopes, 2021; Lopes, 2021a). O autocuidado como recurso terapêutico contribui para a adaptação do indivíduo às várias etapas do seu ciclo vital e

aos processos de saúde e doença de forma mais eficaz (Riegel, Jaarsma, & Strömberg, 2012, 2022).

A gestão de cuidados para pessoas com multimorbilidade exige uma mudança de paradigma, com ênfase em cuidados centrados na pessoa e na continuidade dos cuidados ao longo do ciclo de vida (Lopes et al., 2022; Lopes et al., 2024). Esta abordagem assegura que os cuidados sejam adaptados às necessidades individuais, promovendo a autonomia e a qualidade de vida. Manter a saúde das pessoas mais velhas é um investimento em capital humano e social, e intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem podem melhorar significativamente a satisfação destas pessoas (Goes et al., 2023).

O autocuidado é abordado sob diversas perspetivas na literatura científica, destacando-se quatro principais dimensões. A primeira é a dimensão **cultural e situacional**, onde as práticas de autocuidado são influenciadas pelos valores culturais e o contexto do indivíduo, implicando a necessidade de uma abordagem personalizada na educação e intervenção em saúde (Richard & Shea, 2011; Kinslow et al., 2020). A segunda dimensão refere-se à **capacidade de agir** e fazer escolhas, que inclui a capacidade de tomar decisões informadas sobre a saúde, realçando a importância de fornecer ferramentas e conhecimentos necessários para decisões autónomas e responsáveis (Riegel et al., 2022; Park et al., 2021). A terceira dimensão é a **influência de conhecimento e motivação**, onde fatores como conhecimento, aptidões, valores e motivação determinam a capacidade de gestão eficaz da saúde, destacando a necessidade de programas educativos que fortaleçam estas competências (Bandura, 1997; Ngai & Fenwick, 2020). Finalmente, a quarta dimensão foca-se no **controlo individual da saúde**, promovendo a autogestão e responsabilidade pessoal, fundamental para a gestão de condições crónicas e melhoria da qualidade de vida (Sousa et al., 2020; Tremayne & de Bourg, 2023).

O modelo compreensivo da pessoa, proposto por Lopes (2018), integra a condição de saúde, as funções e o autocuidado, considerando a pessoa no contexto da sua família e comunidade. Este modelo destaca a inter-relação entre a condição de saúde, as funções (como cognição, pensamento e emoção) e o autocuidado (atividades diárias como comer, beber, lavar-se, vestir-se e dormir). A condição de saúde de um indivíduo é simultaneamente resultado e influenciador das funções e do autocuidado, o que significa que uma alteração na saúde pode repercutir-se nas capacidades de autocuidado e nas funções cognitivas e emocionais, e vice-versa.

O conceito de autocuidado familiar, também proposto por Lopes (2018), é particularmente relevante. Este conceito sugere que o autocuidado não é apenas um esforço individual, mas um processo sociofamiliar. A forma como os membros de uma família cuidam uns dos outros e os comportamentos de autocuidado dentro da família influenciam-se mutuamente e são moldados por fatores culturais, socioeconómicos, educacionais e religiosos. Este padrão de autocuidado familiar é dinâmico e evolui ao longo do ciclo de vida familiar, adaptando-se às mudanças e transições que a família enfrenta.

Integrar o autocuidado no contexto da multimorbilidade e do envelhecimento saudável é essencial para desenvolver sistemas de cuidados de saúde sustentáveis, centrados na pessoa e adaptados às necessidades complexas da população envelhecida. A promoção do autocuidado familiar pode melhorar a capacidade de adaptação e resiliência dos indivíduos e das famílias, facilitando uma melhor gestão das condições de saúde e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida (Lopes, 2018).

1.2.1. Avaliação de Indicadores Relevantes no Contexto do Envelhecimento Saudável

No estudo do envelhecimento humano, a utilização de indicadores relevantes desempenha um papel fundamental ao fornecer uma visão precisa e abrangente das complexas dinâmicas envolvidas nesse processo. Neste contexto, os indicadores atuam como lentes analíticas, permitindo uma avaliação objetiva das mudanças físicas, sociais, económicas e de saúde que ocorrem ao longo do curso de vida (Goes et al., 2020; Xu et al., 2021). A necessidade de utilizar indicadores relevantes surge da procura por uma compreensão precisa e fundamentada do envelhecimento demográfico saudável, permitindo a identificação de tendências, padrões e desafios que orientam a formulação de estratégias eficazes de promoção de bem-estar e cuidados para a população idosa (OECD, 2021).

A avaliação criteriosa de uma panóplia de indicadores interligados, envolvendo tanto o domínio da saúde quanto a expectativa de vida, delineia uma compreensão minuciosa da atual realidade subjacente ao envelhecimento contemporâneo. Neste enquadramento, a ênfase não repousa meramente na extensão da longevidade, mas, simultaneamente, na apreensão abrangente da qualidade de vida ao longo do espectro do envelhecimento. Essa apreensão engloba variáveis intrinsecamente interconectadas,

as quais superam as fronteiras estreitas da idade cronológica (Lopes et al., 2022; Richard & Shea, 2011).

Entre os indicadores mais relevantes no contexto do envelhecimento saudável destacam-se atualmente:

Indicadores de Funcionalidade: Como a capacidade para realizar atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), que são cruciais para avaliar a autonomia e independência dos idosos. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é amplamente utilizada para essa avaliação (World Health Organization, 2021; Cieza et al., 2019).

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS): Questionários e escalas que medem a percepção dos indivíduos sobre o seu estado de saúde e bem-estar (Bowling, 2017; Guyatt et al., 2021).

Bem-Estar e Satisfação: Indicadores que avaliam a satisfação dos indivíduos com a sua vida e bem-estar geral, refletindo uma abordagem integrada da saúde (Diener et al., 2018; Steptoe et al., 2019).

Prevalência de Doenças Crônicas: Indicadores que quantificam a presença de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, entre outras, são essenciais para avaliar a carga de doença na população idosa (Barnett et al., 2012; Larsen et al., 2021).

Esperança de Vida Saudável (HALE): Mede a quantidade de anos que uma pessoa pode esperar viver com boa saúde, ajustando a expectativa de vida total pela prevalência de doenças e incapacidades (Salomon et al., 2012; World Health Organization, 2021).

Enquanto os indicadores tradicionais, como a taxa de mortalidade, continuam a ser importantes, a ênfase atual tem-se deslocado para a avaliação da capacidade funcional, qualidade de vida, bem-estar e satisfação, refletindo uma compreensão mais abrangente e centrada na pessoa do envelhecimento saudável.

A avaliação dos indicadores de saúde deve ser conduzida de forma sistemática e contínua, utilizando metodologias rigorosas e fontes de dados confiáveis. A análise desses indicadores permite a identificação de tendências e padrões que são fundamentais para a formulação de políticas de saúde pública e para a implementação de intervenções eficazes (Smith et al., 2018; Lopes & Sakellarides, 2021).

Adicionalmente, os indicadores voltados para a saúde mental configuram-se como ferramentas de avaliação das dimensões relativas à saúde mental, abarcando a

prevalência de perturbações mentais, o acesso aos serviços de saúde mental e o bem-estar psicológico. O Índice de Saúde Mental (ISM) assume a tarefa de aferir a saúde mental da coletividade (WHO, 2024). Em relação à segurança e violência, estes indicadores congregam dados pertinentes à violência doméstica, à violência comunitária e à segurança pessoal. A Taxa de Homicídios, enquanto indicador, provê uma medida acerca da segurança numa dada área (PORDATA, 2022e, 2022f). Os indicadores concernentes à segurança alimentar, por sua vez, mensuram o acesso a alimentos saudáveis e nutricionalmente adequados. Neste contexto, o Índice de Segurança Alimentar (ISA) traduz a disponibilidade e a acessibilidade alimentar (WHO, 2024).

A abordagem ampla e interligada, delineada pelos indicadores e determinantes de saúde, contribui para a obtenção de uma perspetiva mais completa acerca do envelhecimento e das influências que moldam o estado de saúde das populações. Através da análise conjunta destes indicadores, torna-se viável identificar áreas que carecem de intervenção prioritária, conceber políticas de saúde eficazes e promover o bem-estar geral das comunidades (Xu et al., 2021; OCDE, 2021).

Importa realçar que a gestão da saúde ao longo do ciclo de vida, sobretudo durante a fase de envelhecimento, requer a otimização das capacidades intrínsecas e funcionais dos indivíduos idosos, ponderando suas complexas interações com o meio ambiente e o equilíbrio da saúde mental. Neste contexto, a necessidade premente de sistemas de cuidados de saúde sustentáveis e personalizados emerge como uma resposta imperativa para enfrentar os desafios inerentes ao envelhecimento demográfico saudável, salvaguardando que a população idosa possa desfrutar de existências plenas de significado, mesmo perante as complexidades advindas da multimorbiidade (Lopes et al., 2022).

Esta análise detalhada dos indicadores relevantes no contexto do envelhecimento saudável fornece uma base sólida para a compreensão das dinâmicas envolvidas e para a promoção de estratégias de saúde que visem a melhoria contínua da qualidade de vida da população idosa.

1.2.2. Complexidade da Multimorbilidade no Envelhecimento Saudável

No contexto do envelhecimento, emerge uma realidade intrincada: a multimorbilidade, caracterizada pela coexistência de múltiplas doenças crónicas num mesmo indivíduo. Este fenómeno não deve ser encarado como uma inevitabilidade do processo de envelhecimento, mas sim como uma complexa interação entre diversas condições de saúde. A multimorbilidade transcende a mera coexistência de doenças, abrangendo também fatores biopsicossociais e de risco que podem influenciar significativamente o curso e os resultados em saúde (Barnett et al., 2012; Marengoni et al., 2011).

A multimorbilidade pode ser entendida como a combinação de pelo menos uma doença crónica com outra doença (aguda ou crónica), ou mesmo com fatores biopsicossociais e de risco somáticos. Esta natureza multifacetada abrange não apenas condições clínicas, mas também as dinâmicas sociais e os desafios quotidianos enfrentados pelos indivíduos (Tinetti et al., 2012). Em contraste com a ideia de envelhecimento como um processo inevitável de declínio, a abordagem à multimorbilidade reconhece que o contexto de vida, o ambiente, os comportamentos individuais e as características genéticas influenciam a forma como as doenças interagem e afetam a saúde e a qualidade de vida de uma pessoa (Valderas et al., 2009).

Le Reste et al. (2013) destacam a influência modificadora da multimorbilidade nos resultados em saúde, ressaltando como ela pode aumentar a incapacidade ou fragilidade e reduzir a qualidade de vida. Além disso, a multimorbilidade pode influenciar a forma como os serviços de saúde são procurados, utilizados e adaptados, requerendo intervenções específicas e estratégias de gestão que considerem a interação entre as diversas condições de saúde (Smith et al., 2012).

A gestão adequada da multimorbilidade requer uma abordagem multidisciplinar e centrada na pessoa, que leve em consideração não apenas as características de condições clínicas, mas também os aspectos psicossociais, a rede de suporte social, o acesso a serviços de saúde e as estratégias de adaptação que podem mitigar os efeitos negativos da coexistência de múltiplas condições de saúde. Esta abordagem compreensiva é fundamental para assegurar que as intervenções em saúde sejam efetivas e centradas nas necessidades individuais, promovendo um envelhecimento saudável e com qualidade de vida (Ouwens et al., 2005; Bayliss et al., 2007).

O autocuidado desempenha um papel vital na gestão da multimorbilidade, permitindo que os indivíduos assumam um papel ativo na manutenção e melhoria da sua saúde. O autocuidado envolve atividades que vão desde a promoção de comportamentos saudáveis até à monitorização e gestão de condições crónicas. Estas atividades incluem a prática de exercício físico regular, uma alimentação saudável, a adesão a regimes de medicação, a monitorização de sintomas e a comunicação eficaz com os profissionais de saúde (Barlow et al., 2002; Lorig & Holman, 2003).

Todavia, o autocuidado deve ser adaptado ao longo do ciclo de vida, ajustando-se às mudanças nas circunstâncias de saúde e vida. Esta adaptabilidade é essencial para garantir que o autocuidado permaneça eficaz e relevante, independentemente da complexidade das condições de saúde do indivíduo. A promoção de competências de autocuidado ao longo da vida pode contribuir significativamente para a capacidade de adaptação e resiliência dos indivíduos, facilitando uma melhor gestão das suas condições de saúde e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida (Meleis, 2010; Levin et al., 2008).

Em suma, a complexidade da multimorbilidade no envelhecimento saudável exige uma abordagem integrada e centrada na pessoa, onde o autocuidado se apresenta como um componente fundamental. A capacidade dos indivíduos para gerirem ativamente a sua saúde através do autocuidado pode fazer uma diferença significativa na promoção do bem-estar e na mitigação dos impactos adversos das múltiplas condições de saúde.

1.2.3. Investigando Abordagens de Cuidados Centrados na Pessoa para o Envelhecimento Saudável

Perante o cenário de envelhecimento individual e multimorbilidade, é essencial adotar modelos de cuidados centrados na pessoa. Estes modelos devem priorizar as necessidades individuais e promover a colaboração entre profissionais de saúde e as pessoas idosas. A abordagem centrada na pessoa enfatiza a integração e a continuidade dos cuidados, reconhecendo as dimensões físicas, emocionais e sociais da saúde (WHO, 2024; Levin et al., 2008). Estratégias de envelhecimento ativo e saudável são cruciais para melhorar a qualidade de vida dos idosos, incentivando a autonomia e a independência. Transformações paradigmáticas nos serviços de saúde são necessárias para colocar a pessoa no centro do processo de cuidado, independentemente da presença de doenças crónicas, promovendo uma colaboração eficaz entre pessoas e profissionais de saúde ao longo de todas as fases da vida (WHO, 2024).

Todavia, é evidente que a carga global de doenças exerce um impacto substancial na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos idosos. No contexto da multimorbilidade, onde várias condições de saúde coexistem, emerge a necessidade premente de cuidados de longa duração. Para abordar este desafio complexo, são necessárias equipas de saúde multidisciplinares, cuja composição promova a integração e continuidade dos cuidados (Goes et al., 2021; WHO, 2024).

Nesta perspetiva, a centralidade primordial recai sobre o bem-estar da pessoa, o que requer uma visão global das diversas situações clínicas que a possam estar a afetar. A avaliação das pessoas idosas, de acordo com determinados conceitos, torna-se fundamental. A capacidade intrínseca, entendida como a combinação das capacidades físicas e mentais do indivíduo, incluindo as psicológicas, e a capacidade funcional, que consiste na capacidade intrínseca do indivíduo no ambiente em que habita e nas interações entre eles, ganham destaque (Lopes, 2021). A otimização destas capacidades permite que as pessoas sejam e façam o que têm razões para valorizar (WHO, 2024).

Para apoiar o envelhecimento saudável, os serviços de cuidados de saúde e sociais e os sistemas que lhes servem de base terão de responder às diversas necessidades das pessoas mais velhas, incluindo as pessoas com níveis elevados e estáveis de capacidades intrínsecas, as que possuem as capacidades intrínsecas diminuídas ou as pessoas cujas capacidades caíram para um ponto em que necessitam dos cuidados e apoio de terceiros (OCDE, 2021). A implementação da integração de cuidados é fundamental para garantir que os serviços de saúde sejam acessíveis e eficazes para o indivíduo, possibilitando-lhe encontrar o cuidado necessário de forma oportuna e facilitada (Lopes, 2021). Dessa forma, o percurso de cuidados nos serviços de saúde torna-se mais transparente, coerente e adaptado às suas necessidades reais (WHO, 2024).

Porém, a perspetiva de saúde ao longo do curso de vida enfatiza a importância de uma abordagem contínua, que valorize a manutenção da saúde em todas as fases da vida, visando não apenas a gestão de doenças, mas também a promoção do bem-estar e da qualidade de vida (Levin et al., 2008). A maioria dos sistemas de saúde na Europa atualmente organiza os cuidados em torno de doenças específicas, com tratamentos frequentemente voltados para melhorar os resultados clínicos (van der Heide et al., 2018). No entanto, em Portugal, o cenário identificado revela uma grande discrepância em relação a outros países, especialmente no que diz respeito aos anos de vida saudável

a partir dos 65 anos, bem como a falta de uma política nacional que promova a melhoria da esperança de vida com saúde nesse grupo etário (PORDATA, 2022d; Lopes, 2021).

É, portanto, fundamental adotar estratégias de envelhecimento ativo e saudável para minimizar o impacto das doenças, promovendo o autocuidado, a autonomia e a independência (Lopes & Sakellarides, 2021). Para isso, é importante desenvolver modelos de cuidados centrados na pessoa que incluem a integração e a continuidade dos cuidados. Isso implica mudanças profundas em toda a sociedade, não apenas nos serviços de saúde. É necessário que as pessoas assumam a responsabilidade pela sua própria saúde e autocuidado, em vez de colocar essa responsabilidade apenas nas mãos dos profissionais de saúde. O objetivo é promover a coprodução de cuidados, na qual profissionais de saúde e pessoas em cuidados trabalham juntos para alcançar os objetivos individuais de cada um (WHO, 2024). Além disso, é essencial envolver estratégias de saúde locais e incorporar tecnologias de informação e comunicação (Lopes, 2016).

Duas perspetivas se destacam aqui: a promoção da saúde e do bem-estar para alcançar um envelhecimento ativo e saudável e a mudança paradigmática nos serviços de saúde, com foco em modelos de cuidados nos quais a pessoa está no centro, independentemente de ter ou não uma ou várias doenças crónicas. O objetivo é promover uma interação contínua entre a pessoa e os sistemas de saúde ao longo de todo o ciclo de vida, desde a fase de preconceção (planeamento familiar), saúde fetal (gravidez), saúde na infância e adolescência, saúde na idade adulta até a terceira idade. Somente atuando em todas as fases do percurso de vida da pessoa conseguiremos alcançar um envelhecimento ativo e saudável eficaz. Portanto, é fundamental mudar a perspetiva de que o envelhecimento se aplica apenas aos idosos, pois envelhecemos todos os dias, independentemente da idade que tenhamos.

2. Evidências das Abordagens de Cuidados Integrados Centrados na Pessoa: Construindo um Paradigma de Saúde Integral

O envelhecimento é um percurso multifacetado que reflete a complexidade da vida humana e a interação entre fatores genéticos, ambientais, sociais e de estilo de vida. Compreender a intricada interligação desses elementos é fundamental para oferecer abordagens de cuidados de saúde eficazes e centradas na pessoa. À medida que a sociedade testemunha o envelhecimento demográfico em escala global, os cuidados de saúde dos idosos assumem uma importância crescente. Neste contexto, os modelos de

cuidados integrados centrados na pessoa emergem como um paradigma inovador para promover o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos (World Health Organization, 2021; OECD, 2021).

A evidência científica atual revela que a perda da funcionalidade e a subsequente dependência no autocuidado não são meramente determinadas pela idade cronológica. O desenvolvimento humano é um processo de imensa complexidade, no qual cada indivíduo envelhece de maneira única, influenciado por uma miríade de fatores. Muitas incapacidades decorrem de situações que ocorrem ao longo da vida e que, em grande parte, podem ser modificadas por meio de intervenções preventivas e de gestão conjunta da saúde (Fried et al., 2004; Boyd et al., 2005). O envelhecimento, portanto, não se limita à fase pós-65 anos; é um processo que abrange toda a vida, destacando a importância de adotar comportamentos saudáveis desde a juventude para promover um envelhecimento saudável e ativo (Kuh et al., 2014).

Um aspecto fundamental é a compreensão dos determinantes do envelhecimento saudável. Fatores genéticos, estilo de vida, ambiente e fatores sociais entrelaçam-se para moldar a trajetória de envelhecimento de cada indivíduo. Enquanto alguns podem permanecer independentes até idades avançadas, outros podem enfrentar desafios mais cedo. O conceito de envelhecimento ativo ganha destaque, enfatizando a importância da participação ativa na sociedade, do envolvimento em atividades físicas, intelectuais e sociais para promover a saúde mental e física das pessoas, à medida em que a idade avança (WHO, 2002; Rowe & Kahn, 2015).

Desafios tais como o isolamento social, a acessibilidade a cuidados de saúde e a adaptação a mudanças físicas também fazem parte da complexidade do envelhecimento. No entanto, várias ações podem ser tomadas para enfrentar esses obstáculos, incluindo a implementação de programas de suporte, o estabelecimento de redes de apoio e a utilização de tecnologias assistivas (Holt-Lunstad et al., 2015; Smith et al., 2020).

O papel dos cuidados de saúde é fundamental neste cenário. Os sistemas de saúde precisam evoluir para acomodar as complexas necessidades dos idosos. A abordagem centrada na pessoa, que enfatiza a colaboração entre diferentes profissionais de saúde e a consideração de todos os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, emerge como uma maneira eficaz de dar resposta a essas necessidades complexas (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Nolte & Pitchforth, 2014). Intervenções proativas, como a promoção de estilos de vida saudáveis, programas de prevenção e gestão de doenças

crónicas, bem como o uso de tecnologias inovadoras, podem contribuir para um envelhecimento mais saudável e autónomo (Fried et al., 2004; de Souto Barreto et al., 2016).

No entanto, o caminho para uma abordagem abrangente de cuidados de saúde enfrenta desafios, como a fragmentação dos serviços, a falta de comunicação entre profissionais de saúde e a necessidade de reformas de financiamento (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Nolte & Pitchforth, 2014). Educação e a conscientização sobre o envelhecimento saudável desde idades jovens, além da colaboração entre diversos setores da sociedade, são cruciais para alcançar o objetivo de uma jornada de envelhecimento saudável e independente para todos (Rowe & Kahn, 2015).

Num mundo em constante evolução, a construção de sistemas de cuidados de saúde sustentáveis é um imperativo. A procura por soluções inovadoras e abordagens integradas que levem em consideração tanto as necessidades das pessoas quanto a sustentabilidade do planeta é uma responsabilidade compartilhada por todos os membros da sociedade (Pichler et al., 2019). À medida que enfrentamos desafios demográficos e de saúde pública, a colaboração contínua entre governos, profissionais de saúde e a sociedade civil é o alicerce que possibilitará a construção de sistemas de saúde que se mantenham no tempo, oferecendo cuidados acessíveis, equitativos e sustentáveis (WHO, 2021).

2.1. Variedade de Necessidades em Saúde ao Longo do Ciclo de Vida

À medida que percorremos o ciclo de vida, somos confrontados com uma gama diversificada de necessidades em saúde, não resultado de um mero acaso, mas fortemente relacionadas com os nossos percursos individuais. Este percurso, desde o início da vida até a fase de envelhecimento, possui uma dinâmica que pode ser modificada através de intervenções adequadas. Contudo, é também evidente que uma parcela significativa da população enfrenta uma acumulação de desafios de saúde à medida que o processo de envelhecimento se desenrola, frequentemente começando em idades cada vez mais jovens. Esses desafios podem ser atribuídos a uma interação complexa de fatores individuais e contextuais, como a autodeterminação, a literacia em saúde, as condições socioeconómicas, a acessibilidade aos cuidados de saúde, bem como as políticas integradas de saúde e sociais (Lopes & Sakellarides, 2021).

A saúde ao longo do ciclo de vida deve ser abordada de forma integrada e integrada, reconhecendo a influência dos determinantes sociais da saúde. Fatores como

educação, emprego, ambiente social e acesso a recursos de saúde moldam significativamente as trajetórias de saúde dos indivíduos. A literacia em saúde, em particular, desempenha um papel fundamental na capacitação dos indivíduos para a tomada de decisões informadas sobre a sua saúde e na promoção de comportamentos saudáveis desde a infância até à velhice (Nutbeam, 2008; WHO, 2021). Intervenções eficazes devem, portanto, considerar a educação para a saúde como um elemento central, promovendo competências que permitam uma melhor gestão da saúde pessoal e comunitária ao longo de todas as fases da vida.

A implementação de políticas de saúde integradas é fundamental para enfrentar os desafios colocados pelo envelhecimento populacional e pela multimorbilidade. Estas políticas devem promover a coordenação entre os diversos setores de cuidados de saúde e serviços sociais, assegurando que as necessidades complexas dos indivíduos sejam abordadas de forma contínua e abrangente (OECD, 2021). Além disso, a acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde são essenciais para garantir que todas as populações, independentemente do seu contexto socioeconómico, tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade. Investimentos em cuidados primários e preventivos são particularmente importantes para a deteção precoce de doenças e a promoção de um envelhecimento saudável (OECD, 2021; WHO, 2022).

O papel da tecnologia na gestão da saúde ao longo do ciclo de vida também não pode ser subestimado. Ferramentas digitais e assistivas, como telemedicina, dispositivos de monitorização de saúde e plataformas de informação, podem melhorar significativamente a gestão das condições crónicas e facilitar a comunicação entre pessoas em cuidados e profissionais de saúde (OECD, 2021). No entanto, é fundamental que a implementação dessas tecnologias seja acompanhada de uma capacitação adequada dos utilizadores e da garantia de acesso equitativo a essas ferramentas, para que possam realmente contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar das populações (WHO, 2022).

2.2. Paradigma Atual e Necessidade de Mudança

O paradigma vigente dos cuidados de saúde tem se mostrado desajustado, concentrando-se predominantemente na abordagem de doenças, especialmente aquelas de natureza aguda. Por conseguinte, emerge uma imperiosa necessidade de reavaliar os modelos de cuidados existentes, com a urgência de implementar abordagens centradas na pessoa, que assegurem a integração e a continuidade dos

cuidados de saúde. Manter a saúde das pessoas ao longo de todo o ciclo de vida constitui um investimento fundamental em capital humano e social. A procura por um envelhecimento saudável impulsiona um novo foco nos cuidados de saúde, direcionado ao longo de todo o ciclo vital. Esta perspetiva prioriza a otimização da capacidade intrínseca e funcional das pessoas ao longo de suas vidas, com a finalidade de prevenir, em idades mais avançadas, a dependência de cuidados (WHO, 2024; OECD, 2021).

A evolução dos modelos de cuidados de saúde é uma necessidade imperativa. Esta evolução deve contemplar modelos mais centrados na pessoa, com destaque para a prevenção e a continuidade dos cuidados, ultrapassando a limitada ênfase na agudização das condições de saúde. A ênfase na otimização das capacidades físicas e mentais dos idosos ao longo de suas vidas, capacitando-os a realizar atividades valorizadas, emerge como uma alternativa fundamental à abordagem fragmentada que lida de forma desarticulada com múltiplas doenças e sintomas (WHO, 2024).

Uma mudança paradigmática requer uma reestruturação dos serviços de saúde. Em vez de uma fusão das estruturas organizacionais existentes, é essencial fomentar uma colaboração coordenada entre diversos prestadores de serviços. A atual fragmentação não apenas inadequadamente responde às necessidades dos idosos, mas também acarreta custos substanciais e evitáveis, tanto para os próprios idosos quanto para o sistema de saúde (Nolte & Pitchforth, 2014). Desta forma, uma mudança para uma abordagem centrada na pessoa não se restringe apenas à reestruturação dos serviços de saúde, mas também implica uma mudança profunda na cultura e na mentalidade dos profissionais de saúde. Requer uma transição de um modelo exclusivamente biomédico para uma visão integrada e abrangente da saúde e do bem-estar. Isso exige uma compreensão mais ampla das necessidades e desejos individuais dos idosos, reconhecendo que cada pessoa é única e traz consigo uma bagagem única de experiências, valores e preferências (OECD, 2021; WHO, 2024).

Todavia, a abordagem centrada na pessoa não pode ser considerada isoladamente. Ela deve ser parte integrante de um sistema mais amplo que envolve políticas de saúde, educação, serviços sociais e até mesmo mudanças na infraestrutura das comunidades. A criação de ambientes amigáveis aos idosos, acessíveis e inclusivos, é fundamental para apoiar um envelhecimento saudável e independente (WHO, 2024).

As tecnologias digitais e assistivas desempenham um papel crescente nessa abordagem centrada na pessoa. Elas podem ampliar as possibilidades de acompanhamento da saúde, fornecer informações relevantes para os idosos e facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas, familiares e comunidade

(Levin et al., 2008). No entanto, é importante lembrar que a tecnologia deve ser vista como uma ferramenta que complementa, e não substitui, a interação humana e o cuidado pessoal.

O autocuidado também desempenha um papel fundamental nesta transição paradigmática. O desenvolvimento de competências de autocuidado capacita os idosos a gerir de forma proativa a sua saúde, promovendo a autonomia e reduzindo a dependência de cuidados formais (Riegel et al., 2022). A promoção do autocuidado envolve a educação contínua sobre práticas de saúde, a monitorização regular de condições crónicas e o incentivo à tomada de decisões informadas sobre a saúde (Bandura, 1997). Programas de autocuidado bem estruturados podem contribuir significativamente para a manutenção da saúde e bem-estar dos idosos, integrando-se de forma harmoniosa com os cuidados profissionais.

Portanto, a transição para um modelo de cuidados integrados centrados na pessoa requer não apenas mudanças estruturais, mas também uma mudança cultural profunda. A capacitação dos profissionais de saúde, o envolvimento ativo dos idosos na gestão de sua própria saúde e a colaboração entre os diferentes setores da sociedade são fundamentais para garantir um envelhecimento saudável e uma qualidade de vida elevada para a população idosa (WHO, 2024).

2.3. Benefícios dos Cuidados Integrados Centrados na Pessoa

Existem diversas evidências que apoiam os benefícios dos cuidados integrados centrados na pessoa, incluindo a melhoria da satisfação das pessoas, maior participação na tomada de decisões, redução significativa dos internamentos hospitalares e promoção de uma melhor qualidade de vida. As evidências que sustentam os cuidados integrados centrados na pessoa provêm de várias fontes, incluindo investigação clínica, estudos de caso, revisões sistemáticas e experiências clínicas. Algumas das evidências mais relevantes incluem:

Melhoria nos Resultados de Saúde: As evidências científicas têm demonstrado que os cuidados integrados podem conduzir a melhores resultados de saúde para as pessoas. Isto inclui a redução de complicações, readmissões hospitalares e mortes prematuras, especialmente para pessoas com condições crónicas complexas (Nolte & Pitchforth, 2014; WHO, 2024). Estudos indicam que a coordenação dos cuidados pode resultar em melhor gestão das condições crónicas e uma diminuição das internações hospitalares não planejadas (OECD, 2021). Um estudo destaca que os cuidados integrados

melhoram a qualidade de vida e reduzem a mortalidade em pessoas com doenças crónicas (Smith et al., 2018).

Satisfação das Pessoas: Quando são envolvidas nas decisões sobre os cuidados a receber e as suas preferências são tidas em consideração, as pessoas tendem a estar mais satisfeitas com os cuidados recebidos. Esta satisfação contribui para uma maior adesão ao tratamento e melhores resultados (Levin et al., 2008). A participação ativa dos pessoas nos seus cuidados aumenta a confiança e a cooperação com os profissionais de saúde, resultando em uma gestão mais eficaz das condições de saúde (Riegel et al., 2022). Um estudo mostra que a satisfação das pessoas aumenta significativamente com a implementação de cuidados centrados na pessoa (Epstein et al., 2010).

Redução de Custos: A coordenação eficaz dos cuidados pode reduzir custos de saúde, evitando repetições desnecessárias de exames, consultas e procedimentos. Também pode ajudar a prevenir hospitalizações não planeadas, gerando economia tanto para os sistemas de saúde quanto para as pessoas em cuidados (OECD, 2021). Estudos demonstram que os sistemas de cuidados integrados são mais eficientes, reduzindo a carga financeira sobre os sistemas de saúde públicos e privados (WHO, 2024). Pesquisa confirma que os cuidados integrados podem levar a uma redução significativa nos custos de cuidados de saúde (Bodenheimer & Berry-Millett, 2009).

Prevenção e Promoção da Saúde: Uma abordagem integrada permite a identificação precoce de riscos para a saúde e a implementação de estratégias preventivas. Adicionalmente, pode promover a educação da pessoa sobre um estilo de vida saudável e autocuidado (Nutbeam, 2008). A educação contínua e o acompanhamento regular são essenciais para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, resultando em uma melhor qualidade de vida (WHO, 2021). A pesquisa destaca que a educação em saúde e a promoção do autocuidado são fundamentais para a gestão eficaz de doenças crónicas (Lorig et al., 2013).

Comunicação e Colaboração: Os cuidados integrados enfatizam a comunicação aberta e a colaboração entre diferentes profissionais de saúde. Esta leva a uma abordagem mais abrangente e eficaz para dar resposta às necessidades específicas de cada pessoa (OECD, 2021). A colaboração entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde é fundamental para a prestação de cuidados contínuos e coordenados (Nolte & Pitchforth, 2014). Um estudo ressalta a importância da comunicação eficaz na melhoria dos resultados dos cuidados de saúde (Gittell et al., 2010).

Transições de Cuidados: Durante transições entre diferentes níveis de cuidados (por exemplo, alta hospitalar), os cuidados integrados podem ajudar a garantir uma transição suave, reduzindo os riscos de erros de medicação ou de informações perdidas (WHO, 2024). A continuidade dos cuidados é fundamental para a segurança das pessoas e a eficácia dos tratamentos (OECD, 2021). Uma revisão sistemática destaca que a integração dos cuidados durante as transições pode reduzir significativamente as readmissões hospitalares (Coleman et al., 2006).

Abordagem Integrada: Ao considerar os aspectos físicos, emocionais e sociais da saúde das pessoas, os cuidados integrados podem proporcionar cuidados mais abrangentes e personalizados (Levin et al., 2008). Esta abordagem integrada reconhece a complexidade da saúde e bem-estar, tratando o indivíduo como um todo, e não apenas as suas doenças (WHO, 2024).

Políticas de Saúde: Em diversos países, as políticas de saúde têm enfatizado a importância dos cuidados integrados e centrados na pessoa como uma abordagem fundamental para melhorar os sistemas de saúde (OECD, 2021). Políticas bem estruturadas são essenciais para a implementação eficaz de cuidados integrados, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de alta qualidade (WHO, 2024). Estudos reforçam a importância das políticas integradas na melhoria dos sistemas de saúde (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Modelos de Cuidados Inovadores: Muitas instituições de saúde têm adotado modelos de cuidado integrado e, em Portugal, temos como exemplo as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que têm demonstrado eficácia na melhoria dos cuidados. Estas equipas promovem a continuidade e a coordenação dos cuidados, resultando em melhores resultados para as pessoas em acompanhamento (Lopes & Sakellarides, 2021).

Os cuidados integrados centrados na pessoa emergem como uma abordagem essencial e revolucionária na prestação de cuidados de saúde aos idosos. Este paradigma transcende a simples focalização na doença, abraçando a integralidade da pessoa, as suas preferências, necessidades e valores. As evidências são claras: os benefícios são amplos e profundos. Desde a melhoria dos resultados de saúde até à promoção de uma melhor qualidade de vida, passando pela redução de custos e pela valorização das escolhas individuais, os cuidados integrados centrados na pessoa demonstram a sua capacidade transformadora.

As implicações vão além do indivíduo, afetando positivamente os cuidadores, as famílias, a comunidade e até mesmo os sistemas de saúde. A ênfase na prevenção,

colaboração entre profissionais e uma abordagem integradora garantem que os idosos possam envelhecer de maneira saudável e digna. É imperativo que os modelos de cuidados evoluam, abandonando o paradigma puramente curativo, para abraçar uma visão mais abrangente e proativa. Através da implementação de estratégias como as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) em Portugal e outras iniciativas internacionais semelhantes, a transformação está em curso. A abordagem centrada na pessoa não é apenas uma opção viável, mas uma necessidade urgente para enfrentar os desafios que o envelhecimento populacional apresenta. Ao assegurar cuidados personalizados, eficazes e colaborativos, estamos moldando um futuro onde a saúde na terceira idade é sinônimo de qualidade, dignidade e bem-estar duradouros.

2.4. Modelos de Cuidados Integrados em Diferentes Países

Num cenário global de envelhecimento da população e aumento das necessidades de cuidados de saúde, os modelos de cuidados integrados emergem como soluções fundamentais para enfrentar os desafios complexos e multifacetados associados ao envelhecimento e à dependência. Países como a Holanda, Alemanha, Inglaterra e Portugal têm adotado abordagens inovadoras, centradas na pessoa, que visam proporcionar cuidados coordenados, abrangentes e personalizados aos idosos. Esses modelos não apenas demonstram a importância de uma abordagem integrada para a saúde dos mais velhos, mas também destacam a necessidade de uma colaboração estreita entre profissionais de saúde, sistemas de saúde e serviços sociais.

Alguns Modelos de Cuidados Integrados:

Holanda: O sistema de assistência geral conhecido como "Huisartsenzorg" ou "GP care" posiciona os médicos de clínica geral (huisarts) como o ponto central de coordenação dos cuidados de saúde. Eles proporcionam cuidados de saúde primários e encaminham as pessoas em acompanhamento para especialistas ou serviços hospitalares quando necessário, promovendo uma abordagem integrada com o médico de clínica geral atuando como o primeiro ponto de contato (Maarse et al., 2016). Este sistema é eficaz na gestão de condições crônicas e na prevenção de complicações, destacando-se pela forte ênfase na continuidade dos cuidados (de Jong et al., 2019; Kringos et al., 2015).

Alemanha: Os "Disease Management Programs" (DMPs) são exemplos de cuidados integrados na Alemanha, destinados a pessoas com doenças crônicas como diabetes, asma e doenças cardiovasculares. Estes programas envolvem médicos de cuidados

primários, especialistas e outros profissionais de saúde que trabalham em equipa para oferecer cuidados abrangentes e coordenados. A monitorização regular e orientações específicas ajudam a otimizar a gestão das doenças e prevenir complicações (Busse et al., 2010; Nolte et al., 2016).

Reino Unido: O "Integrated Care System" (ICS) é um modelo prioritário no Reino Unido, que une serviços de saúde, assistência social e outros serviços relacionados. Os ICSs reúnem hospitais, clínicas, serviços de saúde mental, cuidados domiciliares e outras organizações para trabalhar de forma colaborativa, eliminando barreiras entre os diferentes serviços e melhorando a experiência das pessoas em acompanhamento (NHS, 2019; Ham & Curry, 2010). Este modelo enfatiza a integração e coordenação dos cuidados, resultando em uma abordagem mais eficaz e centrada na pessoa (Baxter et al., 2018).

Portugal: Em Portugal, a implementação das Unidades Locais de Saúde (ULS) em Portugal representa uma nova filosofia na organização dos cuidados de saúde, com foco na integração de diferentes níveis de cuidados e na centralidade da pessoa alvo dos cuidados. Esta abordagem visa eliminar as barreiras entre cuidados primários, hospitalares e continuados proporcionando um atendimento contínuo e coordenado. A principal novidade desta filosofia é a colocação da pessoa no centro do sistema de saúde, com um foco claro na personalização dos cuidados, maior participação nas decisões e promoção da autonomia e do autocuidado.

As ULS destacam-se por promoverem a coordenação e continuidade dos cuidados, especialmente para pessoas com condições crónicas e multimorbilidade. Esta abordagem facilita a comunicação e a colaboração entre diversos profissionais de saúde, promovendo uma gestão multidisciplinar dos cuidados. Além disso, as ULS utilizam tecnologias de informação e comunicação, como registos eletrónicos de saúde e telemedicina, para melhorar a gestão e monitorização das pessoas em cuidados, garantindo um atendimento mais eficiente e acessível.

Um dos principais benefícios dos cuidados integrados promovidos pelas ULS é a melhoria na qualidade dos cuidados prestados. A abordagem centrada na pessoa garante que as pessoas em cuidados recebam um atendimento contínuo e coordenado, o que pode levar a melhores resultados de saúde, maior satisfação das pessoas e maior adesão ao tratamento. A integração dos diferentes níveis de cuidados também resulta em maior eficiência operacional, evitando redundâncias e melhorando a utilização dos recursos de saúde.

Adicionalmente, a coordenação dos cuidados ajuda a prevenir complicações e reduzir hospitalizações desnecessárias, especialmente para pessoas com condições crónicas. A abordagem das ULS também coloca uma forte ênfase na prevenção e promoção da saúde, desenvolvendo programas e iniciativas que incentivam estilos de vida saudáveis e a educação em saúde. Isso pode levar a uma redução a longo prazo na incidência de doenças crónicas e na carga sobre o sistema de saúde.

Importância do Autocuidado

A inclusão do autocuidado nos modelos de cuidados integrados é fundamental para a promoção da autonomia e qualidade de vida das pessoas cuidadas. O desenvolvimento de competências de autocuidado capacita os indivíduos a gerir proativamente a sua saúde, resultando em uma menor dependência dos cuidados formais e melhorando a adesão aos tratamentos (Riegel et al., 2022). Programas que promovem a literacia em saúde e a educação contínua sobre práticas de autocuidado têm mostrado ser eficazes na gestão de condições crónicas e na melhoria dos resultados de saúde (Lorig et al., 2013). A literatura destaca a necessidade de capacitar as pessoas para tomar decisões informadas sobre sua saúde, o que é essencial para um envelhecimento saudável e independente (Bandura, 1997).

A implementação bem-sucedida de modelos de cuidados integrados requer não apenas políticas e estratégias eficazes, mas também uma mudança cultural na forma como os cuidados de saúde são concebidos e entregues. A coordenação entre diferentes níveis de cuidados, a ênfase na prevenção e na promoção da saúde, a participação ativa das pessoas nas decisões sobre seus cuidados e a colaboração entre diversos profissionais são elementos essenciais desses modelos (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). À medida que os países procuram enfrentar os desafios decorrentes do envelhecimento da população, a adoção de modelos de cuidados integrados torna-se não apenas uma opção vantajosa, mas uma necessidade premente. Ao aprender com as experiências e abordagens de outros países, é possível desenvolver sistemas de saúde mais eficazes, sustentáveis e centrados nas pessoas, garantindo um envelhecimento com dignidade, bem-estar e qualidade de vida para todos os indivíduos.

2.5. Desafios e Limitações em Portugal

Apesar dos esforços e iniciativas em Portugal para promover cuidados integrados, ainda existem desafios e limitações que impedem a total implementação da essência dos

cuidados integrados centrados na pessoa. Algumas das principais limitações e áreas onde Portugal pode precisar melhorar incluem:

Fragmentação dos Serviços: Uma das principais barreiras para os cuidados integrados em Portugal é a fragmentação dos serviços de saúde. A separação entre cuidados primários, hospitalares e sociais pode dificultar a coordenação eficaz dos cuidados. A integração entre diferentes níveis de cuidados ainda precisa ser fortalecida para garantir uma transição suave e contínua entre os diferentes serviços (Simões et al., 2017; OECD, 2021).

Falta de Comunicação e Partilha de Informações: A comunicação eficaz entre diferentes profissionais de saúde e entidades é essencial para os cuidados integrados. A partilha de informações e dados das pessoas em acompanhamento entre hospitais, clínicas, centros de saúde e outras instalações nem sempre é fluida, o que pode afetar a continuidade e qualidade dos cuidados (WHO, 2022). A interoperabilidade dos sistemas de informação ainda representa um desafio significativo (OECD, 2021).

Incentivos e Financiamento: O sistema de incentivos e financiamento dos cuidados de saúde em Portugal pode não estar totalmente alinhado com a promoção de cuidados integrados. A falta de incentivos para a colaboração entre profissionais e instituições pode ser uma barreira para a implementação desses modelos. A estrutura atual de financiamento muitas vezes não promove a cooperação necessária entre diferentes níveis de cuidados (Ferreira et al., 2015).

Cultura Organizacional: Mudar a cultura organizacional e a mentalidade dos profissionais de saúde pode ser um desafio. A abordagem tradicional de cuidados focados na doença pode ser difícil de modificar para um modelo centrado na pessoa e na prevenção. Promover uma cultura de colaboração e partilha de responsabilidades é essencial para o sucesso dos cuidados integrados (Baxter et al., 2018).

Tecnologia e Sistemas de Informação: Embora haja avanços na digitalização dos serviços de saúde em Portugal, ainda pode haver desafios relacionados com a utilização de sistemas de informação que facilitem a partilha de dados e a coordenação entre diferentes prestadores de cuidados. A interoperabilidade entre sistemas é fundamental para garantir que as informações das pessoas, alvo dos cuidados, estejam disponíveis onde e quando forem necessárias (OECD, 2021).

Educação e Formação: A formação dos profissionais de saúde deve incluir a filosofia dos cuidados integrados e a importância da colaboração interdisciplinar. A capacitação contínua é essencial para o sucesso desta abordagem (Ham et al., 2010). A integração de conteúdos que promovam os cuidados centrados na pessoa e a colaboração

interdisciplinar nos currículos de formação e nos programas de desenvolvimento profissional contínuo é fundamental (WHO, 2016).

Participação da Pessoa na Coprodução de Cuidados: A verdadeira essência dos cuidados integrados envolve a participação ativa e informada da pessoa na sua própria saúde e tomada de decisões. Promover essa participação e o seu empoderamento ainda se constitui um desafio. Incentivar a literacia em saúde e o autocuidado são elementos-chave para a coprodução de cuidados (Lorig et al., 2013).

Avaliação e Monitorização dos Resultados: A implementação e os resultados dos modelos de cuidados integrados devem ser avaliados e monitorizados para garantir a sua eficácia. A falta de avaliação pode dificultar a identificação de áreas que precisam de melhorias e a implementação de ajustes necessários para alcançar melhores resultados (Nolte & Pitchforth, 2014).

Em Portugal, a implementação de cuidados integrados centrados na pessoa enfrenta uma série de desafios e limitações que podem impactar a sua efetividade. A fragmentação dos serviços de saúde, a falta de comunicação e partilha de informações, os incentivos e financiamento inadequados, a cultura organizacional tradicional, as questões relacionadas à tecnologia e sistemas de informação, bem como a necessidade de educação e formação, são obstáculos que precisam ser superados para alcançar uma abordagem verdadeiramente integrada.

A promoção de uma cultura de colaboração entre os profissionais de saúde, a implementação de sistemas de informação interoperáveis, o incentivo à participação ativa da pessoa na sua própria saúde e a avaliação contínua dos resultados são passos essenciais para superar esses desafios. É imperativo que as políticas de saúde e os modelos de financiamento se alinhem com os princípios dos cuidados integrados, incentivando a colaboração e a coordenação entre diferentes níveis de cuidados.

2.6. Construir Sistemas de Cuidados de Saúde Sustentáveis

No cenário em constante evolução dos cuidados de saúde, a construção de sistemas sustentáveis é uma premissa fundamental para garantir que as populações tenham acesso contínuo a cuidados de qualidade. Num contexto onde os recursos são finitos e as preocupações ambientais estão cada vez mais presentes, a procura por sistemas de saúde sustentáveis não é apenas uma necessidade, mas uma responsabilidade compartilhada. Este tópico aborda alguns dos princípios e estratégias

essenciais para a edificação de sistemas de cuidados de saúde sustentáveis, promovendo resultados positivos tanto para as pessoas quanto para o meio ambiente.

Princípios de Sustentabilidade nos Cuidados de Saúde: A sustentabilidade nos cuidados de saúde baseia-se em princípios que promovem a eficiência, a equidade e a resiliência. De acordo com estudos recentes, a integração de práticas sustentáveis no setor de saúde envolve a otimização do uso de recursos, a redução de desperdícios e a implementação de tecnologias verdes (World Health Organization, 2022). A adoção de sistemas de energia renovável e a construção de infraestruturas hospitalares eco-eficientes são exemplos de estratégias que podem reduzir significativamente a pegada de carbono dos serviços de saúde (Pichler et al., 2019).

Inovação Tecnológica e Sustentabilidade: A inovação tecnológica desempenha um papel fundamental na criação de sistemas de saúde sustentáveis. Tecnologias de informação e comunicação (TIC) avançadas, como registo eletrónico de saúde (EHR) e telemedicina, podem melhorar a eficiência operacional e a acessibilidade dos cuidados de saúde (OECD, 2021). A telemedicina, por exemplo, tem demonstrado reduzir a necessidade de deslocações para consultas médicas, diminuindo assim as emissões de carbono associadas ao transporte (Bashshur et al., 2016). Além disso, a inteligência artificial e o big data podem ser utilizados para otimizar a gestão de recursos e prever surtos de doenças, contribuindo para uma resposta mais rápida e eficaz do sistema de saúde (Topol, 2019).

Equidade e Acessibilidade: Para que os sistemas de saúde sejam verdadeiramente sustentáveis, devem também ser equitativos e acessíveis. A equidade em saúde refere-se à eliminação de disparidades no acesso e nos resultados de saúde entre diferentes grupos populacionais (Braveman, 2014). Políticas que promovam a inclusão social e a acessibilidade aos serviços de saúde são essenciais para garantir que todas as pessoas, independentemente do seu contexto socioeconómico, possam beneficiar de cuidados de qualidade (WHO, 2016). Programas de saúde comunitária e estratégias de saúde pública que focam na prevenção e promoção da saúde são fundamentais para alcançar esses objetivos (Marmot et al., 2020).

Participação da Comunidade e Educação em Saúde: A participação ativa das comunidades na gestão da saúde é outro elemento fundamental para a sustentabilidade. Incentivar a educação em saúde e a literacia em saúde permite que os indivíduos façam escolhas informadas e participem ativamente na gestão da sua saúde (Nutbeam, 2008). A co-produção de cuidados, onde as pessoas e os profissionais de saúde trabalham

juntos na elaboração de planos de cuidados, tem mostrado melhorar os resultados de saúde e aumentar a satisfação das pessoas (Batalden et al., 2016).

Salienta-se que a construção de sistemas de cuidados de saúde sustentáveis exige uma abordagem multifacetada que integra a eficiência dos recursos, a inovação tecnológica, a equidade no acesso, e a participação ativa das comunidades. Estes princípios não só asseguram a longevidade e a resiliência dos sistemas de saúde, mas também garantem que a prestação de cuidados de qualidade seja mantida para as gerações futuras.

2.7. Exemplos de Sucesso

Nesta seção, exploram-se alguns exemplos de sucesso de abordagens integradas e centradas na pessoa em sistemas de cuidados de saúde ao redor do mundo, destacando as estratégias adotadas por alguns países para alcançar resultados positivos em termos de saúde e bem-estar da população.

Cuba: Cuba destaca-se como um caso emblemático de um país que prioriza fortemente a prevenção e promoção da saúde. O sistema de saúde cubano baseia-se num modelo de medicina preventiva que enfatiza a importância de evitar doenças antes mesmo que elas ocorram. A nação caribenha possui uma forte infraestrutura de cuidados primários, com uma ampla rede de centros de saúde comunitários e médicos de família que monitoram de perto a saúde dos cidadãos. Programas de vacinação eficazes e campanhas de educação em saúde contribuíram para manter índices de doenças infeciosas extremamente baixos e melhorar a saúde geral da população (Keck & Reed, 2012; Waitzkin et al., 2018).

Singapura: Singapura adotou uma abordagem integrada e centrada na pessoa para os cuidados de saúde, priorizando a promoção do bem-estar e a prevenção de doenças. O país implementou programas abrangentes para incentivar um estilo de vida saudável, que inclui iniciativas de atividade física, alimentação equilibrada e redução do tabagismo. Além disso, Singapura envolveativamente a comunidade na gestão da saúde por meio de parcerias com organizações locais e campanhas de sensibilização. Como resultado, o país apresenta níveis mais baixos de doenças crónicas e uma população mais saudável (Haseltine, 2013; Phua, 2015).

Costa Rica: A Costa Rica é conhecida pela sua abordagem interdisciplinar nos cuidados de saúde primários. O país investiu na formação e colaboração de uma equipa diversificada de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, nutricionistas e

terapeutas. Essa abordagem permite uma avaliação mais completa das necessidades de saúde de cada indivíduo e promove a coordenação eficaz dos cuidados. Ao valorizar uma equipa de saúde multi e interdisciplinar, a Costa Rica demonstra como este modelo colaborativo entre profissionais com diferentes especializações pode levar a uma prestação de cuidados mais completa e abrangente (Rosero-Bixby, 2004; Durán et al., 2018).

Tailândia: A Tailândia é reconhecida pelo sucesso dos seus programas de saúde universal e acesso equitativo aos cuidados de saúde. O país implementou políticas direcionadas para garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconómica. Programas de seguro de saúde e serviços de cuidados primários acessíveis têm sido fundamentais para atingir uma ampla cobertura de saúde em todo o país. A Tailândia também se destaca pela sua abordagem de descentralização dos serviços de saúde, garantindo que as comunidades locais possam influenciar nas decisões relacionadas aos cuidados de saúde (Evans et al., 2012; Tangcharoensathien et al., 2018).

Finlândia: A Finlândia é um exemplo de sucesso na promoção da saúde mental e no bem-estar geral da população. O país prioriza uma abordagem integrada para o cuidado de saúde mental, que inclui a promoção do equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, programas de apoio à parentalidade e acesso a serviços de saúde mental. Além disso, a Finlândia tem investido em iniciativas que visam reduzir o estigma associado à saúde mental, encorajando um ambiente aberto para discussões e apoio. Essas estratégias têm contribuído para uma população com melhor saúde mental e qualidade de vida (Lavikainen et al., 2000; Wahlbeck et al., 2017).

Estes exemplos destacam as abordagens inovadoras e bem-sucedidas que diversos países adotaram para construir sistemas de cuidados de saúde mais sustentáveis, centrados na pessoa e integrados. Cada nação adaptou suas estratégias de acordo com suas necessidades e contextos específicos, demonstrando a importância de abordagens flexíveis e personalizadas para alcançar resultados positivos em saúde. Esses sucessos inspiram e motivam outros países a explorar soluções semelhantes e a continuar a evoluir seus sistemas de saúde para melhor atender às necessidades da população.

2.8. Desafios Relacionados à Sustentabilidade Ambiental

A construção de sistemas de cuidados de saúde sustentáveis é um imperativo do nosso tempo, orientado por princípios que procuram equilibrar cuidados de saúde de qualidade, otimização de recursos e preservação ambiental. À medida que a sociedade enfrenta desafios crescentes, como mudanças demográficas e ameaças à saúde pública, a procura por soluções inovadoras e abordagens abrangentes torna-se essencial. A colaboração contínua entre governos, profissionais de saúde, organizações não governamentais e a sociedade civil é o alicerce que possibilitará a edificação de sistemas de saúde que perdurem no tempo, oferecendo cuidados acessíveis, equitativos e que respeitem tanto as necessidades das pessoas quanto a sustentabilidade do planeta.

Gestão de Resíduos: A quantidade de resíduos gerados em ambientes de cuidados de saúde pode ser considerável, incluindo materiais perigosos e produtos farmacêuticos descartados. A gestão adequada desses resíduos é uma prioridade, visando minimizar impactos ambientais negativos, como a contaminação do solo e da água. Estudos mostram que práticas inadequadas de gestão de resíduos hospitalares podem levar a sérios problemas ambientais e de saúde pública (Windfeld & Brooks, 2015). A implementação de programas de segregação de resíduos e o uso de tecnologias de tratamento avançadas são essenciais para mitigar esses riscos (WHO, 2018).

Uso de Energia: Hospitais e clínicas são consumidores intensivos de energia, contribuindo significativamente para as emissões de gases de efeito estufa. A adoção de fontes de energia renovável e a implementação de medidas de eficiência energética são passos cruciais para reduzir a pegada de carbono dos sistemas de saúde. Um estudo da Health Care Without Harm (2020) destaca que os hospitais podem reduzir suas emissões em até 30% adotando práticas de eficiência energética, como sistemas de aquecimento e resfriamento eficientes e iluminação LED.

Consumo de Água: O consumo excessivo de água em instalações de saúde pode exercer pressão sobre os recursos hídricos locais. A implementação de tecnologias de conservação de água e a adoção de práticas sustentáveis de uso de água são imperativas para minimizar o impacto ambiental. Soluções como a reutilização de água cinza e sistemas de captação de água da chuva têm sido eficazes na redução do consumo de água em hospitais (Pichler et al., 2019).

Inovação Tecnológica: A incorporação de tecnologias inovadoras nos sistemas de cuidados de saúde pode contribuir para práticas mais sustentáveis. A digitalização de registos de saúde, a telemedicina e outras soluções tecnológicas podem não apenas melhorar a qualidade dos cuidados, mas também reduzir o consumo de papel e recursos. A telemedicina, em particular, tem o potencial de reduzir as emissões de carbono associadas ao transporte de doentes e profissionais de saúde, além de melhorar o acesso aos cuidados em áreas remotas (Bashshur et al., 2016).

Educação e Sensibilização: A conscientização sobre a relação entre saúde e sustentabilidade deve ser disseminada entre profissionais de saúde, consumidores de cuidados de saúde e comunidades. A educação ambiental pode catalisar mudanças comportamentais positivas, como a redução do desperdício e a promoção de práticas mais sustentáveis. Iniciativas educacionais e campanhas de sensibilização são essenciais para incorporar a sustentabilidade nas práticas diárias de saúde (Thiel et al., 2015).

Assim, abordagem dos desafios relacionados à sustentabilidade ambiental exige um compromisso coletivo para integrar a sustentabilidade nos sistemas de cuidados de saúde. A procura por soluções que reduzam o impacto ambiental das práticas de saúde não apenas contribui para a preservação do planeta, mas também está alinhada com a ética e a responsabilidade social da área da saúde. A construção de sistemas de cuidados de saúde sustentáveis é uma jornada contínua, que requer a colaboração de todas as partes interessadas, visando a um futuro em que os cuidados de saúde sejam um pilar de saúde e bem-estar, tanto para as pessoas quanto para o ambiente.

3. Implementação e Avaliação de Cuidados Integrados Centrados na Pessoa: Práticas, Desafios e Perspetivas Futuras

No contexto atual dos cuidados de saúde, a implementação e avaliação de cuidados integrados centrados na pessoa emergem como elementos essenciais para garantir um envelhecimento saudável e sustentável. Este capítulo explora as estratégias, desafios e perspetivas futuras associadas a esta abordagem, destacando a importância de práticas baseadas em evidências e a colaboração multidisciplinar para a construção de sistemas de saúde mais eficazes e equitativos.

3.1. Estratégias para a Implementação de Cuidados Integrados

A implementação de cuidados integrados requer um planeamento meticuloso e uma organização eficiente dos serviços de saúde. Os sistemas de saúde precisam de adotar modelos que promovam a continuidade dos cuidados, a coordenação entre diferentes níveis de assistência e a centralidade da pessoa nos processos de cuidado. Uma das abordagens mais eficazes para alcançar esses objetivos é a integração de cuidados primários, secundários e terciários, garantindo que as pessoas recebam cuidados abrangentes e coordenados ao longo de toda a trajetória de saúde.

Uma estratégia fundamental para a implementação de cuidados integrados é a adoção de registo eletrónicos de saúde (EHR) interoperáveis. Esses sistemas permitem a partilha rápida e precisa de informações entre diferentes prestadores de cuidados, facilitando a coordenação e a continuidade dos cuidados. Estudos mostram que o uso de EHR pode melhorar significativamente a qualidade dos cuidados, reduzir erros médicos e aumentar a satisfação das pessoas (Campanella et al., 2016). A interoperabilidade dos EHRs assegura que as informações relevantes sobre a saúde da pessoa em cuidados sejam acessíveis em todos os pontos de atendimento, permitindo uma abordagem mais integrada e eficiente.

Adicionalmente, a formação contínua e o desenvolvimento profissional dos trabalhadores de saúde são essenciais para o sucesso dos cuidados integrados. Programas de educação interprofissional que promovam a colaboração e a comunicação entre diferentes profissionais de saúde podem melhorar a coesão das equipas de cuidados e a qualidade dos serviços prestados (Reeves et al., 2016). A capacitação dos profissionais para trabalharem em equipas interdisciplinares e a promoção de uma cultura de cuidado centrada na pessoa são passos críticos para a implementação eficaz de cuidados integrados. Acresce ainda que, a inclusão das pessoas e das suas famílias no planeamento e na tomada de decisões sobre os cuidados promove um sentido de parceria e responsabilidade compartilhada, que é central para a abordagem de cuidados centrados na pessoa (Coulter et al., 2015).

Para assegurar a sustentabilidade dos cuidados integrados, é fundamental a implementação de modelos de financiamento que incentivem a coordenação e a colaboração entre diferentes níveis de cuidados. Modelos de pagamento baseados em valor, que recompensem os prestadores de cuidados pela qualidade e pelos resultados obtidos, em vez de pelo volume de serviços prestados, podem promover uma maior

eficiência e melhorar os resultados de saúde (Burwell, 2015). A experiência internacional demonstra que a realocação de recursos para apoiar cuidados preventivos e a gestão de doenças crónicas pode resultar em economias significativas e em melhores resultados de saúde (Bodenheimer & Sinsky, 2014).

Outro aspeto essencial é a criação de redes de suporte comunitário que envolvam não apenas profissionais de saúde, mas também organizações comunitárias, voluntários e cuidadores informais. Estas redes podem proporcionar apoio adicional, especialmente aos idosos e às pessoas com condições crónicas, facilitando a continuidade dos cuidados e melhorando a qualidade de vida (WHO, 2015). A mobilização de recursos comunitários e a colaboração estreita com as redes locais podem ajudar a abordar as determinantes sociais da saúde e a fornecer um apoio mais abrangente e integrado às pessoas.

3.1.1. Planeamento e Organização de Serviços

O planeamento de serviços de saúde integrados deve considerar a complexidade das necessidades das pessoas e a diversidade dos contextos em que vivem. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), a organização de serviços de saúde deve ser flexível e adaptável, permitindo uma resposta rápida e eficaz às mudanças nas condições de saúde das pessoas. A implementação de redes de cuidados integrados, como as Unidades Locais de Saúde (ULS) em Portugal, demonstra a eficácia de uma abordagem centrada na pessoa, promovendo a coordenação de cuidados entre diferentes níveis de assistência e setores (Simões et al., 2020).

Para garantir a eficácia dos cuidados integrados, é essencial estabelecer mecanismos de comunicação e partilha de informações entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde. A utilização de sistemas de registo eletrónico de saúde interoperáveis é uma ferramenta fundamental para alcançar este objetivo. Estes sistemas permitem que os profissionais de saúde accedam rapidamente a informações relevantes sobre as pessoas em cuidados, facilitando a tomada de decisões informadas e a coordenação dos cuidados (Campanella et al., 2016). A interoperabilidade dos registos eletrónicos de saúde melhora a continuidade dos cuidados e reduz a duplicação de exames e procedimentos, promovendo uma utilização mais eficiente dos recursos de saúde.

Outro aspeto crítico no planeamento e organização de serviços de saúde integrados é a formação e capacitação contínua dos profissionais de saúde. Programas

de educação interprofissional podem fomentar uma cultura de colaboração e comunicação entre os diferentes membros das equipas de saúde (Reeves et al., 2016). A formação contínua assegura que os profissionais estejam preparados para enfrentar os desafios complexos da multimorbilidade e da dependência, promovendo a prestação de cuidados centrados na pessoa e a melhoria dos resultados de saúde.

A inclusão das pessoas e das suas famílias no processo de planeamento e tomada de decisões é igualmente fundamental. A participação ativa na gestão da sua saúde pode melhorar a adesão aos tratamentos e aumentar a satisfação com os cuidados recebidos (Coulter et al., 2015). As abordagens de coprodução de cuidados, onde pessoas em cuidados e profissionais trabalham em parceria, são essenciais para desenvolver planos de cuidados personalizados que atendam às necessidades específicas de cada indivíduo. Esta colaboração é um elemento-chave para garantir que os cuidados sejam centrados na pessoa e efetivamente integrados.

3.1.2. Formação e Capacitação de Profissionais de Saúde

A formação contínua e a capacitação dos profissionais de saúde são imprescindíveis para o sucesso dos cuidados integrados. A educação interprofissional, que envolve a colaboração entre diferentes disciplinas, prepara os profissionais para trabalharem em equipa e proporcionarem cuidados centrados na pessoa. Estudos mostram que a formação em competências de comunicação, gestão de casos e utilização de tecnologias de informação e comunicação (TIC) melhora significativamente a qualidade dos cuidados prestados (Smith et al., 2018). Programas de capacitação que enfatizam a importância da empatia, do respeito pelas preferências das pessoas e da tomada de decisões compartilhada são fundamentais para a implementação eficaz de cuidados integrados.

A formação interprofissional visa equipar os profissionais de saúde com as habilidades necessárias para colaborar efetivamente em equipas multidisciplinares. Esta abordagem educacional promove a compreensão das diferentes funções e competências dos colegas de equipa, melhorando a coordenação dos cuidados e a eficiência do sistema de saúde (Reeves et al., 2016). A capacitação em competências de comunicação é particularmente importante, pois facilita a troca de informações entre os profissionais uns com os outros e com as pessoas/familias em cuidados, assegurando que todas as partes estejam informadas e alinhadas nos objetivos de tratamento.

Todavia, a formação contínua deve incluir o desenvolvimento de competências em gestão de casos, permitindo que os profissionais de saúde acompanhem e coordenem os cuidados ao longo do tempo e através de diferentes níveis de assistência. A gestão de casos é essencial para pessoas com multimorbilidade, que frequentemente necessitam de intervenções de vários especialistas. Capacitar os profissionais para desempenharem este papel pode melhorar significativamente a continuidade e a qualidade dos cuidados (Hudon et al., 2018).

A utilização eficaz das tecnologias de informação e comunicação (TIC) também deve ser uma componente central da formação dos profissionais de saúde. As TIC podem melhorar a acessibilidade aos dados dos utentes em acompanhamento, facilitar a comunicação entre os membros da equipa de cuidados e apoiar a tomada de decisões baseada em evidências (Car et al., 2019). A familiaridade com sistemas de registo eletrónico de saúde e outras ferramentas digitais é, portanto, essencial para a prática de cuidados integrados.

Além das competências técnicas, é vital que a formação dos profissionais de saúde enfatize a importância da empatia, do respeito pelas preferências das pessoas e da tomada de decisões compartilhada. Estas competências são fundamentais para criar uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e as pessoas em acompanhamento, promovendo uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa. Programas de capacitação que incorporam estas componentes podem melhorar a satisfação das pessoas e os resultados de saúde (Coulter & Collins, 2011).

Por fim, a formação contínua deve ser sustentada por políticas de saúde que reconheçam e incentivem a educação interprofissional e o desenvolvimento contínuo. Investir na capacitação dos profissionais de saúde é um passo fundamental para a implementação de sistemas de cuidados integrados que sejam eficazes, eficientes e centrados na pessoa.

3.1.3. Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde

As tecnologias de informação e comunicação desempenham um papel central na implementação de cuidados integrados. Ferramentas como sistemas de registos eletrónicos de saúde (EHR), telemedicina e plataformas de comunicação segura permitem a partilha de informações entre profissionais de saúde e a monitorização remota das pessoas em acompanhamento. A integração de TIC nos cuidados de saúde facilita a coordenação de cuidados, reduz a duplicação de exames e tratamentos, e

melhora a eficiência do sistema de saúde (OECD, 2021). A utilização de inteligência artificial e big data também está a transformar a forma como os cuidados de saúde são planeados e prestados, permitindo a personalização dos cuidados e a previsão de riscos de saúde. Estas tecnologias possibilitam uma análise mais detalhada dos dados de saúde, facilitando a implementação de estratégias preventivas e personalizadas para cada pessoa em cuidados, resultando em melhores resultados de saúde e maior eficiência no uso dos recursos de saúde (Topol, 2019)."

Estas tecnologias possibilitam a análise de grandes volumes de dados de forma eficiente, ajudando a identificar padrões e tendências que podem informar estratégias de intervenção precoce e personalizadas. Além disso, a IA pode apoiar os profissionais de saúde na tomada de decisões clínicas, melhorando a precisão dos diagnósticos e a eficácia dos tratamentos.

Os sistemas de registos eletrónicos de saúde (EHR) são uma componente fundamental das TIC nos cuidados integrados. Estes sistemas permitem que os profissionais de saúde accedam rapidamente a informações detalhadas sobre os pessoas em acompanhamento, independentemente do local onde os cuidados são prestados. A interoperabilidade entre diferentes sistemas de EHR é fundamental para assegurar que a informação flua livremente entre os diferentes níveis de cuidados, desde a atenção primária até aos cuidados especializados (Campanella et al., 2016). A implementação eficaz de EHR pode melhorar a qualidade dos cuidados, aumentando a segurança da pessoa em cuidados e permitindo uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde.

A telemedicina é outra ferramenta poderosa que tem revolucionado a prestação de cuidados de saúde. Através da telemedicina, as pessoas em cuidados podem consultar médicos e outros profissionais de saúde à distância, reduzindo a necessidade de deslocações e aumentando o acesso a cuidados especializados, especialmente em áreas rurais ou sub-servidas (Krick et al., 2019). A telemedicina também facilita a monitorização contínua de pessoas com condições crónicas, permitindo intervenções rápidas em caso de alterações no estado de saúde.

As plataformas de comunicação segura são essenciais para a coordenação dos cuidados. Estas plataformas permitem que os profissionais de saúde partilhem informações de forma rápida e segura, garantindo que todos os membros da equipa de cuidados estejam atualizados sobre o estado de saúde da pessoa. A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é fundamental para evitar erros, duplicações de

tratamentos e garantir que os cuidados sejam coordenados de forma eficiente (Gagnon et al., 2016).

A inteligência artificial (IA) e o big data estão a abrir novas possibilidades na área da saúde. A IA pode analisar grandes volumes de dados de saúde para identificar padrões e prever riscos, permitindo uma abordagem mais proativa e personalizada aos cuidados de saúde (Jiang et al., 2017). Por exemplo, algoritmos de IA podem prever exacerbações em pessoas com doenças crónicas, permitindo intervenções preventivas que podem melhorar significativamente os resultados de saúde. Além disso, o big data pode ser utilizado para analisar tendências populacionais de saúde, ajudando os decisores a desenvolver políticas de saúde mais eficazes e direcionadas.

A utilização de TIC nos cuidados integrados não só melhora a eficiência e a qualidade dos cuidados, mas também capacita as pessoas a assumirem um papel mais ativo na gestão da sua saúde. Aplicações móveis e dispositivos de monitorização pessoal permitem que as pessoas acompanhem os seus próprios dados de saúde, promovendo o autocuidado e a autogestão de condições crónicas (WHO, 2016). Esta capacitação dos pessoas é uma componente chave dos cuidados centrados na pessoa, promovendo uma abordagem mais colaborativa e participativa na gestão da saúde.

3.2. Avaliação de Cuidados Integrados: Indicadores e Métodos

A avaliação dos cuidados integrados é essencial para garantir a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde. A utilização de indicadores de desempenho e métodos de avaliação robustos permite identificar áreas de melhoria e monitorizar o impacto das intervenções. Através de uma abordagem sistemática e baseada em evidências, os sistemas de saúde podem adaptar-se continuamente para atender melhor às necessidades da população, especialmente em contextos de envelhecimento demográfico e multimorbilidade.

Os indicadores de desempenho são ferramentas cruciais na avaliação dos cuidados integrados. Eles fornecem uma métrica objetiva para medir a qualidade, a eficiência e a eficácia dos serviços prestados. Alguns dos indicadores mais comuns incluem taxas de readmissão hospitalar, tempos de espera, níveis de satisfação das pessoas, adesão ao tratamento e resultados clínicos (Nolte & Pitchforth, 2014). A implementação de um sistema de indicadores bem estruturado permite que os gestores de saúde monitorem continuamente a performance dos serviços, identifiquem problemas emergentes e implementem intervenções corretivas de forma ágil.

Além dos indicadores quantitativos, é importante considerar também os indicadores qualitativos, que capturam a experiência das pessoas em cuidados e dos profissionais de saúde. Estudos mostram que a satisfação das pessoas e a qualidade percebida dos cuidados estão fortemente correlacionadas com melhores resultados em saúde (Manary et al., 2013). Ferramentas como questionários de satisfação, entrevistas em profundidade e grupos focais podem fornecer contributos valiosos sobre a eficácia dos cuidados integrados e identificar áreas onde melhorias são necessárias.

A metodologia de avaliação deve ser abrangente e incluir uma variedade de técnicas para captar a complexidade dos cuidados integrados. A utilização de métodos mistos, que combinam abordagens quantitativas e qualitativas, é recomendada para fornecer uma visão integrada do impacto das intervenções (Creswell & Plano Clark, 2017). Estudos de caso, análises de dados administrativos, auditorias clínicas e avaliações económicas são algumas das metodologias que podem ser empregues para avaliar a eficácia dos cuidados integrados.

A integração de tecnologias de informação e comunicação (TIC) na avaliação dos cuidados integrados também desempenha um papel fundamental. Sistemas de registo eletrónicos de saúde (EHR) e outras ferramentas digitais facilitam a coleta e análise de dados, permitindo uma monitorização contínua e em tempo real dos indicadores de desempenho (Campanella et al., 2016). A utilização de big data e inteligência artificial pode ainda ajudar a identificar padrões e prever tendências, contribuindo para a tomada de decisões mais informadas e baseadas em evidências.

A transparência e a accountability são princípios fundamentais na avaliação dos cuidados integrados. Os resultados das avaliações devem ser divulgados de forma clara e acessível, permitindo que os stakeholders, incluindo as pessoas em cuidados, profissionais de saúde e gestores, possam compreender os impactos das intervenções e participar ativamente no processo de melhoria contínua (Berwick, 2009). A construção de uma cultura de avaliação contínua e de aprendizagem organizacional é essencial para promover a qualidade e a sustentabilidade dos cuidados integrados.

A avaliação dos cuidados integrados deve, portanto, ser um processo contínuo e dinâmico, que se adapte às necessidades e contextos em constante mudança. A utilização de indicadores robustos e métodos de avaliação abrangentes permite não apenas monitorizar a qualidade dos cuidados prestados, mas também identificar oportunidades de inovação e melhoria. Ao fomentar uma cultura de avaliação e aprendizagem contínua, os sistemas de saúde podem assegurar que estão a oferecer

cuidados de alta qualidade, centrados na pessoa e sustentáveis, alinhando-se com as melhores práticas internacionais.

3.2.1. Indicadores de Qualidade e Desempenho

Os indicadores de qualidade e desempenho são ferramentas fundamentais para a avaliação de cuidados integrados. Estes indicadores proporcionam uma visão objetiva sobre a eficácia dos serviços de saúde, permitindo identificar áreas de melhoria e monitorizar o impacto das intervenções. A utilização de indicadores padronizados, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), facilita a comparação entre diferentes sistemas de saúde e promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Entre os indicadores de qualidade e desempenho mais comuns estão as taxas de hospitalização, readmissões e complicações. As taxas de hospitalização e readmissão são indicadores críticos que refletem a eficácia da gestão de condições crónicas e da continuidade dos cuidados. Uma redução nas taxas de readmissão, por exemplo, pode indicar uma melhoria na gestão de cuidados pós-alta e na coordenação entre os diferentes níveis de assistência (Kripalani et al., 2014). Complicações, por sua vez, refletem a qualidade dos cuidados prestados e a capacidade do sistema de saúde de prevenir eventos adversos.

A satisfação das pessoas que receberam os cuidados é outro indicador essencial de qualidade e desempenho. Questionários de satisfação e entrevistas em profundidade podem fornecer informações valiosas sobre a experiência da pessoa com os cuidados integrados. Estudos mostram que a satisfação da pessoa está fortemente associada a melhores resultados em saúde e maior adesão ao tratamento (Anhang Price et al., 2014). A avaliação da satisfação deve incluir aspectos como a comunicação com os profissionais de saúde, o tempo de espera, o respeito pelas preferências da pessoa e a percepção de coordenação dos cuidados.

Indicadores específicos para a avaliação de cuidados integrados incluem a continuidade dos cuidados, a coordenação entre diferentes níveis de assistência e a integração de serviços sociais e de saúde. A continuidade dos cuidados pode ser medida através da frequência com que as pessoas em cuidados são acompanhados pelos mesmos profissionais de saúde ao longo do tempo e da coerência das informações fornecidas (Haggerty et al., 2003). A coordenação dos cuidados, por sua vez, pode ser

avaliada através de indicadores como a partilha de informações entre diferentes profissionais de saúde e a existência de planos de cuidados integrados.

A integração de serviços sociais e de saúde é uma componente chave dos cuidados integrados. Indicadores para avaliar esta integração podem incluir a proporção de pessoas que recebem serviços sociais em conjunto com cuidados de saúde, a frequência de reuniões interdisciplinares e a existência de mecanismos de encaminhamento e coordenação entre os serviços de saúde e sociais (Valentijn et al., 2013). A integração eficaz desses serviços é fundamental para abordar as necessidades integradas das pessoas, especialmente daqueles com condições crónicas e complexas.

Além dos indicadores mencionados, a utilização de tecnologias de informação e comunicação (TIC) também pode ser um indicador de qualidade e desempenho. A implementação de sistemas de registo eletrónicos de saúde (EHR), a utilização de telemedicina e a aplicação de ferramentas de monitorização remota são exemplos de como as TIC podem melhorar a coordenação e a continuidade dos cuidados (Cowie et al., 2017). Indicadores de TIC podem incluir a taxa de adoção de EHR, a frequência de consultas de telemedicina e a utilização de dispositivos de monitorização remota.

A medição e monitorização contínuas destes indicadores são essenciais para a melhoria da qualidade dos cuidados integrados. Através da análise dos dados recolhidos, os sistemas de saúde podem identificar tendências, detetar problemas emergentes e implementar intervenções corretivas de forma proativa. A transparência na divulgação dos resultados e a utilização de benchmarks para comparação com outras instituições são práticas recomendadas para promover a responsabilização e a melhoria contínua (Nolte & Pitchforth, 2014).

3.2.2. Importância da Avaliação dos Resultados em Saúde

A combinação de métodos qualitativos e quantitativos proporciona uma visão abrangente da eficácia dos cuidados integrados. Métodos quantitativos, como análises estatísticas e estudos epidemiológicos, permitem medir o impacto das intervenções em larga escala, fornecendo dados objetivos sobre resultados de saúde, utilização de serviços e custos. Estes métodos são fundamentais para a avaliação de indicadores de desempenho, como taxas de hospitalização, readmissões e complicações, permitindo uma análise comparativa entre diferentes sistemas de saúde e identificando tendências ao longo do tempo (Fitzpatrick et al., 2019).

Por exemplo, estudos epidemiológicos podem avaliar a prevalência de doenças crónicas e a eficácia das intervenções de cuidados integrados na redução dessas prevalências. As análises estatísticas, por sua vez, podem ser utilizadas para identificar correlações entre a implementação de cuidados integrados e a melhoria dos resultados de saúde, bem como para avaliar a relação custo-efetividade dessas intervenções (Bodenheimer et al., 2014). Esses métodos quantitativos fornecem uma base sólida para a tomada de decisões baseada em evidências e para a alocação de recursos de forma eficiente.

Métodos qualitativos, como entrevistas semiestruturadas, grupos focais e observações participantes, oferecem visões profundas e abrangentes sobre a experiência das pessoas e dos profissionais de saúde. Essas abordagens permitem explorar percepções, atitudes e comportamentos que não são capturados pelos métodos quantitativos. Por exemplo, entrevistas com pessoas em acompanhamento podem revelar barreiras e facilitadores para a adesão ao tratamento, enquanto grupos focais com profissionais de saúde podem identificar desafios na coordenação dos cuidados e na comunicação entre diferentes níveis de assistência (Green & Thorogood, 2018).

A triangulação de dados qualitativos e quantitativos é uma estratégia poderosa para obter uma compreensão mais completa dos cuidados integrados. A triangulação envolve a utilização de múltiplas fontes de dados para corroborar os resultados e fornecer uma análise mais robusta. Por exemplo, dados quantitativos sobre a redução de hospitalizações podem ser complementados por dados qualitativos que exploram como as pessoas percebem a qualidade dos cuidados e a sua relação com os profissionais de saúde. Esta abordagem combinada ajuda a identificar lacunas e oportunidades de melhoria, bem como a desenvolver estratégias mais eficazes para a implementação e otimização de cuidados integrados (Creswell & Plano Clark, 2018).

A importância de avaliar os resultados em saúde é central para garantir a eficácia dos cuidados integrados. A avaliação contínua dos resultados permite não só monitorizar o impacto das intervenções, mas também ajustar as estratégias conforme necessário para maximizar os benefícios para as pessoas que receberam determinados cuidados. Indicadores de resultados em saúde, como a qualidade de vida, o nível de autonomia e a satisfação das pessoas, são essenciais para uma avaliação completa e centrada na pessoa (Portela et al., 2015).

Além disso, a utilização de métodos de avaliação qualitativa e quantitativa permite a personalização das intervenções. Compreender as necessidades e preferências das

pessoas através de métodos qualitativos pode informar o desenvolvimento de intervenções mais adaptadas e centradas na pessoa. Simultaneamente, a monitorização de indicadores quantitativos permite avaliar a eficácia dessas intervenções ao longo do tempo e ajustá-las conforme necessário para melhorar os resultados de saúde (Johnson et al., 2007).

Concluindo, a combinação de métodos qualitativos e quantitativos é essencial para uma avaliação abrangente e eficaz dos cuidados integrados. Esta abordagem permite não apenas medir o impacto das intervenções, mas também compreender as experiências e necessidades das pessoas e dos profissionais de saúde, proporcionando uma base sólida para a melhoria contínua dos sistemas de saúde. A avaliação dos resultados em saúde é um componente crítico deste processo, garantindo que as intervenções sejam eficazes e centradas nas necessidades das pessoas.

3.2.3. Ferramentas de Avaliação da Satisfação da Pessoa em Cuidados

A satisfação das pessoas em cuidados é um indicador fundamental da qualidade dos cuidados de saúde. Ferramentas de avaliação da satisfação, como questionários e entrevistas estruturadas, permitem avaliar a percepção das pessoas sobre a qualidade dos cuidados recebidos, a comunicação com os profissionais de saúde e a capacidade de gestão das suas condições de saúde. Estudos mostram que a satisfação das pessoas está correlacionada com melhores resultados de saúde e maior adesão aos tratamentos (Cleary & Edgman-Levitin, 2013). A implementação de sistemas de feedback contínuo pode ajudar a identificar áreas de melhoria e a adaptar os serviços de saúde às necessidades das pessoas.

Além dos métodos tradicionais de avaliação da satisfação, as tecnologias digitais estão a abrir novas possibilidades para recolher e analisar o feedback das pessoas em cuidados. Aplicações móveis, plataformas online e sistemas de resposta automática por telefone permitem às pessoas fornecer feedback em tempo real, o que pode ser rapidamente analisado para implementar melhorias imediatas. Estas ferramentas não apenas aumentam a acessibilidade e a conveniência para as pessoas, mas também permitem a recolha de dados mais robustos e detalhados. Estudos indicam que a utilização de tecnologias digitais para a avaliação da satisfação das pessoas melhora a precisão e a utilidade dos dados recolhidos, facilitando intervenções mais rápidas e eficazes (Doyle et al., 2013).

Outro aspecto importante da avaliação da satisfação das pessoas é a consideração de fatores culturais e contextuais. As ferramentas de avaliação devem ser sensíveis às diferenças culturais e adaptadas aos contextos específicos em que são utilizadas. Por exemplo, a tradução e a validação de questionários em diferentes idiomas e a adaptação de perguntas para refletir as práticas culturais locais são essenciais para garantir a relevância e a precisão dos dados recolhidos. A literatura sugere que a personalização das ferramentas de avaliação às necessidades e preferências das pessoas pode levar a uma maior precisão nos resultados e a uma melhor compreensão das áreas de melhoria (Beattie et al., 2015).

A satisfação das pessoas também deve ser avaliada de forma contínua para monitorizar as mudanças ao longo do tempo e avaliar o impacto das intervenções implementadas. A utilização de painéis de controlo de qualidade que integram dados de satisfação das pessoas com outros indicadores de desempenho pode proporcionar uma visão abrangente da eficácia dos cuidados prestados. Estes painéis de controlo podem ser utilizados por gestores de saúde para identificar tendências, antecipar problemas e implementar melhorias proactivas nos serviços de saúde. A literatura destaca a importância da integração dos dados de satisfação das pessoas na gestão estratégica dos cuidados de saúde para promover uma cultura de melhoria contínua e centrada no pessoa (Baker, 2017). Estudos recentes reforçam a importância de medir a satisfação das pessoas para melhor compreender as suas necessidades e aprimorar os cuidados de saúde. Goes et al. (2023) desenvolveram uma medida de satisfação sensível aos cuidados de enfermagem em pessoas idosas, demonstrando a relevância de instrumentos específicos para diferentes populações e contextos de saúde.

3.3. Desafios na Implementação de Cuidados Integrados

A implementação de cuidados integrados enfrenta vários desafios, incluindo barreiras organizacionais, culturais e tecnológicas. Superar estes desafios requer uma abordagem colaborativa e um compromisso com a melhoria contínua.

Um dos principais desafios é a fragmentação dos serviços de saúde, que muitas vezes operam de forma isolada, sem comunicação eficaz entre diferentes níveis de assistência e disciplinas. Esta falta de integração pode resultar em duplicação de serviços, lacunas na continuidade dos cuidados e desperdício de recursos. Para enfrentar este problema, é essencial desenvolver e implementar sistemas de informação interoperáveis que permitam a partilha de dados em tempo real entre todos os

prestadores de cuidados. A adoção de plataformas de saúde digital e sistemas de registos eletrónicos de saúde que sejam acessíveis e utilizáveis por diferentes profissionais de saúde pode facilitar a coordenação dos cuidados e melhorar a eficiência do sistema de saúde (OECD, 2021).

Além das barreiras tecnológicas, existem também desafios culturais que podem dificultar a implementação de cuidados integrados. As diferenças na formação e na filosofia de cuidado entre profissionais de saúde podem criar obstáculos à colaboração eficaz. Para superar estas barreiras, é necessário promover uma cultura de trabalho em equipa e de respeito mútuo entre os diferentes profissionais de saúde. A educação interprofissional pode desempenhar um papel fundamental na construção de uma compreensão compartilhada e na promoção de práticas colaborativas. Programas de formação contínua que enfatizem a importância da comunicação, da empatia e da tomada de decisões partilhada são fundamentais para criar um ambiente de cuidado verdadeiramente integrado (World Health Organization, 2021).

A resistência à mudança é outro obstáculo significativo. Muitos profissionais de saúde e organizações podem ser relutantes em adotar novos modelos de cuidados devido a incertezas sobre a eficácia e o impacto dessas mudanças. Para mitigar essa resistência, é vital envolver todos os stakeholders no processo de planeamento e implementação. A transparência, a comunicação clara sobre os benefícios esperados e a demonstração de resultados positivos através de estudos piloto e projetos de demonstração podem ajudar a construir confiança e apoio para a mudança. A participação ativa dos profissionais de saúde na conceção e implementação de novos modelos de cuidados pode também aumentar a aceitação e o compromisso com a mudança (Damschroder et al., 2009).

A sustentabilidade financeira é outra preocupação crítica. A transição para cuidados integrados pode requerer investimentos iniciais significativos em infraestrutura, tecnologia e formação. No entanto, a literatura sugere que, a longo prazo, os cuidados integrados podem levar a uma redução dos custos devido à melhoria da coordenação dos cuidados e à prevenção de complicações. Políticas de financiamento que incentivem a colaboração entre diferentes prestadores de cuidados e recompensem os resultados de saúde positivos podem facilitar a implementação de cuidados integrados. Modelos de pagamento baseados em valor, que alinharam os incentivos financeiros com a qualidade dos cuidados, são essenciais para promover a sustentabilidade dos cuidados integrados (Porter & Lee, 2013).

Finalmente, a participação da pessoa em acompanhamento é fundamental para o sucesso dos cuidados integrados. As pessoas devem ser empoderadas para tomar decisões informadas sobre a sua saúde e participar ativamente no planeamento e gestão dos seus cuidados. Ferramentas digitais, como aplicações de saúde e plataformas de comunicação, podem facilitar a participação das pessoas, fornecendo-lhes acesso a informações relevantes e permitindo uma comunicação contínua com os seus prestadores de cuidados. A educação das pessoas em cuidados sobre a importância do autocuidado e da gestão de condições crónicas também é fundamental para promover resultados de saúde positivos (Barello et al., 2012).

3.3.1. Barreiras Organizacionais e Culturais

As dificuldades organizacionais e culturais podem apresentar desafios significativos para a implementação de cuidados integrados. A fragmentação dos serviços de saúde, a resistência à mudança e a falta de incentivos para a colaboração entre profissionais de saúde são alguns dos principais obstáculos (Nolte & Pitchforth, 2014). Para superar estas barreiras, é fundamental promover uma cultura organizacional que valorize a colaboração, a comunicação aberta e a centralidade da pessoa. A liderança transformacional, que inspira e motiva os profissionais de saúde a adotarem novas práticas, desempenha também um papel fundamental na implementação de cuidados integrados (Bass & Riggio, 2006)

A fragmentação dos serviços de saúde é uma barreira significativa que impede a fluidez dos cuidados integrados. Muitas organizações de saúde operam em silos, com pouca comunicação e coordenação entre diferentes departamentos e níveis de cuidados. Esta segmentação pode resultar em redundâncias, lacunas na continuidade dos cuidados e um aumento nos custos desnecessários. Para abordar esta questão, é fundamental adotar estruturas organizacionais que promovam a interligação e a comunicação entre todos os stakeholders envolvidos no cuidado à pessoa. A implementação de sistemas de informação de saúde interoperáveis pode facilitar a partilha de dados e melhorar a coordenação dos cuidados, garantindo que todos os prestadores de cuidados estejam informados sobre o estado de saúde da pessoa em tempo real (World Health Organization, 2021).

A resistência à mudança é outro desafio considerável. Os profissionais de saúde, muitas vezes, mostram-se relutantes em adotar novas práticas devido ao receio de sair da sua zona de conforto ou pela falta de conhecimento sobre os benefícios das novas

abordagens. Este fenômeno pode ser mitigado através de programas de educação contínua e formação profissional que enfatizem as vantagens dos cuidados integrados e forneçam as habilidades necessárias para a sua implementação. Adicionalmente, é importante criar um ambiente de trabalho que apoie a inovação e a experimentação, permitindo que os profissionais de saúde se sintam seguros ao tentar novas abordagens sem o medo de repercussões negativas (Damschroder et al., 2009).

A falta de incentivos para a colaboração entre profissionais de saúde também pode ser um obstáculo significativo. Muitos sistemas de saúde ainda recompensam o trabalho individual e a especialização, em vez de incentivar a cooperação e a abordagem multidisciplinar. Para superar esta barreira, é necessário implementar políticas de financiamento que recompensem os resultados de saúde baseados em valor e que promovam a colaboração interprofissional. Modelos de pagamento baseados em valor, que alinhem os incentivos financeiros com a qualidade dos cuidados e os resultados de saúde das pessoas em cuidados, são essenciais para fomentar um ambiente de cuidado verdadeiramente integrado (Porter & Lee, 2013).

A promoção de uma cultura organizacional que valorize a colaboração, a comunicação aberta e a centralidade da pessoa é fundamental para o sucesso dos cuidados integrados. As organizações de saúde devem incentivar a participação ativa dos profissionais de saúde em processos de tomada de decisão e na elaboração de estratégias de cuidados. A liderança transformacional pode desempenhar um papel fundamental neste contexto, inspirando e motivando os profissionais de saúde a adotarem práticas inovadoras e centradas na pessoa. Líderes transformacionais são capazes de comunicar uma visão clara e envolvente, criando um ambiente de trabalho onde os profissionais se sentem valorizados e comprometidos com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Bass & Riggio, 2006).

3.3.2. Sustentabilidade Financeira e Recursos

A sustentabilidade financeira é um desafio significativo na implementação de cuidados integrados. A necessidade de recursos adicionais para formação de profissionais, tecnologias de informação e comunicação, e infraestrutura pode ser uma barreira para muitos sistemas de saúde. Modelos de financiamento baseados em valor, que incentivam a qualidade e a eficiência dos cuidados, podem ajudar a superar este desafio (Porter & Lee, 2013). Além disso, a alocação eficiente de recursos e a utilização

de parcerias público-privadas podem contribuir para a sustentabilidade dos cuidados integrados.

A implementação de modelos de financiamento baseados em valor é fundamental para garantir que os recursos financeiros sejam utilizados de maneira eficaz e eficiente. Estes modelos recompensam os prestadores de cuidados de saúde pela qualidade e resultados dos cuidados prestados, em vez de simplesmente pelo volume de serviços fornecidos. Tal abordagem promove uma melhor utilização dos recursos e incentiva práticas que melhoraram os resultados de saúde das pessoas. Estudos mostram que os modelos de financiamento baseados em valor podem reduzir os custos de saúde a longo prazo, enquanto melhoraram a qualidade dos cuidados prestados (Eijkenaar et al., 2013).

A alocação eficiente de recursos é outro componente essencial para a sustentabilidade financeira dos cuidados integrados. A utilização de análises de custo-benefício e outras ferramentas de avaliação económica pode ajudar a identificar as áreas onde os recursos podem ser mais eficazmente aplicados. Por exemplo, investir em cuidados preventivos e na gestão de doenças crónicas pode reduzir a necessidade de intervenções mais caras no futuro, como hospitalizações e tratamentos de emergência. Além disso, a implementação de tecnologias de informação e comunicação (TIC) pode aumentar a eficiência dos cuidados, permitindo uma melhor coordenação entre os diferentes níveis de serviços e a redução de redundâncias (World Health Organization, 2021).

As parcerias público-privadas (PPPs) também desempenham um papel vital na sustentabilidade financeira dos cuidados integrados. Estas parcerias podem mobilizar recursos adicionais e promover a inovação no setor da saúde. As PPPs permitem que os setores público e privado colaborem na implementação de projetos de saúde, combinando o financiamento e a expertise de ambos os setores para melhorar a qualidade e a acessibilidade dos cuidados. Um exemplo bem-sucedido de PPP é o modelo de cuidados integrados adotado em alguns países europeus, onde as parcerias entre hospitais públicos e empresas privadas de tecnologia de saúde têm facilitado a implementação de soluções inovadoras e eficientes (Osborne et al., 2016).

Além das PPPs, a utilização de fundos estruturais e de coesão da União Europeia pode ser uma fonte importante de financiamento para a implementação de cuidados integrados em países europeus. Estes fundos destinam-se a promover o desenvolvimento económico e a reduzir as disparidades regionais, incluindo melhorias nos sistemas de saúde. A aplicação estratégica destes fundos pode apoiar a

modernização das infraestruturas de saúde, a formação de profissionais e a implementação de tecnologias avançadas, contribuindo para a sustentabilidade financeira a longo prazo (European Commission, 2020).

Portanto, para garantir a sustentabilidade financeira dos cuidados integrados, é essencial adotar uma abordagem multifacetada que inclua modelos de financiamento baseados em valor, alocação eficiente de recursos, parcerias público-privadas e a utilização de fundos estruturais. Estas estratégias combinadas podem ajudar a superar as barreiras financeiras e assegurar que os sistemas de saúde sejam capazes de proporcionar cuidados integrados e de alta qualidade a todos os cidadãos.

3.3.3. Interoperabilidade de Sistemas e Integração de Dados

A interoperabilidade de sistemas de informação é essencial para a coordenação eficaz dos cuidados. A falta de integração de dados entre diferentes sistemas de saúde pode levar a duplicação de exames, atrasos no tratamento e erros médicos. A adoção de padrões abertos e a implementação de plataformas de interoperabilidade podem facilitar a partilha de informações entre profissionais de saúde e melhorar a continuidade dos cuidados (Jha et al., 2008). A segurança e a privacidade dos dados também são preocupações importantes que devem ser abordadas para garantir a confiança das pessoas em acompanhamento e dos profissionais de saúde.

A interoperabilidade de sistemas de informação é um dos pilares fundamentais para a eficácia dos cuidados integrados. Sistemas de registo eletrónico de saúde (EHR) que não conseguem comunicar entre si criam silos de informação, o que compromete a qualidade dos cuidados prestados. A adoção de padrões abertos, como os promovidos pela Health Level Seven International (HL7), facilita a troca de informações entre diferentes sistemas e instituições, permitindo uma visão abrangente e contínua do plano individual de cuidados da pessoa (Benson & Grieve, 2016). Estudos demonstram ainda que a interoperabilidade melhora significativamente a coordenação dos cuidados, reduz os custos e aumenta a eficiência do sistema de saúde (Vest & Gamm, 2010).

A integração de dados de diferentes fontes é igualmente fundamental para a gestão eficaz dos cuidados. A utilização de big data e análises avançadas pode fornecer avanços significativos sobre padrões de saúde, permitindo intervenções preventivas e personalizadas. Por exemplo, a análise de grandes volumes de dados de saúde pode identificar tendências e fatores de risco, facilitando a implementação de estratégias de saúde pública mais eficazes (Raghupathi & Raghupathi, 2014). A integração de dados

também permite uma abordagem mais abrangente da pessoa em cuidados, considerando todos os aspectos da saúde e bem-estar.

No entanto, a interoperabilidade e a integração de dados apresentam desafios significativos, especialmente em termos de segurança e privacidade. A proteção de dados sensíveis é uma prioridade, e as organizações de saúde devem implementar medidas robustas de segurança cibernética para proteger contra violações de dados. A conformidade com regulamentos como o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia é fundamental para garantir que os dados das pessoas sejam tratados com o máximo respeito pela privacidade (European Commission, 2018). A confiança das pessoas no sistema de saúde depende da garantia de que os seus dados estão seguros e são utilizados de forma ética.

A interoperabilidade também depende da formação contínua dos profissionais de saúde em competências digitais. A literacia digital é essencial para que os profissionais possam utilizar eficazmente as ferramentas de TI em saúde. Programas de formação devem ser implementados para capacitar os profissionais de saúde a navegar nos sistemas de EHR, utilizar ferramentas de análise de dados e garantir a segurança dos dados (Gordon et al., 2020). Além disso, é necessário promover uma cultura de colaboração e partilha de informação entre todos os intervenientes no sistema de saúde.

Portanto, a interoperabilidade de sistemas e a integração de dados são elementos cruciais para a realização de cuidados integrados e centrados na pessoa. A adoção de padrões abertos, a implementação de plataformas interoperáveis, a proteção rigorosa dos dados e a formação contínua dos profissionais são passos essenciais para alcançar este objetivo. Ao superar estes desafios, é possível proporcionar cuidados de saúde mais eficientes, seguros e personalizados, melhorando significativamente os resultados para as pessoas.

3.4. Perspetivas Futuras e Inovações

O futuro dos cuidados integrados centrados na pessoa está repleto de oportunidades para inovação e melhoria contínua. As tendências emergentes em tecnologia, políticas de saúde e modelos de cuidados baseados em evidências prometem transformar a forma como os cuidados de saúde são prestados.

3.4.1. Modelos de Cuidados Baseados em Evidências

Os modelos de cuidados baseados em evidências são fundamentais para a implementação de práticas eficazes e eficientes. A utilização de dados de pesquisa para informar as decisões clínicas e organizacionais pode melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os custos (Glasziou et al., 2017). A disseminação de diretrizes clínicas baseadas em evidências e a formação contínua dos profissionais de saúde são essenciais para promover a adoção de práticas baseadas em evidências.

A implementação de modelos de cuidados baseados em evidências requer uma abordagem sistemática que inclua a avaliação crítica da literatura científica, a aplicação de diretrizes clínicas padronizadas e a monitorização contínua dos resultados de saúde. Estes modelos devem ser flexíveis e adaptáveis, permitindo ajustes com base em novas evidências e nas necessidades específicas da população atendida. Além disso, a colaboração entre investigadores, clínicos e gestores de saúde é fundamental para garantir que as práticas baseadas em evidências sejam integradas de forma eficaz nos sistemas de saúde (Greenhalgh et al., 2018).

3.4.2. Avanços na Medicina Personalizada

A medicina personalizada é uma abordagem emergente que adapta os cuidados de saúde às características individuais de cada pessoa. A utilização de dados genéticos, biomarcadores e informações de saúde para personalizar tratamentos pode aumentar a eficácia das intervenções e reduzir os efeitos secundários (Collins & Varmus, 2015). Este avanço é particularmente relevante para a gestão de doenças crónicas e multimorbilidade, onde as pessoas apresentam condições de saúde complexas e interligadas.

Adicionalmente, a telemedicina e a saúde digital oferecem oportunidades significativas para a melhoria dos cuidados integrados. A telemedicina permite consultas médicas à distância, utilizando tecnologias de comunicação para conectar pessoas em cuidados e profissionais de saúde. Esta abordagem pode melhorar o acesso aos cuidados de saúde, especialmente em áreas rurais e remotas, e reduzir os tempos de espera para consultas (Keesara et al., 2020). A saúde digital, que inclui o uso de aplicações móveis, dispositivos wearables e plataformas de gestão de saúde, facilita a monitorização contínua das pessoas em acompanhamento e a gestão das suas condições de saúde.

3.4.3. Inteligência Artificial e Big Data

A inteligência artificial (IA) e o *big data* estão a transformar a forma como os cuidados de saúde são prestados. A IA pode analisar grandes volumes de dados de saúde para identificar padrões, prever riscos e recomendar intervenções personalizadas. Por exemplo, algoritmos de *machine learning* podem ser utilizados para prever a deterioração da saúde de pessoas com doenças crónicas, permitindo intervenções precoces e personalizadas (Esteva et al., 2019).

O *big data*, por sua vez, permite a análise de dados de saúde em grande escala, fornecendo valiosos contributos sobre tendências e padrões de saúde que podem informar políticas de saúde e decisões clínicas. A utilização de big data pode melhorar a gestão de recursos de saúde, identificar áreas de necessidade e avaliar a eficácia das intervenções de saúde (Topol, 2019).

3.4.4. Medicina de Precisão e Genética

A medicina de precisão e a genética estão a abrir novas fronteiras nos cuidados de saúde personalizados. A análise do genoma permite a identificação de predisposições genéticas para certas doenças, permitindo intervenções preventivas e tratamentos personalizados. A medicina de precisão adapta os tratamentos às características genéticas, ambientais e de estilo de vida de cada pessoa, aumentando a eficácia dos tratamentos e reduzindo os efeitos secundários (Collins & Varmus, 2015).

Esta abordagem personalizada é especialmente relevante no contexto da multimorbilidade, onde as pessoas frequentemente apresentam condições de saúde complexas e interligadas. A medicina de precisão pode ajudar a desenvolver planos de tratamento que considerem a totalidade das condições de saúde da pessoa, melhorando os resultados de saúde e a qualidade de vida (Greenhalgh et al., 2018).

3.4.5. Políticas de Saúde e Reformas Estruturais

As políticas de saúde e as reformas estruturais desempenham um papel fundamental na promoção de cuidados integrados. A implementação de políticas que incentivem a colaboração entre diferentes níveis de cuidados e setores pode facilitar a integração de serviços e melhorar a eficiência dos sistemas de saúde (European Commission, 2017). A reforma dos sistemas de financiamento para recompensar a

qualidade e a continuidade dos cuidados também é fundamental para promover a sustentabilidade dos cuidados integrados.

Uma abordagem política integrada requer a coordenação de esforços entre diferentes entidades governamentais e não governamentais. Políticas de saúde eficazes devem abordar a prevenção, o tratamento e a reabilitação de forma integrada, considerando os determinantes sociais da saúde e promovendo a equidade no acesso aos cuidados. Além disso, a implementação de políticas de incentivo à utilização de tecnologias de informação e comunicação pode facilitar a interoperabilidade dos sistemas de saúde, garantindo que os dados das pessoas sejam partilhados de forma segura e eficiente entre diferentes prestadores de cuidados (WHO, 2021).

A reforma dos modelos de financiamento de saúde para se alinharem com os princípios dos cuidados baseados em valor é uma estratégia fundamental. Financiamentos que recompensem a qualidade e os resultados dos cuidados, em vez da quantidade de serviços prestados, podem incentivar práticas mais eficientes e centradas na pessoa. Modelos de pagamento como os Pacotes de Pagamento Baseados em Episódios e os Modelos de Pagamento Global podem ser eficazes na promoção de cuidados integrados e na redução de custos (Miller, 2009). Estas reformas exigem um compromisso político forte e uma visão a longo prazo para transformar os sistemas de saúde e torná-los mais resilientes e sustentáveis.

3.4.6. Empoderamento da Pessoa e Participação Ativa

A capacitação das pessoas é essencial nos cuidados integrados centrados na pessoa. Incentivar a participação ativa das pessoas na gestão da sua saúde não só melhora os resultados clínicos, mas também aumenta a satisfação e a adesão aos tratamentos. Ferramentas digitais, como aplicativos de saúde, portais de doentes e dispositivos de monitorização pessoal, podem facilitar o autocuidado e a comunicação com os profissionais de saúde, promovendo uma abordagem mais colaborativa e participativa (Lupton, 2017).

A educação e o apoio contínuo são fundamentais para capacitar as pessoas em cuidados a tomar decisões informadas sobre a sua saúde. Programas de educação em saúde e a utilização de tecnologias digitais podem ajudar as pessoas a compreender melhor as suas condições de saúde e a adotar comportamentos mais saudáveis. Além disso, a criação de ambientes de cuidado que valorizem a autonomia e a

autodeterminação das pessoas é essencial para promover o empoderamento e a participação ativa (Funnell et al., 2009).

3.5. Casos de Estudo e Boas Práticas

3.5.1. Exemplos de Implementação Bem-Sucedida em Diferentes Contextos

Os casos de estudo e as boas práticas em diferentes contextos oferecem uma visão valiosa sobre como os cuidados integrados centrados na pessoa podem ser implementados com sucesso. Estes exemplos demonstram a eficácia de estratégias variadas em responder às necessidades específicas das populações e superar desafios únicos.

Exemplo 1: Programa de Cuidados Integrados de Norrtälje, Suécia

O Programa de Cuidados Integrados de Norrtälje é um modelo pioneiro que combina serviços de saúde e sociais sob uma única organização administrativa. Este programa visa proporcionar cuidados contínuos e coordenados para todos os residentes, especialmente os idosos. A integração de serviços permitiu uma melhor coordenação dos cuidados, reduziu as hospitalizações e melhorou a satisfação das pessoas. Um estudo sobre este programa destacou a importância de uma liderança forte e de um financiamento sustentável para o sucesso da integração (Ahgren, 2014).

Exemplo 2: Kaiser Permanente, Estados Unidos

Kaiser Permanente é um dos maiores sistemas de saúde integrados dos Estados Unidos, conhecido por sua abordagem centrada na pessoa e pelo uso extensivo de tecnologia de informação para melhorar os cuidados. A organização utiliza registo eletrónicos de saúde (EHR) para coordenar os cuidados entre diferentes prestadores e níveis de assistência. Este sistema permite a monitorização contínua das pessoas em acompanhamento e facilita a comunicação entre profissionais de saúde. A implementação bem-sucedida dos EHRs e a ênfase na prevenção e gestão de doenças crónicas resultaram em melhores resultados de saúde e redução dos custos (Gordon et al., 2019).

Exemplo 3: Cuidados Integrados para Idosos em Torbay, Inglaterra

O modelo de cuidados integrados em Torbay, Inglaterra, focado nos idosos, estabeleceu equipas de cuidados comunitários multidisciplinares que trabalham em estreita colaboração com os hospitais e os serviços sociais. Este modelo enfatiza a coordenação dos cuidados e a centralidade da pessoa, permitindo que as pessoas mais

velhas recebam cuidados personalizados em suas casas. Como resultado, houve uma redução significativa nas admissões hospitalares e na duração das estadias hospitalares, além de um aumento na satisfação das pessoas e cuidadores (Thistletonwaite, 2011).

Exemplo 4: Modelo de Desenvolvimento de Cuidados Integrados de Minkman, Países Baixos

Minkman (2012, 2017) desenvolveu um modelo de cuidados integrados que enfatiza a importância da governança eficaz e da coordenação entre diferentes níveis de assistência. O modelo de Minkman propõe um desenvolvimento faseado dos cuidados integrados, começando com a construção de uma visão comum e a criação de estruturas de governança, seguido pela implementação de práticas colaborativas e pela avaliação contínua dos resultados. Este modelo tem sido aplicado com sucesso em várias regiões dos Países Baixos, demonstrando a eficácia da governança integrada e da adaptação flexível às necessidades locais.

3.5.1. Lições Aprendidas e Recomendações

A análise dos exemplos de implementação bem-sucedida oferece diversas lições valiosas que podem ser aplicadas em outros contextos para melhorar os cuidados integrados.

Lição 1: Importância da Liderança e Governança

Uma liderança forte e uma governança eficaz são essenciais para a implementação bem-sucedida de cuidados integrados. Os líderes devem promover uma visão clara e envolver todos os stakeholders no processo de mudança. A criação de estruturas de governança que facilitem a colaboração e a coordenação entre diferentes níveis de assistência é fundamental (Minkman, 2017).

Lição 2: Necessidade de Financiamento Sustentável

A sustentabilidade financeira é um fator crítico. Modelos de financiamento que recompensem a qualidade e os resultados dos cuidados, em vez da quantidade de serviços prestados, podem promover práticas mais eficientes e centradas na pessoa. A experiência de Norrtälje e Kaiser Permanente demonstra a importância de um financiamento adequado para suportar a integração dos serviços.

Lição 3: Utilização de Tecnologias de Informação

As tecnologias de informação, como os registos eletrónicos de saúde, são fundamentais para a coordenação eficaz dos cuidados. A interoperabilidade dos

sistemas de informação permite a partilha de dados em tempo real, melhorando a continuidade dos cuidados e reduzindo a duplicação de esforços.

Lição 4: Foco na Centralidade do Pessoa

Modelos de cuidados centrados na pessoa, que envolvem as pessoas e as suas famílias no planeamento e na tomada de decisões, têm maior probabilidade de sucesso. A participação ativa das pessoas em cuidados melhora a adesão aos tratamentos e aumenta a satisfação com os cuidados recebidos.

Recomendação 1: Adaptação ao Contexto Local

Os modelos de cuidados integrados devem ser adaptados às necessidades e características específicas de cada contexto local. A análise dos determinantes sociais da saúde e a participação das comunidades locais no desenvolvimento dos modelos são fundamentais para garantir a relevância e eficácia das intervenções.

Recomendação 2: Formação e Capacitação Contínua

Investir na formação contínua e na capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para a implementação de cuidados integrados. Programas de educação interprofissional que promovam a colaboração e a comunicação entre diferentes disciplinas podem melhorar a coesão das equipas de cuidados e a qualidade dos serviços prestados.

Recomendação 3: Monitorização e Avaliação Contínuas

A monitorização e avaliação contínuas são essenciais para identificar áreas de melhoria e garantir a qualidade dos cuidados. A utilização de indicadores de desempenho e métodos de avaliação robustos permite uma adaptação contínua e a implementação de estratégias de melhoria baseadas em evidências.

Implementar cuidados integrados centrados na pessoa é um desafio complexo, mas com as estratégias adequadas e um compromisso com a melhoria contínua, é possível proporcionar cuidados de saúde mais eficazes, eficientes e centrados nas necessidades das pessoas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste livro, aprofundou-se a complexidade e os desafios inerentes à construção de sistemas de cuidados de saúde integrados e sustentáveis. Exploraram-se as nuances da interligação entre a saúde física, mental e social, reconhecendo que o percurso de saúde não segue um caminho linear. À medida que se explorou cada faceta, compreendeu-se

que abordagens abrangentes e colaborativas são necessárias para lidar com essa complexidade.

Discutiu-se, com algum detalhe, como os sistemas de saúde, especialmente em Portugal, estão em constante evolução para abraçar uma visão mais abrangente, considerando aspectos socioeconómicos, políticos e tecnológicos. No entanto, também se identificou que persistem desafios, tais como a fragmentação dos serviços, a falta de comunicação e a necessidade de uma cultura organizacional mais direcionada para a pessoa.

O paradigma predominante de saúde, que historicamente se focou na doença, está gradualmente a dar lugar a abordagens inovadoras que priorizam a prevenção, a promoção da saúde e o empoderamento das pessoas. A incorporação de tecnologia e inovação é uma constante, visando não apenas uma coordenação mais eficiente, mas também um acesso mais amplo aos cuidados. A inovação tecnológica, como o uso de inteligência artificial, big data e telemedicina, está a transformar significativamente a prestação de cuidados, oferecendo soluções personalizadas e previsões mais precisas de riscos de saúde.

Ao discutir os benefícios dos cuidados integrados centrados na pessoa, percebeu-se como as evidências científicas sustentam a melhoria da satisfação, dos resultados de saúde e da eficiência. Exemplos bem-sucedidos de sistemas implementados em países como os Países Baixos, Alemanha e Reino Unido são uma inspiração para perseguir modelos semelhantes. Estes países demonstraram que a integração eficaz dos cuidados pode resultar em sistemas de saúde mais resilientes e capazes de enfrentar os desafios contemporâneos.

Reconheceu-se que a sustentabilidade, não apenas no âmbito dos cuidados de saúde, mas também ambiental, é uma preocupação crescente. Abordaram-se desafios tais como a gestão de resíduos, consumo de energia e água, destacando a necessidade premente de sistemas mais ecológicos. A adoção de práticas sustentáveis é imperativa para garantir que os cuidados de saúde não comprometam a saúde do planeta.

A importância do autocuidado foi destacada como um elemento central para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. O desenvolvimento de competências de autocuidado entre as pessoas permite uma gestão mais eficaz das condições crónicas e promove uma maior autonomia e qualidade de vida. Incentivar a literacia em saúde e a participação ativa das pessoas em cuidados na gestão da sua saúde são componentes essenciais para a coprodução de cuidados, contribuindo significativamente para a

eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde. Este enfoque no autocuidado familiar e comunitário promove uma cultura de saúde proativa e resiliente.

Salienta-se que, o futuro dos cuidados de saúde reside na construção de sistemas verdadeiramente integrados, centrados nas pessoas e sustentáveis. Este é um desafio complexo que exige colaboração multidisciplinar, mudança cultural, inovação tecnológica e políticas orientadas para a eficácia e a equidade. A adoção de modelos de financiamento baseados em valor, que incentivem a qualidade e a continuidade dos cuidados, é fundamental para sustentar esta transformação.

À medida que se conclui este capítulo, deixa-se a nota final de que a construção de sistemas de cuidados de saúde integrados e sustentáveis não é somente uma tarefa urgente, mas também uma responsabilidade científica e social. Com ênfase no compromisso coletivo, na contínua procura pelo conhecimento e na vontade de adaptar e inovar, está-se a moldar o presente e o futuro dos cuidados de saúde, garantindo que todos possam aceder a cuidados de qualidade, abrangentes e que respeitem tanto o bem-estar humano como o do nosso planeta. A inovação e a adaptação contínua são essenciais para responder às necessidades em constante evolução da população, promovendo um envelhecimento saudável e sustentável.

Referências Bibliográficas

Grupo A:

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Bayliss, E. A., Edwards, A. E., Steiner, J. F., & Main, D. S. (2007). Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practice*, 24(5), 479-484. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmm040>
- Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Smith, B. R., & Alverson, D. C. (2016). The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. *Telemedicine and e-Health*, 20(9), 769-800. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.9981>
- Batalden, P., Batalden, M., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opiari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 509-517. <https://doi.org/10.1136/bmjqqs-2015-004315>
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care rch, 18(1), 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
- Bodenheimer, T., & Berry-Millett, R. (2009). Care management of patients with complex health care needs. *Health Affairs*, 28(1), 64-74. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.64>
- Boyd, C. M., Darer, J., Boult, C., Fried, L. P., Boult, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid

diseases: implications for pay for performance. JAMA, 294(6), 716-724.

<https://doi.org/10.1001/jama.294.6.716>

Braveman, P. (2014). What is health equity: And how does a life-course approach take us further toward it?. Maternal and Child Health Journal, 18(2), 366-372.

<https://doi.org/10.1007/s10995-013-1226-9>

Bowling, A. (2017). Measuring health: A review of quality of life measurement scales.

Open University Press. <https://www.mheducation.co.uk/measuring-health-9780335261949-emea-group>

Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. World Health Organization.

Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., & Prodinger, B. (2019). Refinements of the ICF linking rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. Disability and Rehabilitation, 41(5), 574-583.

<https://doi.org/10.3109/09638288.2017.1396403>

Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006). The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1), CD003704.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003704.pub3>

de Jong, J. D., Struijs, J. N., & de Bakker, D. H. (2019). Effects of bundled payment on curative health care costs in the Netherlands. Health Affairs, 38(2), 359-366.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05257>

de Souto Barreto, P., Morley, J. E., Chodzko-Zajko, W., Pitkala, K. H., Weening-Dijksterhuis, E., Rodriguez-Mañas, L., ... & Rolland, Y. (2016). Recommendations on physical activity and exercise for older adults living in long-term care facilities: a taskforce report. Journal of the American Medical Directors Association, 17(5), 381-392. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.021>

Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research.

Nature Human Behaviour, 2(4), 253-260. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6>

Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (Eds.). (2012). Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. Oxford University Press.

- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29(8), 1489-1495.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>
- Ferreira, P. L., Antunes, P., & Portugal, S. (2015). Primary health care reform in Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(2), 1-178.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255>
- Gittell, J. H., Weinberg, D., Pfefferle, S., & Bishop, C. (2010). Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: A study of nursing homes. *New England Journal of Medicine*, 362(6), 582-592.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa084235>
- Goes, M., Lopes, M., Marôco, J., Oliveira, H., & Fonseca, C. (2021). Psychometric Properties of the WHOQOL-BREF(PT) in a Sample of Elderly Citizens. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01783-z>
- Goes, M., Lopes, M. J., Oliveira, H., Fonseca, C., & Marôco, J. (2020). A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Scientific Reports - Nature Research*, 10(1), 1770.
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>
- Goes, M., Oliveira, H., Lopes, M., Fonseca, C., Pinho, L., & Marques, M. (2023). A Nursing Care-sensitive Patient Satisfaction Measure in Older Patients. *Scientific Reports - Nature Research*, 13(76007). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33805-9>
- Goes, M., Lopes, M., Marôco, J., Oliveira, H., & Fonseca, C. (2021). Psychometric properties of the WHOQOL-BREF(PT) in a sample of elderly citizens. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01783-z>
- Goes, M., Lopes, M. J., Oliveira, H., Fonseca, C., & Marôco, J. (2020). A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Scientific Reports*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>

- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (2021). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009>
- Ham, C., & Curry, N. (2010). Integrated care: What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? The King's Fund.
- Haseltine, W. A. (2013). Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story. Brookings Institution Press.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.
<https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Keck, C. W., & Reed, G. A. (2012). The curious case of Cuba. *American Journal of Public Health*, 102(8), e13-e22. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300822>
- Kinslow, K., Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2020). The role of culture in self-care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103469.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103469>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2015). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10(1), 65.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>
- Kuh, D., Karunananthan, S., Bergman, H., & Cooper, R. (2014). A life-course approach to healthy ageing: maintaining physical capability. *Proceedings of the Nutrition Society*, 73(2), 237-248. <https://doi.org/10.1017/S0029665113003923>
- Larsen, B. A., Laughlin, G. A., Cummins, K. G., Barrett-Connor, E., & Wassel, C. L. (2021). Physical activity and longevity: how does exercise prescription contribute to healthy aging? *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(1), 23-30.
<https://doi.org/10.1111/jgs.16872>
- Lavikainen, J., Lahtinen, E., & Lehtinen, V. (2000). Public health approach on mental health in Europe. National Research and Development Centre for Welfare and Health.

- Le Reste, J. Y., Nabbe, P., Lazic, D., Lygidakis, C., Doerr, C., Lingner, H., ... & Van Marwijk, H. (2013). The European General Practice Research Network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS One*, 8(1), e54875.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054875>
- Le Reste, J. Y., Nabbe, P., Manceau, B., Lygidakis, C., Doerr, C., Lingner, H., Czachowski, S., Munoz, M., Argyriadou, S., Claveria, A., Le Floch, B., Barais, M., Bower, P., Van Marwijk, H., Van Royen, P., & Lietard, C. (2013). The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(5), 319–325. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.001>
- Levin, L. S., Idler, E. L., & Casper, M. (2008). Self-care and health care: Family medicine perspectives. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35(3), 659-675.
<https://doi.org/10.1016/j.pop.2008.03.010>
- Lopes, M. J. (2018). Forming and maintaining interpersonal relationships. In J. Santos & J. Cutcliffe (Eds.), European psychiatric/mental health nursing in the 21st century. Principles of specialty nursing. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19
- Lopes, M., & Sakellarides, E. (2021). Os Cuidados de Saúde face aos desafios do nosso tempo: Contributos para a Gestão da Mudança.
<https://doi.org/10.24902/uevora.21>
- Lopes, M. (2021a). Desafios de inovação em saúde: Repensar os modelos de cuidados. Imprensa Universidade de Évora. <https://doi.org/10.24902/uevora.24>
- Lopes, M., Goes, M., Pinho, L., & Gouveia, C. (2024). O processo de envelhecimento na perspetiva do curso de vida: Transições e percursos de cuidados. In C. Sequeira, L. Sousa, & O. Araújo (Coords.), Enfermagem em Gerontologia e Geriatria. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Lopes, M., Fonseca, C., Pinho, L., Goes, M., & Rodrigues, A. (2022). Cuidados à pessoa com multimorbilidade e dependência: a mudança de paradigma necessária. In H. Canhão, A. P. Gil, P. Barros, & J. Branco (Coords.), Desafios do Envelhecimento para a Saúde, a Economia e a Sociedade. Princípia Editora, Lda. ISBN: 978-989-716-281-7.

- Lopes, M. (2021). Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados. <https://doi.org/10.24902/uevora.24>
- Lopes, M. J. & Sakellarides, C. (2021), Os Cuidados de Saúde face aos Desafios do Nosso Tempo: Contributos para a Gestão da Mudança (M. J. Lopes & C. Sakellarides, eds.). Universidade de Évora.
- Lopes, M. J. (2016), «Cidadania e participação: de utente-consumidor a cidadão corresponsável», RIASE – Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, 2 (3).
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lorig, K. R., Ritter, P. L., Pifer, C., & Werner, P. (2013). Effectiveness of the chronic disease self-management program for persons with a serious mental illness: A translation study. *Community Mental Health Journal*, 50(1), 96-103.
<https://doi.org/10.1007/s10597-013-9617-5>
- Maarse, J. A., Jeurissen, P. P. T., & Ruwaard, D. (2016). Concerns over the sustainability of Dutch health care. *Health Policy*, 120(3), 305-311.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.002>
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., ... & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430-439.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). Health equity in England: The Marmot review 10 years on. *BMJ*, 368, m693.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m693>
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company.
- NHS. (2019). The NHS Long Term Plan. Retrieved from
<https://www.longtermplan.nhs.uk>
- Ngai, F. W., & Fenwick, J. (2020). The effect of a culturally tailored parenting programme on self-efficacy and parenting practices among Chinese parents. *Journal of Advanced Nursing*, 76(3), 753-762. <https://doi.org/10.1111/jan.14283>

- Nolte E, Pitchforth E. (2014). Policy summary II: What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Geneva: World Health Organization; 2014.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf
- Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? World Health Organization.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/
- Nolte, E., Knai, C., & Saltman, R. B. (2016). Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches. Observatory Studies Series, No. 37. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- OECD. (2021). Health at a Glance. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Park, C. L., & Knott, C. L. (2021). A comprehensive review of the influence of socioeconomic status on the health behaviors and outcomes of young adults. Health Psychology Review, 15(4), 489-523.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1864720>
- Phua, K. H. (2015). Health Care in Singapore. Routledge.
- Organizaçāo para a Cooperaçāo e Desenvolvimento Económico (OCDE). (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. International Journal for Quality in Health Care, 17(2), 141-146.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi016>
- Pichler, P. P., Jaccard, I. S., Weisz, U., & Weisz, H. (2019). International comparison of health care carbon footprints. Environmental Research Letters, 14(6), 064004.
<https://doi.org/10.1088/1748-9326/ab19e1>
- PORDATA. (2022a). Anos de vida saudável à nascença: total e por sexo.
<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830373>
- PORDATA. (2022b). Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo.
<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830376>
- PORDATA. (2022c). Esperança de vida à nascença: total e por sexo.
<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830372>

PORDATA. (2022d). Esperança de vida aos 65 anos: por sexo.

<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830379>

PORDATA. (2022e). População residente: total e por grandes grupos etários (%), 0-14 anos.

[https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+\(percentagem\)-1865-2019](https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+(percentagem)-1865-2019)

PORDATA. (2022f). População residente: total e por grandes grupos etários (%), 65 ou mais.

[https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+\(percentagem\)-1865-2021](https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+(percentagem)-1865-2021)

PORDATA. (2022a). Anos de vida saudável à nascença: total e por sexo

<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830373>

PORDATA. (2022b). Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo

<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830376>

PORDATA. (2022c). Esperança de vida à nascença: total e por sexo

<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830372>

PORDATA. (2022d). Esperança de vida aos 65 anos: por sexo

<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830379>

PORDATA. (2022e). População residente: total e por grandes grupos etários (%), 0-14 anos.

[https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+\(percentagem\)-1865-2019](https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+(percentagem)-1865-2019)

PORDATA. (2022f). População residente: total e por grandes grupos etários (%), 65 ou mais.

[https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+\(percentagem\)-1865-2021](https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+(percentagem)-1865-2021)

Richard, L., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts.

Journal of Nursing Scholarship, 43(3), 255-264. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01400.x>

Richard, L., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts.

Journal of Nursing Scholarship, 43(3), 255-264. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01400.x>

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204.

<https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1b>

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2022). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS. Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204.

<https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>

Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Sousa, R. D., Dias, S. S., Santos, M. J., Mendes, J. M., Coelho, P. S., Branco, J. C., & Canhão, H. (2018). Challenges of Ageing in Portugal: Data from the EpiDoC Cohort. *Acta Médica Portuguesa*, 31(2).

<https://doi.org/10.20344/amp.9817>

Rosero-Bixby, L. (2004). Evaluating the Costa Rican health system: Evidence and challenges. *International Journal of Health Services*, 34(4), 797-809.

<https://doi.org/10.2190/CB8Y-JY1V-VR3R-9HC3>

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593-596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>

Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M. K., Vos, T., Flaxman, A. D., Lopez, A. D., & Murray, C. J. (2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2144-2162. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61690-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61690-0)

Sartorius N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croatian medical journal*, 47(4), 662–664.

Serviço Nacional de Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 [Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016)]. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1-184.

Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2020). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>

- Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*, 345, e5205. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5205>
- Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2018). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD006560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>
- Sousa, P. M., Marques-Vieira, C., & Antunes, L. (2020). Self-care practices in older adults: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103546>
- Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Musil, C. M., Price Lea, P. J., & Davis, S. A. (2020). Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Research and Theory for Nursing Practice*, 24(3), 194-209. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.24.3.194>
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2019). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Stromberg, A., Jaarsma, T., & Riegel, B. (2012). Self-care: who does it? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(4), 339-340. <https://doi.org/10.1177/1474515112452804>
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: A solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)
- Tinetti, M. E., Fried, T. R., & Boyd, C. M. (2012). Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *JAMA*, 307(23), 2493-2494. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.5265>
- Topol, E. (2019). Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. Basic Books.
- Tremayne, P., & de Bourg, H. (2023). Clinical reasoning skills in nursing: An educational intervention. *Nurse Education Today*, 111, 104593. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.104593>
- van der Heide, I., Snoeijs, S., Quattrini, S., Struckmann, V., Hujala, A., Schellevis, F., & Rijken, M. (2018). Patient-centeredness of integrated care programs for people

with multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project. *Health Policy*, 122(1), 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.10.005>

van der Heide, I., Snoeijs, S., Melchiorre, M. G., Quattrini, S., Boerma, W., & Rijken, M. (2018). Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe: An overview. *International Journal of Care Coordination*, 21(4), 110-122. <https://doi.org/10.1177/2053434518810178>

Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 357-363. <https://doi.org/10.1370/afm.983>

Van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J. F. M., Roos, S., & Knottnerus, J. A. (1998). Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(5), 367-375.

Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbas, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., . . . Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9)

Xu, X., Mishra, G. D., Jones, M., & Dobson, A. J. (2021). Multimorbidity prevalence and patterns in middle-aged and older women: A longitudinal study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(10), 2103. <https://doi.org/10.3390/j>

Waitzkin, H., Jasso-Aguilar, R., Landwehr, A., & Mountain, C. (2018). Global trade, public health, and health services: Stakeholders' constructions of the key issues. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1418-1426. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.024>

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2017). Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 453-458. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085100>

- World Health Organization (WHO). (2021). Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 2. Intervention implementation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240028034>
- World Health Organization (WHO). (2022). Global strategy on digital health 2020-2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020922>
- World Health Organization (WHO). (2024). Physical activity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World Health Organization (WHO). (2024). Integrated people-centred care. <https://www.who.int>
- World Health Organization (WHO). (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>
- World Health Organization. (2018). Health system review: Portugal: phase 1 final report. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345635>
- World Health Organization. (2021). World report on ageing and health. Geneva: WHO. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92639-7>
- World Health Organization. (2021). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- World Health Organization. (2021). World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
- United Nations. (2019). World Population Prospects 2019: Highlights. New York: United Nations. <https://doi.org/10.18356/13bf5476-en>

Referências Bibliográficas

Grupo B

Baker, R. (2017). Making use of patient feedback. *BMJ*, 358, j4122.

<https://doi.org/10.1136/bmj.j4122>

Barello, S., Graffigna, G., & Vigni, E. (2012). Patient engagement as an emerging challenge for healthcare services: Mapping the literature. *Nursing Research and Practice*, 2012, 905934. <https://doi.org/10.1155/2012/905934>

Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). Transformational Leadership. Lawrence Erlbaum Associates.

Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., & Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: A systematic review. *Systematic Reviews*, 4, 97. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0089-0>

Benson, T., & Grieve, G. (2016). Principles of Health Interoperability: SNOMED CT, HL7 and FHIR (3rd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-30370-3>

Berwick, D. M. (2009). What 'patient-centered' should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs*, 28(4), w555-w565.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w555>

Bodenheimer, T., Chen, E., & Bennett, H. D. (2014). Confronting the growing burden of chronic disease: Can the U.S. health care workforce do the job?. *Health Affairs*, 28(1), 64-74. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.64>

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576.

<https://doi.org/10.1370/afm.1713>

Burwell, S. M. (2015). Setting value-based payment goals—HHS efforts to improve US health care. *New England Journal of Medicine*, 372, 897-899.

<https://doi.org/10.1056/NEJMmp1500445>

Campanella, P., Lovato, E., Marone, C., Fallacara, L., Mancuso, A., Ricciardi, W., & Specchia, M. L. (2016). The impact of electronic health records on healthcare quality: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 26(1), 60-64. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv122>

- Car, J., Tan, W. S., Huang, Z., Sloot, P., & Franklin, B. D. (2019). eHealth in the future of medications management: Personalisation, monitoring and adherence. *BMC Medicine*, 15, 73. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0846-5>
- Cleary, P. D., & Edgman-Levitan, S. (2013). Health care quality. Incorporating patient perspectives. *New England Journal of Medicine*, 369, 448-450. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1310072>
- Collins, F. S., & Varmus, H. (2015). A new initiative on precision medicine. *New England Journal of Medicine*, 372, 793-795. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1500523>
- Coulter, A., & Collins, A. (2011). Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me. The King's Fund.
- Coulter, A., Parsons, S., & Askham, J. (2015). Where are the patients in decision-making about their own care?. *Health Systems Improvement*, 8, 45-56.
- Cowie, M. R., Bax, J., Bruining, N., Cleland, J. G., Koehler, F., Malik, M., ... & Leyva, F. (2017). e-Health: A position statement of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 37(1), 63-66. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv416>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3rd ed.). SAGE Publications, Inc.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 110(2-3), 115-130. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>
- Esteva, A., Kuprel, B., Novoa, R. A., Ko, J., Swetter, S. M., Blau, H. M., & Thrun, S. (2017). Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. *Nature*, 542(7639), 115-118. <https://doi.org/10.1038/nature21056>
- European Commission. (2018). The GDPR: New opportunities, new obligations. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

- European Commission. (2017). European Pillar of Social Rights.
https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_en.pdf
- European Commission. (2020). Cohesion policy: A way out of the crisis.
https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/basic/basic_2020_en.pdf
- Fitzpatrick, R., Chambers, J. D., & Rose, A. (2019). Using patient-reported outcome measures to improve health care: Time for a new approach. *Journal of the American Medical Association*, 322(1), 19-20.
<https://doi.org/10.1001/jama.2019.7070>
- Funnell, M. M., Anderson, R. M., & Nwankwo, R. (2009). Patient empowerment: The real experts. *Endocrine Today*, 7(4).
- Gagnon, M. P., Desmartis, M., Gagnon, J., St-Pierre, M., Rheaume, J., & Labrecque, M. (2016). Introducing telehealth in home care: The critical role of evaluation. *Telemedicine and e-Health*, 22(4), 1-10. <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0034>
- Glasziou, P., Straus, S., Brownlee, S., Trevena, L., Dans, L., Guyatt, G., ... & Elshaug, A. G. (2017). Evidence for underuse of effective medical services around the world. *The Lancet*, 390(10090), 169-177. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30946-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30946-1)
- Goes, M., Oliveira, H., Lopes, M., Fonseca, C., Pinho, L., & Marques, M. (2023). A Nursing Care-sensitive Patient Satisfaction Measure in Older Patients. *Scientific Reports*, 13, 76007. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33805-9>
- Gordon, W. J., Fairhall, A., & Landman, A. (2020). Threats to information security—public health implications. *New England Journal of Medicine*, 382, 1918-1920.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp1916755>
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). Qualitative Methods for Health Research (4th ed.). SAGE Publications, Inc.
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskery, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis?. *BMJ*, 348, g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

- Hudon, C., Chouinard, M. C., Pluye, P., El Sherif, R., Bush, P. L., Rihoux, B., ... & Lambert, M. (2018). Characteristics of case management in primary care associated with positive outcomes for frequent users of health care: a systematic review. *Annals of Family Medicine*, 16(5), 446-459.
<https://doi.org/10.1370/afm.2279>
- Jha, A. K., DesRoches, C. M., Campbell, E. G., Donelan, K., Rao, S. R., Ferris, T. G., ... & Blumenthal, D. (2008). Use of electronic health records in US hospitals. *New England Journal of Medicine*, 360(16), 1628-1638.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa0900592>
- Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., Dong, Y., Li, H., Ma, S., ... & Wang, Y. (2017). Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke and Vascular Neurology*, 2(4), 230-243. <https://doi.org/10.1136/svn-2017-000101>
- Johnson, J. K., Barach, P., & Vernooij-Dassen, M. (2007). Conducting patient safety research. *BMJ Quality & Safety*, 16(Suppl 1), i1-i2.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023630>
- Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2020). Covid-19 and health care's digital revolution. *New England Journal of Medicine*, 382, e82.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp2005835>
- Kripalani, S., Theobald, C. N., Anctil, B., & Vasilevskis, E. E. (2014). Reducing hospital readmission rates: Current strategies and future directions. *Annual Review of Medicine*, 65, 471-485. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-022613-090415>
- Krick, T., Huter, K., Domhoff, D., Schmidt, A., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2019). Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BMC Health Services Research*, 19, 400. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>
- Lupton, D. (2017). How does health feel? Towards research on the affective atmospheres of digital health. *Digital Health*, 3, 2055207617701276.
<https://doi.org/10.1177/2055207617701276>
- Manary, M. P., Boulding, W., Staelin, R., & Glickman, S. W. (2013). The patient experience and health outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368, 201-203. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1211775>
- Miller, H. D. (2009). From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Affairs*, 28(5), 1418-1428. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1418>

Minkman, M. M. N. (2012). Developing integrated care. Towards a development model for integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 12(8).

<https://doi.org/10.5334/ijic.1060>

Minkman, M. M. N. (2017). Longing for Integrated Care: The Importance of Effective Governance. *International Journal of Integrated Care*, 17(4).

<https://doi.org/10.5334/ijic.3510>

Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? *Health Systems and Policy Analysis*, 12(3), 1-22.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf

OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*.

<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Osborne, S. P., Radnor, Z., & Kinder, T. (2016). The SERVICE Framework: A Public-service-dominant Approach to Sustainable Public Services. *British Journal of Management*, 27(3), 404-422. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12175>

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50-70.

Raghupathi, W., & Raghupathi, V. (2014). Big data analytics in healthcare: promise and potential. *Health Information Science and Systems*, 2(1), 3.

<https://doi.org/10.1186/2047-2501-2-3>

Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., ... & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, 38(7), 656-668.

<https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>

Simões, J. A., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2020). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 22(4), 1-188.

Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2018). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD006560.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>

Topol, E. J. (2019). High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44-56. <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7>

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013).

Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>

Vest, J. R., & Gamm, L. D. (2010). A critical review of the research literature on six sigma, lean and studer group's hardwiring excellence in the United States: The need to demonstrate and communicate the effectiveness of transformation strategies in healthcare. *Implementation Science*, 5, 35.

<https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-35>

World Health Organization (WHO). (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report.

<https://www.who.int/servicedeliversafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>

World Health Organization (WHO). (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization.

<https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>

World Health Organization (WHO). (2021). World report on ageing and health. Geneva: WHO. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>

World Health Organization (WHO). (2024). Integrated people-centred care.

<https://www.who.int>

FIM