

### AUTOCUIDADO E LITERACIA EM SAÚDE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: REFLEXÃO PARA PORTUGAL

**João Pedro da Silva Teixeira<sup>1</sup>**;

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), Santiago do Cacém, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-8981-9968>

**Rita Alexandra da Silva Semedo<sup>2</sup>**.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), Santiago do Cacém, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0001-2977-278X>

**RESUMO:** A saúde é um direito universal, constitucionalmente garantido em Portugal, e o Estado tem a responsabilidade de promover políticas que assegurem o bem-estar físico, mental e social da população. Embora um sistema de saúde perfeito seja uma aspiração inatingível, o objetivo é garantir que cada paciente receba o cuidado certo, no momento e lugar adequados. O aumento desproporcional dos gastos públicos em saúde, juntamente com o envelhecimento populacional e a multimorbilidade, coloca desafios significativos à sustentabilidade dos sistemas de saúde, exigindo uma gestão eficiente dos recursos materiais e humanos. A literacia em saúde e o autocuidado surgem como recursos fundamentais para capacitar os indivíduos a tomar decisões informadas e gerir a sua própria saúde, melhorando a acessibilidade aos cuidados. Políticas de saúde eficazes devem reconhecer o valor do autocuidado, integrando-o nas estratégias nacionais para reduzir desigualdades e melhorar os resultados em saúde. A promoção da literacia em saúde é crucial não só para empoderar os cidadãos, mas também para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde através da otimização de recursos e redução de custos associados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autocuidado. Literacia em Saúde. Política de Saúde

## SELF-CARE AND HEALTH LITERACY IN HEALTH POLICIES: A REFLECTION FOR PORTUGAL

**ABSTRACT:** Health is a universal right, constitutionally guaranteed in Portugal, and the State has the responsibility to promote policies that ensure the physical, mental, and social well-being of the population. Although a perfect health system is an unattainable aspiration, the goal is to guarantee that each patient receives the right care, at the right time and place. The disproportionate increase in public health expenditures, along with population aging and multimorbidity, poses significant challenges to the sustainability of health systems, requiring efficient management of material and human resources. Health literacy and self-care emerge as fundamental resources to empower individuals to make informed decisions and manage their own health, improving accessibility to care. Effective health policies should recognize the value of self-care, integrating it into national strategies to reduce inequalities and improve health outcomes. Promoting health literacy is crucial not only to empower citizens but also to ensure the sustainability of health systems through resource optimization and cost reduction.

**KEYWORDS:** Self Care. Health Literacy. Health Policy.

### INTRODUÇÃO

Considerar a saúde como um direito tornou-se cada vez mais debatido, sendo reconhecido como universal e constitucionalmente garantido em Portugal.<sup>1</sup> O Artigo 64.º da Lei Constitucional n.º 1/2005 afirma que “todos têm direito à proteção da saúde (...) através de um serviço de saúde universal e geral (...) tendencialmente gratuito”, garantindo o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

Além da responsabilidade individual, os governos têm o dever de aplicar políticas sanitárias e sociais que promovam a saúde das populações, permitindo-lhes uma vida social ativa e economicamente produtiva.<sup>2</sup>

A intensificação de intervenções relativas ao autocuidado (AC) aumenta a capacidade dos indivíduos de optar por cuidados de saúde, melhorando a sua acessibilidade e a tomada de decisões informadas sobre a sua saúde.<sup>3</sup> Surge assim o conceito de literacia em Saúde (LS), intimamente relacionado com o conceito de AC.

### OBJETIVO

Este trabalho pretende demonstrar a relevância da promoção do AC impulsionado pela LS, como estratégia política com impacto nos resultados de saúde e bem-estar dos indivíduos e fundamentar a relevância da enfermagem como profissão que promove e

suporta as intervenções relativas ao AC.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E DISCUSSÃO

### 1 – O CONTEXTO

#### O papel do Estado

Um sistema de saúde perfeito é uma aspiração nobre, mas inatingível. Organizar os cuidados de saúde visa garantir que o paciente certo recebe o serviço adequado no momento e local certos.<sup>4</sup>

O Estado tem funções essenciais como fornecer bens e serviços públicos básicos, incluindo a proteção da saúde.<sup>5-7</sup> A saúde é definida Organização Mundial de Saúde<sup>8</sup>, p.1 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades”, conceito também presente no Plano Nacional de Saúde<sup>9</sup>.

Apesar dos países desenvolvidos associarem crescimento económico ao bem-estar da população, os gastos públicos em saúde têm crescido desproporcionalmente, exigindo racionalização financeira e eficiência na gestão de recursos.<sup>6</sup>

Os cuidados de saúde tornaram-se um investimento social estratégico com impacto no desenvolvimento da sociedade.<sup>10,11</sup> No entanto, o envelhecimento populacional e o rápido avanço tecnológico desafiam o Estado Português.<sup>12</sup>

Um sistema de saúde deve influenciar os determinantes da saúde e melhorar diretamente a saúde, contribuindo para ganhos e reduzindo desigualdades no acesso aos cuidados.<sup>7,10</sup>

Gestores de saúde procuram maximizar recursos face a constrangimentos orçamentais, implementando sistemas eficientes que minimizem custos sem comprometer a qualidade.<sup>13</sup> Contudo, por vezes, a capacidade de intervenção dos gestores é limitada por relações políticas e administrativas externas.<sup>14</sup>, p.118

A recente crise económica intensificou a preocupação com os gastos em saúde e a sustentabilidade dos sistemas, colocando-os como aspetos críticos nas políticas de controlo dos défices públicos. Muitos problemas já existiam previamente.<sup>15</sup>

#### A despesa em Saúde

No início do século XXI, a despesa do Estado Português em saúde cresceu acompanhando necessidades cada vez mais exigentes. A partir de 2009, medidas de consolidação orçamental reduziram a despesa de 9,8% do PIB em 2009 para 8,9% em 2016<sup>16</sup>, com a parcela pública diminuindo de 13,8% para 12,3%<sup>17</sup>.

Em 2016, os gastos em saúde na UE foram o segundo maior item dos orçamentos de Estado, após a proteção social.<sup>18</sup>

Em Portugal, os pagamentos diretos representaram 28% das despesas em saúde em 2016, acima da média da UE de 15%, e em crescimento. Incluem copagamentos conhecidos como taxas moderadoras; apesar de isenções baseadas no rendimento e situações clínicas, mais de 55% da população está isenta ao recorrer aos serviços públicos.<sup>17</sup>

## O envelhecimento e a multimorbilidade

O envelhecimento populacional é um fenómeno global que aumenta os gastos sociais e de saúde.<sup>19,20</sup> A esperança média de vida mundial passou de 47 anos em 1950 para 67 anos em 2010, com a percentagem de pessoas acima de 60 anos a subir de 8,1% para 10%.<sup>21</sup>

Em 2016, Portugal tinha uma esperança média de vida de 80,62 anos, aumento de 1,3 anos desde 2010, tornando-o um dos países mais envelhecidos do mundo, em quinto lugar globalmente.<sup>22-24</sup> O índice de envelhecimento agravou a dependência total em 21% na primeira década do século XXI.<sup>25</sup> A funcionalidade dos idosos diminui após os 75 anos, aumentando a necessidade de cuidados.<sup>19,20</sup>

Este envelhecimento altera o padrão de saúde, aumentando doenças crónicas que exigem cuidados mais complexos.<sup>26,27</sup> Na UE, as doenças crónicas são a principal causa de incapacidade e morte.<sup>28</sup> Em Portugal, problemas músculo-esqueléticos e depressão crónica limitam a qualidade de vida.<sup>17</sup>

A multimorbilidade, presença de duas ou mais doenças crónicas, associa-se ao envelhecimento e a desfavorecidos socioeconómicos, resultando em menor qualidade de vida e maiores custos de saúde.<sup>21,29</sup> Os sistemas de saúde continuam focados em doenças individuais, abordagem ineficiente e insegura para utentes com multimorbilidade devido à falta de coordenação nos serviços.<sup>29,30</sup>

## 2 - AUTOCUIDADO

Um dos objetivos dos cuidados de saúde é desenvolver a capacidade das pessoas de manter e promover a sua própria saúde, ajudando-as a atingir todo o seu potencial humano (Hoy et al., 2007). Isto só é possível reconhecendo a importância do empoderamento e do apoio na aquisição de conhecimentos, competências e recursos necessários para manter a saúde própria e a daqueles de quem cuidam.<sup>3</sup>

Vários fatores têm aumentado a relevância do AC na saúde: alterações nos padrões e prevalência de doenças crónicas relacionadas com o envelhecimento; maior foco na promoção da saúde; escassez de profissionais de saúde; contenção de custos; necessidade crescente de cuidados domiciliários que exigem capacitação de indivíduos e famílias; e maior acesso à informação, permitindo decisões de saúde mais autónomas.<sup>31</sup>

Com as descobertas científicas da esterilização, antibióticos e imunização no final do século XIX e início do século XX, as pessoas e comunidades reduziram a sua participação ativa na saúde, aumentando a confiança e dependência nos profissionais de saúde, numa perspetiva biomédica compartimentalizada e em cuidados institucionalizados para doenças agudas.<sup>32</sup>

## **O conceito de AC para a saúde**

A definição de AC varia conforme o contexto. Neste trabalho, referimo-nos ao AC no âmbito da saúde.

O United Kingdom Department of Health define o AC como o cuidado que os indivíduos desenvolvem em relação à sua própria saúde e bem-estar, incluindo ações para manter a saúde física e mental, satisfazer necessidades sociais e psicológicas, prevenir doenças e acidentes, cuidar de doenças menores e condições de longo termo, e manter a saúde após doença aguda ou alta hospitalar.<sup>33</sup>

A OMS define o AC para a saúde como “a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir a doença, manter a saúde e lidar com a doença e a incapacidade com ou sem o suporte de um profissional de saúde”.<sup>(34, p. 15)</sup> Esta definição considera os indivíduos como agentes ativos na gestão da sua própria saúde e no cuidado aos outros.

Ambas as definições enfatizam o empoderamento e capacitação de indivíduos, famílias e comunidades para compensar a insuficiência de profissionais de saúde. No entanto, estas conceções são redutoras, pois não valorizam o potencial humano, tecnológico e científico dos profissionais de saúde como promotores e suportes do AC, visando a maximização da saúde e bem-estar.<sup>35</sup>

O AC é um fenómeno complexo e multidimensional, podendo ser inato ou aprendido e apresentando vários níveis de exigência. Existe um AC básico, em que os indivíduos respondem aos requisitos fundamentais, e um AC direcionado para a saúde e gestão de regimes terapêuticos, que deve ser realizado em colaboração com profissionais de saúde.<sup>35</sup>

## **O AC como recurso de saúde**

O autocuidado (AC) e a promoção da saúde dos idosos têm sido estudados por vários autores. Em um estudo<sup>36</sup>, identificaram-se duas áreas inter-relacionadas: o AC como capacidade para a manutenção da saúde e o AC como processo para a manutenção e desenvolvimento da saúde. Como capacidade, refere-se à ação pela qual a pessoa idosa mantém, promove ou melhora a sua capacidade funcional, limita doenças e previne disfunções na vida diária. Como processo, é um desenvolvimento individual relacionado com a doença e o bem-estar.<sup>35</sup> Estas dimensões refletem o potencial do indivíduo para se

adaptar às circunstâncias da vida, satisfazendo necessidades, bem-estar e independência, alinhados com o seu projeto de saúde e de vida.

As capacidades necessárias para a manutenção da saúde dividem-se em três categorias: fundamentais (aptidão para satisfazer necessidades universais), de poder (envolvimento nas atividades de AC para alcançar objetivos pessoais) e de desempenho (capacidade de autogestão e papel nas questões de saúde).<sup>35</sup>

As condições que facilitam a capacidade de AC nos idosos dependem dos antecedentes do AC para a manutenção da saúde e incluem condições de processo (adaptação e mobilização de recursos), pessoais (variação das potencialidades do AC), interpessoais e externas (suporte social e influência de pessoas significativas).<sup>35</sup>

Quando o AC é entendido como capacidade, os principais objetivos de saúde dos idosos são: ótima funcionalidade, responsabilidade para a ação, integridade e realização do potencial.<sup>35</sup>

Os resultados positivos associados ao AC incluem a manutenção e melhoria do bem-estar físico, mental, social e espiritual; aumento da independência, autoconfiança e perícia; elevação da autoestima e envolvimento educacional.<sup>35</sup> Os resultados negativos associados ao déficit de AC envolvem sentimentos de solidão, dependência, apatia e abandono do AC, resultando em discrepâncias entre necessidades e recursos, doença, estados emocionais negativos, incapacidade funcional, baixa autoestima e suporte reduzido.<sup>35</sup>

Um estudo identificou quatro estilos de AC: responsável (orientação positiva face ao futuro e envelhecimento), formalmente guiado (aceitação acrítica de instruções e rotinas), independente (gestão autónoma da vida e negação do envelhecimento) e abandonado (desespero, falta de responsabilidade e atitude negativa face ao envelhecimento).<sup>37</sup>

Os fatores determinantes do AC incluem dimensões física, cognitiva, psicológica, sociodemográfica, social, relacionadas com a saúde, espiritual, cultural e económica.<sup>35</sup>

### **3 - LITERACIA EM SAÚDE**

A evolução do autocuidado (AC) e a aquisição de novos conceitos refletem-se no desenvolvimento da literacia em saúde (LS), surgida nos anos 70 e ligada à promoção da saúde.<sup>38</sup> A Organização Mundial da Saúde<sup>39</sup> define LS como um conjunto de aptidões cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade de indivíduos ou comunidades para obter, compreender e usar informações visando promover e manter a saúde. O conceito evoluiu para incluir a componente pessoal e social, sendo uma aptidão para tomar decisões informadas e aceitar as suas consequências para a saúde<sup>38</sup>.

Com a modernização dos sistemas de saúde, a LS tornou-se crucial em saúde pública, permitindo empoderar os cidadãos para decisões mais conscientes na promoção, prevenção e tratamento da doença. Contudo, a LS também evidencia desigualdades sociais,

pois indivíduos com diferentes aptidões têm capacidades distintas de acesso aos serviços de saúde.<sup>40</sup> Assim, a LS realça as desigualdades na acessibilidade e nos determinantes sociais da saúde, mas é também uma estratégia para as superar.

Existem três tipos de literacia: funcional (competências básicas de leitura e escrita), interativa (capacidade de participar em atividades e aplicar informações na vida quotidiana) e crítica (capacidade avançada de análise para decisões informadas). A literacia divide-se em tarefas (capacidade de realizar ações como ler um texto) e competências (aptidões e conhecimentos necessários para essas tarefas).<sup>38</sup>

Para promover cuidados de saúde equitativos, a LS é foco nas políticas de saúde de vários países.<sup>40</sup> Melhorar a LS potência resultados em saúde, utilização eficaz dos recursos e redução de custos. Estudos associam baixa LS a maior mortalidade, uso inadequado dos serviços e custos mais elevados.<sup>38</sup>

Em Portugal, a promoção da LS é prioritária nas políticas de saúde, incluída nos Planos Nacionais de Saúde. O relatório “Um Futuro para a Saúde” destaca a LS como pilar fundamental para melhorar os cuidados de saúde:

“A implementação de uma política nacional de promoção da literacia da saúde deverá ser uma prioridade para melhorar o estado da saúde em Portugal (...)”. (41, p. 63)

Em resposta, o governo avaliou a LS para definir estratégias de melhoria. Um estudo de 2016 concluiu que 38,1% da população portuguesa apresenta nível problemático de LS, acima da média da União Europeia.<sup>42</sup> O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados foi criado em 2016, conceptualizando a LS como a capacidade de tomar decisões informadas sobre a saúde, reconhecendo o papel do processo educativo no empoderamento para o AC.<sup>43</sup>

Em 2019, entrou em vigor um Plano de Ação para a LS (2019-2021), focado nas diferentes necessidades ao longo do ciclo vital, promovendo a LS e o AC. Este processo pressupõe partilha de responsabilidades entre a população e entidades de saúde, com objetivos como adoção de estilos de vida saudáveis, capacitação para utilização adequada dos recursos de saúde, promoção do bem-estar em doenças crónicas e incentivo ao conhecimento e investigação pelos profissionais de saúde.<sup>42</sup>

Contudo, o documento apresenta lacunas na identificação das limitações ao acesso à LS e em propostas de resolução. É necessário que as políticas de saúde desenvolvam estratégias para melhorar o acesso dos cidadãos à LS, garantindo o seu empoderamento e capacitação para um AC adequado.

#### **4 - POLÍTICAS DE SAÚDE**

Em 2015, as Nações Unidas estabeleceram a Agenda 2030 com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, incluindo a cobertura universal de saúde com proteção

financeira e acesso a serviços e medicamentos de qualidade a preços acessíveis.<sup>44,45</sup> Os governos enfrentam o desafio de financiar este sistema.<sup>45</sup>

Um sistema de saúde desestruturado dificilmente cumprirá os seus objetivos, pois os gastos serão reativos e direcionados a cuidados de baixo valor, enquanto cuidados eficazes permanecem subfinanciados, tornando os custos insuportáveis e o financiamento insustentável.<sup>46</sup>

A saúde pode ser vista pelo modelo biomédico, centrado na doença e nos cuidados médicos, ou pelo modelo social, que destaca os determinantes sociais da saúde e o contexto social na promoção da saúde e combate à doença.<sup>47</sup> Os determinantes da saúde ligam políticas e resultados em saúde, influenciados por setores além da saúde, como ambiente, cultura, educação e economia. A estratégia de “saúde em todas as políticas” promove o bem-estar populacional e contribui para outros setores, evidenciando a necessidade de articulação intersetorial nas políticas públicas de saúde.<sup>48,49</sup>

A política é o processo pelo qual grupos com opiniões divergentes chegam a decisões coletivas vinculativas,<sup>50</sup> desenvolvendo-se em vários níveis, desde o governo central até instituições locais, como unidades de saúde<sup>51</sup>. As políticas públicas ganharam importância devido à necessidade de restrição de gastos, substituindo políticas keynesianas do pós-guerra, com ajustes fiscais forçando “a adoção de orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais”<sup>(52, p. 20)</sup>.

Existem múltiplas definições de políticas públicas.<sup>52</sup> Peters<sup>(53, p. 4)</sup> define-as como “a soma das atividades dos governos... que influenciam a vida dos cidadãos”. Souza<sup>52</sup> enfatiza o papel das políticas públicas na solução de problemas, propondo mudanças quando necessário. Criar políticas que promovam desenvolvimento econômico e inclusão social é um desafio complexo, influenciado por diversos fatores.<sup>52</sup>

As políticas de saúde envolvem ações que influenciam instituições, organizações, serviços e sistemas de financiamento, tanto no setor público como no privado. Como a saúde é afetada por determinantes externos, consideram-se também ações de organizações fora do sistema de saúde, como indústrias alimentares, do tabaco e farmacêuticas, que impactam significativamente a saúde das populações.<sup>51</sup>

São normas, leis e regulamentos que orientam os serviços disponíveis à população para assegurar o bem-estar físico, psicológico e social.<sup>54</sup> Embora formalizadas em documentos, na prática são implementadas pelas decisões diárias dos profissionais, cujas práticas podem ganhar dimensão política e divergir dos propósitos formais.<sup>55</sup>

A política deve integrar as políticas de saúde, pois afetam todos os cidadãos. Profissionais de saúde, ao prescreverem intervenções, devem considerar fatores como conflitos com políticas vigentes, normas institucionais e capacidade dos pacientes de suportar custos.<sup>51</sup>



O autocuidado (AC) associado à literacia em saúde (LS) é uma estratégia fundamental nas políticas de saúde, pois promove a redução do impacto financeiro decorrente da utilização evitável de recursos devido à incapacidade de indivíduos e famílias gerirem o seu AC.<sup>35</sup> É importante que as políticas de saúde reconheçam o valor do AC, especialmente onde este se cruza com os sistemas de saúde e os profissionais.<sup>3</sup>

Implementar intervenções de AC nas políticas de saúde pode desenvolver as organizações nacionais e maximizar a eficácia dos recursos, criando inovação em saúde, como ferramentas digitais que promovem e suportam o AC, melhorando o acesso a medicamentos e procedimentos através da otimização da interface entre sistemas e serviços de saúde.<sup>56</sup>

O aumento de idosos nas sociedades desenvolvidas, com inevitável deterioração corporal, exige uma redefinição nas respostas de cuidados de saúde para este grupo e suas famílias, onde a transição para a dependência no AC é inevitável.<sup>35</sup> As políticas de saúde devem ser universais para alcançar o maior número possível de indivíduos, permitindo um envelhecimento saudável e promotor da autonomia.<sup>57</sup>

Conclui-se que a LS e as dificuldades financeiras são obstáculos à funcionalidade e ao pleno exercício do AC.<sup>58</sup> É necessário equilibrar os aspetos económicos e financeiros da saúde com a qualidade de vida dos cidadãos, obtendo ganhos efetivos para o bem-estar da sociedade.<sup>(35)</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de saúde ultrapassou a dicotomia saúde/doença, sendo agora interpretado como um estado multidimensional individual, onde o autocuidado (AC) é essencial.

O desenvolvimento eficaz do AC é potenciado pela literacia em saúde (LS), que capacita e empodera os indivíduos. A promoção do AC baseia-se em princípios de educação, prática clínica, investigação e política. Apesar da sua relevância, a LS permanece subaproveitada, devendo ser estrategicamente valorizada nas políticas de saúde e públicas.

Embora o Estado português tenha adotado medidas de copagamento para moderar a utilização e financiar os recursos de saúde pública, tais medidas podem ser vistas como punitivas no acesso aos cuidados. Propomos uma estratégia alternativa: promover o AC suportado pela LS, fomentando a equidade no acesso à saúde. Esta abordagem tem elevado potencial para melhorar os ganhos em saúde e reduzir o consumo de recursos públicos, diminuindo os custos associados.

Com as mudanças demográficas e necessidades crescentes, defendemos uma intervenção política abrangente, implementando medidas efetivas dirigidas à LS que promovam o AC e mitiguem desigualdades. Esta estratégia, de baixo custo e alto impacto, contribuirá positivamente para a sustentabilidade dos estados e o fortalecimento das instituições de saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1 Rego, G. (2011) Gestão empresarial dos serviços públicos - Uma aplicação ao sector da saúde. Porto: Vida Económica.
- 2 World Health Organization [WHO] (1978, setembro). International Conference on primary health care - Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata, USSR. s.l.: World Health Organization. Disponível em: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/113877/E93944.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf).
- 3 Narasimhan, M., Allotey, P. & Hardon, A. (2019). Self-care interventions to advance health and well-being: developing a conceptual framework to inform normative guidance. *British Medical Journal*, 365:l688, doi:10.1136/bmj.l688
- 4 Bodenheimer, T. & Grumbach, K. (2016) Understanding health policy: A clinical approach (7th edition). New York: Lange Medical Books. Disponível em: [https://books.google.pt/books?id=5pxxCwAAQBAJ&q=Understanding+health+policy:+A+clinical+approach+\(7th+edition\)&dq=Understanding+health+policy:+A+clinical+approach+\(7th+edition\)&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwjkg7Cg9ZzuAhWXi1wKHcKkCysQ6AEwAHoECAMQAq](https://books.google.pt/books?id=5pxxCwAAQBAJ&q=Understanding+health+policy:+A+clinical+approach+(7th+edition)&dq=Understanding+health+policy:+A+clinical+approach+(7th+edition)&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwjkg7Cg9ZzuAhWXi1wKHcKkCysQ6AEwAHoECAMQAq).
- 5 Mozzicafreddo, J. (2010). O papel do Estado na sociedade In Telo, A., Cruz, A. e Vitorino, A. (eds) Pilares da Estratégia Nacional. Lisboa: Edições Prefácio.
- 6 Nunes, R. e Rego G. (2014) Priority setting in health care: A complementary approach. *Health Care Analysis*, 22(3), 292-303.
- 7 Dias, C. (2015) O valor da inovação: criar o futuro do sistema de saúde. Coimbra: Edições Almedina.
- 8 World Health Organization [WHO] (2006). Constitution of the World Health Organization, (45ed). Disponível em: [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- 9 Direção Geral da Saúde [DGS] (2015) Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa: DGS.
- 10 Campos, A. C. (2007) Por um sistema de saúde mais eficiente. *Cadernos de Economia*, 80, 9-15. Disponível em: [www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4BB90E5E-FC90-461D-BF2C-416ED8E77308/0/CE80Antonio\\_Correia\\_de\\_Campos](http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4BB90E5E-FC90-461D-BF2C-416ED8E77308/0/CE80Antonio_Correia_de_Campos).
- 11 Leal, C. A. & Garcez, S. M. (2016) Qual o Impacto das Taxas Moderadoras, no Acesso aos Cuidados de Saúde, por Parte dos Utilizadores. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 18, 25-29.
- 12 Valente, M. C. (2010) Contratualização em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 25-39. Disponível em: [www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-03-2009.pdf](http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-03-2009.pdf).
- 13 Ahmed, M. e Alkhamis, T. (2009) Simulation optimization for an emergency department healthcare unit in Kuwait. *European journal of operational research*, 198(3), 936-942.

- 14 Santos, A., Oliveira, F., Alemão, M. & Roquete, F. (2018). A gestão estratégica em serviços de urgência e emergência de uma fundação hospitalar de Minas Gerais. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28(5), 117-124.
- 15 Peiró, S. e Maynard, A. (2015). Variations in health care delivery within the European Union. *European Journal of Public Health*, 25(1), 1-2.
- 16 Conselho Nacional de Saúde (2017) Fluxos financeiros no SNS. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/Fluxos\\_Financeiros\\_SNS\\_3.11.2017\\_final.pdf](http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/Fluxos_Financeiros_SNS_3.11.2017_final.pdf) (acedido em 12 de janeiro de 2018).
- 17 Organization for Economic Co-operation and Development [OCDE] (2017a). Portugal: Perfil de Saúde do País 2017. Paris: OECD Publishing.
- 18 EUROSTAT (2018a). Eurostat regional yearbook 2018. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- 19 Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C. & Fonseca, C. (2013). Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 52-60. doi: 10.1590/S0104-11692013000700008.
- 20 Quintana, J. D. M., Ferreira, E. Z., Santos, S. S. C., Pelzer, M. T., Lopes, M. J. & Barros, E. J. L. (2014). A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 145-152, doi: 10.12707/RIII 12151.
- 21 Marengoni et al. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing research reviews*, 10(4), 430-439.
- 22 Almeida, L. M. D. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 79-92.
- 23 Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018a). Estatísticas da Saúde 2016. Lisboa: INE.
- 24 Euromonitor International (2017). Old Is the New Young: How Global Consumers Are Challenging Ageing. Disponível em: [www.euromonitor.com/old-is-the-new-young-how-global-consumers-are-challenging-ageing/](http://www.euromonitor.com/old-is-the-new-young-how-global-consumers-are-challenging-ageing/).
- 25 Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018b). Estimativas de População Residente em Portugal 2017. Disponível em: [www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=315156710&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=315156710&DESTAQUESmodo=2).
- 26 World Health Organization [WHO] (2002). The world health report 2002 – reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO.
- 27 Ministério da Saúde [MS] (2018). Retrato da Saúde 2018. Portugal. s. l.: Ministério da Saúde. Disponível em: [www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](http://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf).
- 28 EUROSTAT (2018a). Eurostat regional yearbook 2018. Luxemburgo: Publications Office

of the European Union.

29 Barnett, K., Mercer, S., 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.

30 Sinnott, C., Mc Hugh, S., Browne, J. & Bradley, C. (2013). GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ open*, 3(9), e003610.

31 Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central na Enfermagem*. Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde, Lda.

32 Wilkinson, A. & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of nursing studies*, 46(8), 1143-1147. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011>

33 United Kingdom Department of Health [UKDH] (2005). *Self Care - A Real Choice*. Disponível em: [https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124065355/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4101702.pdf](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124065355/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf).

34 World Health Organization [WHO] (2013). *Self Care for Health: a handbook for community health workers & volunteers*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

35 Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central na Enfermagem*. Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde, Lda.

36 Hoy, B., Lis, W. & Hall, E. (2007, janeiro). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 456-66, doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00491.x.

37 Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of advanced nursing*, 30(3), 564–572. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x>.

38 Pedro, A., Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 259-275.

39 World Health Organization [WHO] (1998).<sup>†</sup> Glossaire de la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>

40 Broeiro, P. (2017). Literacia em Saúde e Utilização de Serviços. *Revista Portuguesa de Saúde Geral e Familiar*, 33, 6-8.

41 Crisp, L., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J., Barros, P. & Soares, J. (2014).

Um Futuro Para a Saúde - Todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

42 Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N. & Freitas, G. (2018). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

43 Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde [GSEAS] (2016). Despacho n.º 3618-A/2016. Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. Diário da República, n.º 49, Série II, 8660-8061.

44 United Nations [UN] (2015b). Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development A/RES/70/1. s.l.: United Nations. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>.

45 Wiysonge, C., Paulsen, E., Lewin, S., Ciapponi, A., Herrera, C., Opiyo, N., Pantoja, T., Rada, G. & Oxman, A. (2017). Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011084.pub2>.

46 Murphy, J. (2015) The importance of healthcare planning. Irish Medical Journal, 108(5), 132.

47 Amendoeira, J. (2009). Políticas de saúde em Portugal e desigualdades. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades.

48 Wismar, M., Lahtinen, E., Ståhl, T., Ollila, E. & Leppo, K. (2006). Introduction. In\_ Health in All Policies Prospects and potentials:xviii. Disponível em: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/109146/E89260.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf)

49 Rego, I., & Ferrinho, P. (2011). Políticas Públicas Saudáveis - Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/09/PPS1.pdf>.

50 Miller, D. (1987), "Politics", The Blackwell Encyclopaedia of Political Thought, Blackwell, 390-391.

51 Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2005). Making health policy. Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press.

52 Souza, C. (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, (16), 20-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>.

53 Peters, B. G. (1986). American Public Policy. Chatham, N.J.: Chatham House. Disponível em: <https://archive.org/stream/americanpublicpo0002pete#page/4/mode/2up>

54 Direção Geral da Saúde [DGS] (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

55 Lipsky, M. (1980). Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. s. l.: Russell Sage Foundation. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713>

56 World Health Organization [WHO] (2020). What do we mean by self-care? s.l.: WHO. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/definitions/en/>.

57 World Health Organization [WHO] (2015). World report on ageing and health. Genebra: WHO.

58 Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C. & Fonseca, C. (2013). Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21(spe), 52-60. doi: 10.1590/S0104-11692013000700008.