

Para: Serviços de Saúde do Serviço Regional de Saúde c/c: OM-RAA, OE-RAA, ON-RAA, DREAE e DRSS

Assunto: Programa Regional para a Promoção da Integração de Cuidados

Fonte: **Direção Regional da Saúde**

Contacto na DRS: sres-drs@azores.gov.pt

Class.:C/C. C/F.

O Plano Regional de Saúde 2030 é um instrumento estratégico da política de saúde na Região Autónoma dos Açores (RAA), alinhado com as orientações nacionais e internacionais, incluindo a Agenda 2030 das Nações Unidas. Visa reduzir desigualdades, promover o desenvolvimento sustentável e melhorar o bem-estar da população, através de políticas intersectoriais e da cooperação entre diferentes áreas governativas.

Este plano fornece um referencial comum para decisores, profissionais de saúde e cidadãos, orientando a ação face aos principais desafios em saúde. Integra as diretrizes dos planos anteriores e do Plano Nacional de Saúde 2030, incorporando evidência científica atualizada e estratégias inovadoras para potenciar o capital de saúde da população açoriana.

O documento identifica prioridades e define estratégias, com foco na promoção de estilos de vida saudáveis, capacitação dos cidadãos e garantia de cuidados integrados e eficientes. Pretende-se, assim, uma resposta coordenada, sustentável e centrada nas reais necessidades da população.

Neste sentido, nos termos do artigo 15º do Anexo I do Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2025/A, de 9 de janeiro, e na sequência do despacho de Sua Excelência a Secretária Regional da Saúde e Segurança Social, datado de 30 de março de 2026, determina a publicação, em anexo, do Programa Regional para a Promoção da Integração de Cuidados (PRPIC).



O Programa tem como objetivo assegurar a continuidade e a qualidade dos percursos assistenciais, reforçando a coordenação entre as várias instituições do Serviço Regional de Saúde, a par do desenvolvimento de sistemas digitais e modelos organizacionais que sustentem um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e centrado nas necessidades da pessoa.

O PRPIC estrutura-se em três eixos estratégicos: Clínico, Operacional e Sistémico – que orientam a sua implementação. A sua operacionalização assenta numa estratégia de transformação estrutural progressiva e sustentada, incentivando instituições e profissionais a desenvolver, de forma colaborativa, um modelo de cuidados verdadeiramente integrado na RAA.

A integração de cuidados assume especial relevância na Região, dada a sua dispersão geográfica. A elevada prevalência de doenças crónicas, a articulação ainda insuficiente entre os diferentes níveis de cuidados e a limitada interoperabilidade dos sistemas de informação constituem igualmente desafios significativos. Neste contexto, é essencial garantir a utilização eficiente dos recursos e promover uma articulação eficaz entre serviços, profissionais e níveis de cuidados.

O Diretor Regional

Pedro Garcia Monteiro Paes





**Programa Regional para a Promoção da
Integração de Cuidados**

ÍNDICE

Índice de Figuras	2
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	2
Introdução	3
Diagnóstico da Situação.....	7
Objetivos	11
Estratégias.....	12
Metas	14
Ações	16
Indicadores e Monitorização.....	21
Conclusão	23
Bibliografia.....	25
Anexos.....	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Forças motrizes da reforma do sector da Saúde (imagem adaptada de [3])	4
Figura 2 Modelo conceptual para serviços de Saúde integrados e centrados nas pessoas [2]	5
Figura 3 Estratégia para promover serviços de Saúde integrados e centrados nas pessoas	6
Figura 4 Dimensões da integração de cuidados	6
Figura 5 Distribuição da população açoriana por bandas RUB	8
Figura 6 Indicadores de risco da população açoriana	8
Figura 7 Eixos estratégicos para a promoção da integração de cuidados.....	12

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAI – Processo Assistencial Integrado

PRS 2030 – Plano Regional de Saúde 2030

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

RAA – Região Autónoma dos Açores

PRS 2030

Programa Regional para a Promoção da Integração de Cuidados

SRS – Serviço Regional de Saúde

SIGAA – Sistema Integrado de Gestão de Acesso dos Açores

USI – Unidade de Saúde de Ilha

ACG – Adjusted Clinical Groups

DGS – Direção Geral da Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

HDES – Hospital do Divino Espírito Santo

HSEIT – Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira

HH – Hospital da Hora

INTRODUÇÃO

Nos sistemas de saúde dos países desenvolvidos, a integração de cuidados tornou-se num dos principais desafios da atualidade. Esta necessidade resulta da transição epidemiológica que transformou um cenário marcado por doenças transmissíveis e cuidados episódicos num contexto dominado por doenças crónicas, que exigem intervenções contínuas, complexas e centradas na comunidade [1]. A elevada prevalência destas condições aumenta a complexidade clínica e organizacional, exigindo coordenação entre múltiplos profissionais, contextos assistenciais e sistemas de informação [1],[2]. Surge assim a integração de cuidados, entendida como o processo que articula serviços, profissionais e níveis de cuidados de forma a garantir percursos assistenciais contínuos, acessíveis e centrados nas necessidades da pessoa.

Na Região Autónoma dos Açores (RAA), a integração de cuidados assume particular importância, uma vez que a dispersão geográfica e o contexto arquipelágico tornam ainda mais necessária a articulação entre instituições e profissionais, garantindo respostas coordenadas e equitativas em todas as ilhas.

O desempenho dos serviços de saúde é determinante para o bem-estar das populações, mas enfrenta constrangimentos persistentes, como a concentração de cuidados nos hospitais, desigualdades no acesso, fragmentação entre níveis assistenciais e utilização ineficiente de recursos, gerando falhas evitáveis nos percursos dos utentes.

As tendências demográficas e epidemiológicas, o aumento das expectativas dos cidadãos e os fatores económicos que pressionam a sustentabilidade dos sistemas reforçam a urgência de integrar cuidados. Paralelamente, a oferta evolui em direção a maior digitalização, maior intensidade tecnológica e necessidade de racionalização, criando condições favoráveis à implementação de novos modelos assistenciais (Figura 1) [3].



Figura 1 Forças motrizes da reforma do sector da Saúde (imagem adaptada de [3])

Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem vindo a promover a integração de cuidados como estratégia estrutural de reforma dos sistemas de saúde. A Estratégia Global para Serviços de Saúde Integrados e Centrados nas Pessoas (2015) (Figura 2) [1] coloca cidadãos, famílias e comunidades no centro das políticas e sublinha princípios fundamentais como universalidade, equidade, integralidade, coordenação e continuidade. Defende ainda a necessidade de redes de serviços articuladas, sistemas de informação interoperáveis, boa governação, financiamento sustentável e profissionais qualificados. Reconhece também que os determinantes sociais influenciam profundamente a saúde, exigindo cooperação intersectorial para reduzir desigualdades. Finalmente, salienta que a integração deve ser adaptada aos contextos políticos, culturais e territoriais de cada região.

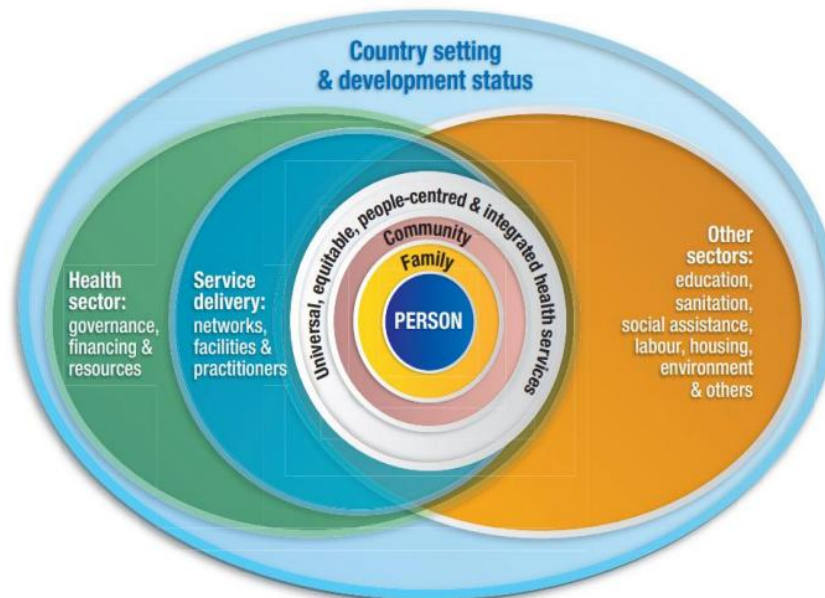


Figura 2 Modelo conceitual para serviços de Saúde integrados e centrados nas pessoas [2]

A região Europeia da OMS complementa esta visão através do *European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery*, que estrutura a integração em quatro eixos: pessoas, serviços, sistema e mudança (Figura 3). Este enquadramento destaca a importância de compreender necessidades reais, redesenhar modelos organizativos centrados na pessoa, alinhar incentivos e modelos de governação, e gerir a mudança de forma participativa e sustentável.

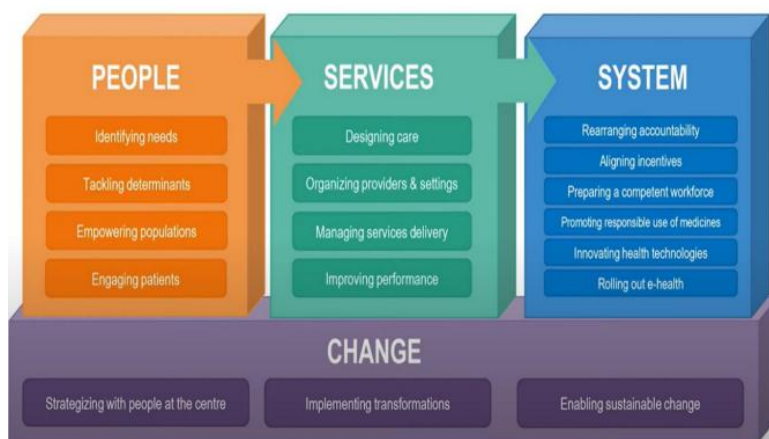


Figura 3 Estratégia para promover serviços de Saúde integrados e centrados nas pessoas

Segunda Santana et al. [4], avaliar a maturidade da integração implica considerar várias dimensões interdependentes (Figura 4). As dimensões funcional, clínica e de informação constituem o núcleo operativo, incluindo harmonização de processos, coordenação assistencial e interoperabilidade de dados clínicos. As dimensões financeira, administrativa e estrutural representam o enquadramento organizacional que condiciona a capacidade de implementar práticas integradas. Por fim, as dimensões normativa e sistémica correspondem ao nível mais profundo, refletindo valores, cultura organizacional e alinhamento estratégico, garantindo que a integração se consolida como princípio transversal e duradouro.



Figura 4 Dimensões da integração de cuidados

Este enquadramento multidimensional orienta o presente Programa Regional, garantindo que a definição de estratégias, ações e metas decorre de uma visão abrangente, coerente e sustentada. O Programa Regional para a Promoção da Integração de Cuidados,

enquadrado no Plano Regional de Saúde 2030 (PRS 2030), pretende reforçar a coordenação entre níveis de cuidados, melhorar a continuidade assistencial e promover um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e centrado na pessoa. Representa, acima de tudo, um ponto de partida para uma transformação estrutural gradual e sustentada, incentivando instituições e profissionais a construir, de forma colaborativa, um modelo de cuidados verdadeiramente integrado nos Açores.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

De acordo com o PRS 2030 [5], as principais causas de mortalidade na RAA são os tumores malignos e as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 56% das mortes em 2021. Estas mesmas causas representam cerca de 63% das mortes prematuras (antes dos 70 anos) e constituem as principais causas de perda de anos potenciais de vida na população açoriana. O percurso que conduz a esses desfechos é longo e multifatorial, influenciado por fatores genéticos, comportamentais e ambientais. Os dados do INSEF 2015 [6] revelam uma elevada prevalência de condições crónicas: 25% da população reporta hipertensão arterial, 22% dislipidemia, 11.7% diabetes, e cerca de 70% da população entre os 25 e os 74 anos apresenta excesso de peso ou obesidade. Estes indicadores configuram não só um peso significativo de doença crónica, mas também a necessidade de intervenções coordenadas ao longo do percurso de cuidados.

A relevância da carga de doença fica ainda mais evidente no estudo piloto realizado em 2023, com dados de 2019, que recorreu ao algoritmo *Adjusted Clinical Groups* (ACG) [7] para avaliar a morbilidade, os padrões de consumo de recursos e os indicadores de eficiência. Este modelo permitiu estratificar a população em bandas RUB (*resource utilization band*), categorizando os utentes de acordo com o seu nível de complexidade clínica e utilização expectável de recursos.

Embora a maioria apresente baixa complexidade, 5.6% dos utentes encontra-se nos níveis mais elevados (RUB 4-5) (Figura 5) e 10% corresponde a utentes de alto consumo de recursos. Observam-se ainda marcadores relevantes: polifarmácia em 9.7%, cronicidade elevada em 6.8% e fragilidade em 1.8% dos inscritos (Figura 6). Estes subgrupos, que concentram morbilidade, consumo de recursos e maior vulnerabilidade clínica, beneficiam particularmente de modelos de integração centrados na continuidade, coordenação e proatividade ao longo do percurso de cuidados.

A necessidade de articulação é acrescida pelo contexto específico da RAA. A prestação de cuidados deve contemplar toda a trajetória da pessoa, desde a promoção da saúde e a articulação com o setor social, até à resposta em situações agudas complexas. Contudo, na Região, a descontinuidade territorial inerente ao arquipélago coloca desafios acrescidos: a distância entre ilhas, a variabilidade na disponibilidade de serviços e a dispersão da população tornam imprescindível a existência de mecanismos que garantam equidade, coerência e acessibilidade dos cuidados, independentemente da localização geográfica.

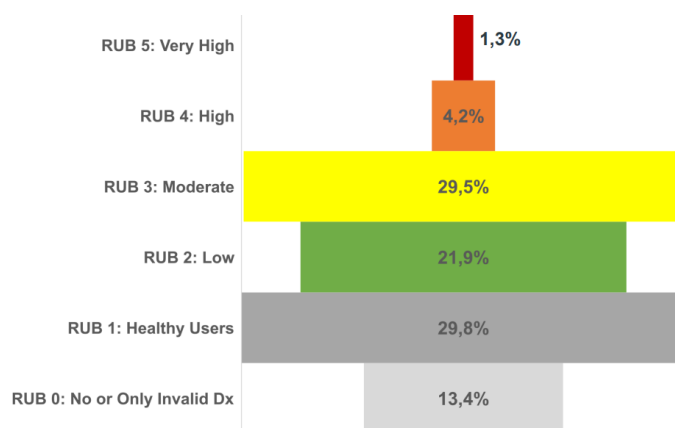


Figura 5 Distribuição da população açoriana por bandas RUB

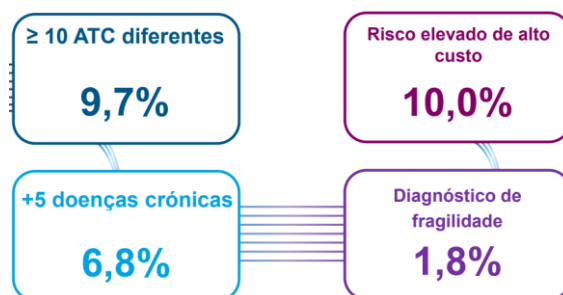


Figura 6 Indicadores de risco da população açoriana

A necessidade de respostas assistenciais diferenciadas e integradas torna-se particularmente evidente nos subgrupos de maior complexidade clínica e risco acrescido. Neste contexto, a RAA tem vindo a desenvolver modelos inovadores de prestação de cuidados, incluindo a Hospitalização Domiciliária, prevista para implementação nos três hospitais da Região e já iniciada no HDES. Este modelo constitui uma resposta organizada e orientada para a continuidade assistencial, permitindo melhorar a acessibilidade, reduzir internamentos evitáveis e reforçar a integração de cuidados especialmente para pessoas com doença crónica ou limitações funcionais.

Verifica-se ainda uma heterogeneidade significativa entre as Unidades de Saúde de Ilha (USI). Registam-se diferenças marcadas na média de diagnósticos por utente (variando entre 13.2 na USI Pico e 6.6 na USI da Terceira), bem como na complexidade e utilização de cuidados. Estas assimetrias podem refletir perfis populacionais distintos, mas também práticas de registo heterogéneas ou constrangimentos de acesso, reforçando a necessidade de contratualização e metas ajustadas ao risco, bem como de intervenções diferenciadas entre ilhas para assegurar equidade nos resultados em saúde.

A dimensão estrutural do SRS também influencia diretamente a integração de cuidados. O estatuto do SRS [8] define as USI como estruturas de planeamento, coordenação e prestação de cuidados integrados a nível local. No entanto, coexistem treze entidades jurídicas distintas: nove USI, três hospitais constituídos como entidades públicas empresariais e o Centro de Oncologia dos Açores. Cada entidade possui autonomia administrativa, organogramas próprios, orçamentos e planos de atividades. A coexistência destes múltiplos prestadores, com enquadramentos jurídicos e modelos de governação distintos, traduz-se numa ausência de integração vertical (entre níveis de cuidados) e horizontal (entre unidades do mesmo nível), dificultando alinhamento, partilha e coordenação efetiva.

Na dimensão funcional, apesar da ampla digitalização dos processos clínicos, a interoperabilidade permanece limitada. Os cuidados de saúde primários utilizam um *software* clínico comum, enquanto cada hospital dispõe do seu próprio sistema de informação, com diferentes fornecedores. A interligação entre estes sistemas é deficiente e não existem registos eletrónicos centralizados a nível regional. Além disso, 16.5% dos utentes não tinha qualquer diagnóstico registado em 2019, comprometendo a estratificação de risco, o acompanhamento clínico e a monitorização de resultados. Embora a adoção de um núcleo mínimo de dados permite operar algoritmos de estratificação, a falta de normalização e interoperabilidade limita a continuidade assistencial e a segurança da informação.

Na dimensão clínica, a articulação entre prestadores assenta sobretudo em iniciativas locais e protocolos não uniformizados. Por exemplo, os Processos Assistenciais Integrados (PAI) [9], apesar de previstos e divulgados a nível nacional pela DGS, apresentam implementação heterogénea na RAA e ausência de publicação oficial

regional. Esta fragmentação limita a harmonização de percursos, a definição clara de cada responsabilidade e a adoção de indicadores comuns de monitorização.

Na dimensão financeira, o modelo de financiamento assente em orçamentos históricos não incentiva práticas colaborativas [10], eficiência, ou integração. Embora modelos anteriores de contratos-programa tenham associado 5% do financiamento a indicadores comuns entre hospitais e USI, atualmente não existe um mecanismo consistente e orientado para resultados.

A dimensão administrativa revela igualmente desafios: cada unidade dispõe de autonomia operacional, resultando em multiplicação de serviços, práticas distintas e ausência de procedimentos normalizados. A implementação recente do SIGAA constitui um avanço importante na referenciação interinstitucional, mas carece de consolidação e integração com sistemas de clínicos.

Adicionalmente, importa referir que o Sistema Integrado de Referenciação e Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar (SIGAA – CH) e o SIGAA se encontram atualmente em pleno funcionamento no SRS, estando a sua utilização regulamentada pela Portaria nº 93-A/2024, de 11 de novembro. Estes sistemas permitem gerir de forma integrada os pedidos de consulta hospitalar, assegurando critérios de prioridade clínica, antiguidade do pedido, capacidade instalada e proximidade geográfica. A disponibilização da posição dos utentes nas listas de espera cirúrgica e de consultas será incorporada no portal e na aplicação digital até ao final do ano, reforçando princípios de equidade, transparência e eficiência no acesso a cuidados especializados.

Nas dimensões normativa e sistémica, a integração de cuidados não assume ainda carácter transversal ou estratégico, surgindo sobretudo em normativos isolados. Falta alinhamento entre valores, objetivos e práticas do SRS que permita consolidar a integração como princípio estruturante. A evidência regional demonstra ainda forte concentração de custos (10% dos utentes concentram cerca de 60% dos custos totais), o que sublinha a necessidade de modelos de gestão populacional, liderança clínica estruturante e integração orientada para o valor.

Este conjunto de desafios evidencia que a integração de cuidados na RAA é não apenas desejável, mas estruturalmente necessária. O diagnóstico demonstra de forma consistente a presença de fragmentação assistencial, desigualdades territoriais, falta de interoperabilidade, variação entre unidades e modelos organizativos pouco alinhados com

os princípios contemporâneos de integração de cuidados. Estes elementos sustentam a pertinência e a urgência do Programa Regional para a Promoção da Integração de Cuidados.

OBJETIVOS

O Programa Regional para a Promoção da Integração de Cuidados, enquadrado no PRS 2030, pretende reforçar a coordenação entre níveis de cuidados, melhorar a continuidade assistencial e promover um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e centrado na pessoa. Procura reduzir a fragmentação, melhorar a comunicação entre profissionais e otimizar o uso dos recursos existentes, garantindo que todos os cidadãos independentemente a sua localização, têm acesso a cuidados de qualidade e de forma segura.

Este programa representa um ponto de partida para uma transformação estrutural progressiva, incentivando instituições e profissionais a adotarem práticas colaborativas, processos harmonizados, modelos organizativos e financeiros que favoreçam a integração e a interoperabilidade dos sistemas de informação.

Objetivos Gerais

- Reforçar a coordenação vertical e horizontal dos serviços, reduzindo fragmentação e duplicação de cuidados;
- Garantir continuidade e qualidade dos percursos assistenciais, centrados nas necessidades da pessoa;
- Promover a interoperabilidade da informação clínica através de um registo eletrónico único e integrado;
- Fomentar uma cultura de integração no SRS/RAA através de comunicação, formação e envolvimento dos profissionais e cidadãos;
- Monitorizar e avaliar ganhos em saúde e eficiência com indicadores claros de estrutura, processo e resultado.

ESTRATÉGIAS

Após a definição dos objetivos, é essencial identificar as estratégias que permitirão concretizar a visão estabelecida e garantir o alinhamento com o PRS 2030. As estratégias seguintes estruturam a ação em domínios essenciais para a integração de cuidados, traduzindo os objetivos em orientações práticas que enquadram a transformação organizacional, clínica e digital necessária na região.

Com base nos princípios de continuidade assistencial, coordenação entre níveis de cuidados, eficiência operacional e orientações centradas na pessoa, definem-se três eixos estratégicos, que organizam as prioridades de intervenção (Figura 7):

- Eixo Clínico – Pessoas, Percursos e Integração Assistencial
- Eixo Operacional – Sistemas de Informação, Equipas e Cultura Colaborativa
- Eixo Sistémico – Governança e Financiamento



Figura 7 Eixos estratégicos para a promoção da integração de cuidados

1. Eixo Clínico – Pessoas, Percursos e Integração Assistencial

O eixo clínico constitui o núcleo do modelo de integração de cuidados, concentrando as intervenções dirigidas às pessoas, ao seu contexto e ao percurso assistencial ao longo do sistema de saúde. Visa garantir cuidados contínuos, coordenados, seguros e centrados nas necessidades individuais, reduzindo barreiras entre níveis de cuidados e evitando atos desnecessários.

Inclui processos que reforçam a coerência assistencial, como a avaliação multidimensional, a gestão de caso, a estratificação de risco e a definição de vias clínicas e percursos integrados para condições prioritárias, incluindo doenças crónicas e eventos agudos de maior impacto, como o acidente vascular cerebral (AVC).

2. Eixo Operacional – Sistemas de Informação, Equipas e Cultura Colaborativa

Este eixo incorpora os componentes tecnológicos, humanos e organizacionais necessários para que a integração ocorra de forma efetiva na prática. A evidência internacional demonstra que a continuidade assistencial depende tanto de sistemas de informação interoperáveis e fluxos estruturados, como da capacitação das equipas e do desenvolvimento de uma cultura colaborativa.

Inclui sistemas que suportam a recolha e circulação de informação clínica, promovendo uma visão integrada da pessoa independentemente do ponto de contacto com o sistema. Abrange elementos como interoperabilidade, harmonização de registos e acesso seguro à informação que reforçam a qualidade e a fiabilidade dos dados.

Simultaneamente, reforça a importância do desenvolvimento profissional contínuo, envolvendo competências técnicas, comunicação, trabalho interdisciplinar e tomada de decisão partilhada. Ao articular tecnologia, equipas e práticas organizacionais, este eixo cria as condições necessárias para que os percursos definidos no eixo clínico sejam implementados de forma consistente e sustentável.

3. Eixo Sistémico – Governação e Financiamento

O eixo sistémico estabelece o enquadramento institucional e os mecanismos formais que sustentam a integração de cuidados. Engloba as estruturas de governação, a definição de responsabilidades, os modelos de gestão e os instrumentos de financiamento que orientam a forma como os serviços se articulam entre si.

Inclui mecanismos como comissões regionais de coordenação, normas de articulação interinstitucional e sistemas de monitorização que garantem regras claras de atuação, alinhamento estratégico e transparência nos resultados.

O financiamento desempenha um papel determinante, exigindo modelos que valorizem práticas colaborativas, continuidade assistencial e resultados em saúde.

A orientação política recentemente assumida pela tutela, anunciando a implementação de um modelo de valor em saúde assente na medição de resultados face aos custos e a adoção de contabilidade analítica nas instituições do SRS, reforça esta necessidade de evolução para modelos de financiamento baseados em valor. Estes instrumentos permitirão melhorar a transparência, apoiar decisões de gestão mais informadas e criar incentivos mais eficazes à integração e continuidade de cuidados.

Desta forma, o eixo sistémico cria condições estruturais para que a integração de cuidados seja sustentável, coerente e suportada por incentivos adequados e liderança alinhada com os princípios deste modelo.

METAS

A definição dos eixos estratégicos estabeleceu a orientação global do Programa Regional para a Promoção da Integração de Cuidados, clarificando os domínios prioritários de intervenção e os mecanismos estruturantes necessários à sua operacionalização. Para garantir que esta visão se traduz em resultados concretos, torna-se necessário a definição de metas.

De acordo com a literatura em planeamento estratégico e gestão em saúde, uma meta deve corresponder a um resultado específico, mensurável, alcançável, relevante e temporalmente definido, seguindo a metodologia SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*). As metas apresentadas a seguir permitem quantificar o progresso esperado, orientar a implementação das ações e assegurar uma avaliação objetiva da execução deste Programa Regional.

As metas encontram-se organizadas segundo os três eixos estratégicos previamente definidos, assegurando coerência entre a visão estratégica e os resultados a alcançar.

1. Eixo Clínico - Pessoas, Percursos e Integração Assistencial

Estas metas procuram evidenciar a prioridade atribuída à integração clínica, ao reforço da integração de cuidados e à melhoria da resposta diagnóstica atempada.

- Redução da taxa padronizada de internamentos evitáveis por insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral em 15%;

- Redução da percentagem de reinternamentos pela mesma causa 1 ano após o primeiro internamento por insuficiência cardíaca ou acidente vascular cerebral em 10%;
- Desenvolvimento, harmonização e formalização progressiva de PAI na RAA, assegurando a sua adaptação ao contexto regional e promovendo a sua utilização estruturada pelas unidades de saúde até 2030;
- Expansão das Unidades de Hospitalização Domiciliária da RAA até final de 2027.

2. Eixo Operacional - Sistemas de Informação, Equipas e Cultura Colaborativa

Com estas metas pretende-se evidenciar a importância dos sistemas digitais como suporte à continuidade assistencial e promover a construção de uma cultura organizacional colaborativa, capaz de sustentar o modelo de integração de cuidados.

- Implementação de um Registo de Saúde Eletrónico Único na RAA, incluindo um portal para profissionais de saúde e um portal para utentes, até 2030;
- Criação e aplicação anual, a partir de 2027, um Barómetro de Integração de Cuidados para avaliar a perceção dos profissionais de saúde sobre a integração de cuidados, assegurando um aumento mínimo de 5% no valor do barómetro até 2030;
- Eliminação dos processos em papel relativos a deslocações de utentes e profissionais de saúde no SRS até final de 2026.

3. Eixo Sistémico - Governação e Financiamento

O objetivo destas metas é assegurar que o sistema evolui de forma coordenada e incentivar práticas que promovam a colaboração e a responsabilidade partilhada entre instituições e profissionais.

- Criação e operacionalização, até ao final de 2027, de uma Comissão Regional para a Promoção da Integração de Cuidados, com representação da Direção Regional da Saúde e, após auscultação junto das unidades de saúde, dos níveis de cuidados primários e hospitalares;
- Implementação de mecanismos de incentivo à continuidade e coordenação de cuidados até 2030, assentes em instrumentos simples e exequíveis.

AÇÕES

A operacionalização das metas definidas neste programa exige ações concretas, específicas e exequíveis, capazes de transformar os objetivos estratégicos em resultados mensuráveis. As ações abaixo organizam-se por eixo estratégico e meta, mantendo uma relação direta entre aquilo que se pretende alcançar e o conjunto de procedimentos necessários à sua concretização.

1. Eixo Clínico - Pessoas, Percursos e Integração Assistencial

Este eixo concentra ações dirigidas a pontos críticos do percurso assistencial, onde a integração de cuidados produz maior impacto: prevenção de agudizações, transições de cuidados e acompanhamento estruturado de pessoas com condições de elevada prevalência, como insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral.

1.1. Redução da taxa padronizada de internamentos evitáveis por IC e AVC em 15%

Para reduzir internamentos evitáveis por condições sensíveis aos cuidados de saúde primários, torna-se essencial reforçar a articulação entre níveis de cuidados e garantir que a gestão das condições é realizada de forma precoce e coordenada. Assim, a primeira ação consiste na **implementação de vias clínicas integradas** para insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, atualizando e uniformizando os percursos clínicos existentes, definindo critérios claros para referenciação e assegurando que todos os profissionais envolvidos dispõem de orientações consistentes. Esta ação permite minimizar variabilidade clínica, contribuindo diretamente para a redução de episódios de agudização evitáveis.

Complementarmente, a estruturação do processo de transição após alta hospitalar assume um papel crucial. A **criação de um contacto pós-alta entre 48 e 72 horas** (presencial ou telefónico) permite rever terapêutica, esclarecer dúvidas, identificar sinais de deterioração e acelerar intervenções de estabilização, reduzindo o risco de agravamento clínico imediato e, conseqüentemente, a probabilidade de novo internamento. A evidência disponível demonstra que intervenções de curto prazo após alta diminuem substancialmente complicações e readmissões precoces [11], sendo por isso uma ação essencial para atingir essa meta.

1.2. Redução da percentagem de reinternamentos pela mesma causa (IC e AVC) em 10%

Os reinternamentos evitáveis estão frequentemente associados a falhas nas transições de cuidados e à ausência de monitorização ativa das pessoas com maior risco [12]. Assim, a primeira ação dirige-se à **implementação de programas de telemonitorização ou acompanhamento telefónico para casos de alto risco**, permitindo a identificação precoce de sinais de descompensação [13]. Esta ação é operacionalmente simples e altamente eficaz, sendo que apenas exige uma lista de doentes elegíveis, calendarização de contactos regulares e definição de critérios de alerta.

1.3. Desenvolvimento, harmonização e formalização progressiva de PAI na RAA, assegurando a sua adaptação ao contexto regional e promovendo a sua utilização estruturada pelas unidades de saúde até 2030

Para alcançar esta meta, a primeira ação consiste em **realizar um levantamento dos PAI atualmente utilizados nas unidades de saúde da região**. Este levantamento permitirá identificar práticas já implementadas localmente, o grau de utilização dos PAI existentes, bem como lacunas e oportunidades de harmonização. Esta análise inicial constitui a base para selecionar áreas clínicas prioritárias e orientar a definição de critérios comuns para a sua adaptação regional.

A segunda ação consiste em **adaptar, validar e divulgar os PAI regionalmente**. Após a validação através dos mecanismos formais, procede-se à divulgação oficial nos canais normativos regionais e à comunicação da sua entrada em vigor às unidades do SRS. Paralelamente, poderão ser dinamizadas sessões de esclarecimento e apoio técnico, assegurando que os PAI formalizados são implementados de forma progressiva e consistente em toda a região.

1.4. Expansão das Unidades de Hospitalização Domiciliária da RAA até final de 2027

Para alcançar esta meta, a primeira ação consiste na **operacionalização de uma equipa de Hospitalização Domiciliária com 5 camas no HSEIT até final de 2026**. Esta etapa inicial permitirá assegurar a capacidade instalada mínima necessária para a prestação de cuidados domiciliários de forma estruturada, garantindo a avaliação clínica regular dos

doentes, a gestão de terapêutica, a realização de exames no domicílio quando aplicável e a articulação com as equipas de cuidados de saúde primários.

A segunda ação consiste na **implementação de uma equipa de Hospitalização Domiciliária no Hospital da Horta durante o 1º semestre de 2027**. Esta ação dá continuidade à expansão faseada do modelo, assegurando que a Região dispõe de respostas homogêneas e integradas nos três hospitais do SRS. A operacionalização desta unidade incluirá a definição de circuitos assistenciais, a capacitação das equipas e a articulação com os cuidados de saúde primários. Desta forma, o modelo de hospitalização domiciliária consolida-se como resposta regional de cuidados integrados em contexto domiciliário.

2. Eixo Operacional - Sistemas de Informação, Equipas e Cultura Colaborativa

Este eixo reúne ações que suportam tecnicamente e organizacionalmente a integração clínica, assegurando interoperabilidade, capacitação das equipas e uma cultura de trabalho colaborativo.

2.1. Implementação de um Registo de Saúde Eletrónico Único na RAA, incluindo um portal para profissionais de saúde e um portal para utentes, até 2030

Para garantir a concretização do Registo de Saúde Eletrónico Único na RAA, é essencial alinhar esta meta com o investimento estratégico já em curso no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), concretizado através do Projeto MUSA – Modelo Único de Saúde nos Açores. O MUSA foi concebido para assegurar a interoperabilidade entre todas as instituições do SRS, constituindo a infraestrutura tecnológica necessária para um sistema clínico único e integrado.

Assim, constitui-se como primeira ação a **integração do projeto MUSA como infraestrutura tecnológica central do RSEU**. A implementação do RSEU será realizada de forma articulada e dependente do desenvolvimento do MUSA, garantindo que o repositório único de informação, a interoperabilidade dos sistemas e a arquitetura digital produzida no âmbito do PRR constituem a base tecnológica do registo clínico unificado [14],[15].

A segunda ação consiste na **implementação faseada do RSEU**, assegurando a integração progressiva dos dois principais pontos de acesso ao sistema: o portal do utente (app mySaúde Açores), cujas funcionalidades serão gradualmente ampliadas para permitir o

acesso a dados clínicos, resultados de exames e serviços digitais; e o portal clínico (eHealth), disponibilizado aos profissionais de saúde de forma progressiva.

2.2. Barómetro anual de integração e aumento de 5% até 2030

Para avaliar anualmente o grau de perceção de integração de cuidados dos profissionais de saúde na Região Autónoma dos Açores, será replicado o Barómetro da Integração de Cuidados desenvolvido em Portugal Continental [16],[17], que utiliza um questionário composto por 53 afirmações distribuídas por seis dimensões (normativa, informação, clínica, sistémica, administrativa e financeira) avaliadas numa escala de 1 a 5. Esta metodologia, já aplicada a milhares de profissionais e dezenas de instituições no território continental, permite identificar áreas fortes e fragilidades, destacando-se nacionalmente a robustez da dimensão normativa e as dificuldades sentidas nas dimensões administrativa e financeira.

A primeira ação prevista consiste em **adaptar e aplicar anualmente o Barómetro da Integração de Cuidados na RAA**, garantindo fidelidade à metodologia nacional e permitindo produzir resultados comparáveis ao longo do tempo. A recolha sistemática destes dados permitirá obter uma leitura anual da maturidade da integração de cuidados nas diferentes unidades de saúde da Região.

A segunda ação consiste na **elaboração de planos de melhoria baseados nos resultados do barómetro**, focando uma das dimensões avaliadas com menor perceção de integração. Esta abordagem segue o modelo nacional, que demonstra que grupos profissionais diferentes apresentam perceções distintas, justificando intervenções específicas em cada contexto organizacional. A definição de um plano simples e operacional garante que os resultados do Barómetro não se esgotam na medição, mas são transformados em ações concretas de melhoria contínua.

2.3. Eliminação dos processos em papel relativos a deslocações de utentes e profissionais de saúde no SRS até final de 2026

De forma a alcançar esta meta, propõe-se a **implementação de uma plataforma eletrónica para a centralização e gestão integrada dos processos de deslocação de utentes e profissionais de saúde**. Esta plataforma permitirá substituir integralmente os processos atualmente realizados em papel, uniformizar procedimentos entre as instituições do SRS, reforçar a eficiência administrativa e garantir maior transparência e

rastreabilidade das deslocações. A sua operacionalização assegurará que toda a gestão de deslocações, incluindo o apoio ao doente deslocado, seja realizada de forma digital, contribuindo diretamente para a eliminação dos circuitos em papel até ao final de 2026.

3. Eixo Sistémico - Governação e Financiamento

Este eixo reúne ações de suporte institucional e financeiro que permitem consolidar a integração como prática estruturante no SRS, promovendo responsabilidade partilhada, alinhamento estratégico e incentivos à colaboração

- 3.1. Criar e operacionalizar até ao final de 2027 uma Comissão Regional para a Promoção da Integração de Cuidados, com representação da Direção Regional da Saúde e, após auscultação junto das unidades de saúde, dos níveis de cuidados primários e hospitalares

A primeira ação consiste na **designação de representantes e aprovação do regulamento de funcionamento da comissão**. A comissão deverá integrar profissionais com experiência em gestão e planeamento em saúde, qualidade e segurança do doente, saúde comunitária, gestão hospitalar e sistemas de informação, podendo igualmente incluir elementos de áreas transversais como cuidados continuados e saúde digital. A formação dos seus membros deve privilegiar competências em integração de cuidados, coordenação de percursos assistenciais, análise de dados e trabalho intersetorial, garantindo a capacidade técnica e a legitimidade institucional necessárias para orientar o processo de integração de cuidados na RAA.

A segunda ação prevê a **elaboração de um plano anual de atividades com três prioridades anuais**, assegurando que a comissão atua de forma orientada, pragmática e alinhada com os objetivos deste programa regional. Este plano deve ser simples, focado e monitorizável, evitando complexidade excessiva.

- 3.2. Implementar mecanismos de incentivo à continuidade e coordenação de cuidados até 2030, assentes em instrumentos simples e exequíveis

Para promover práticas colaborativas, a primeira ação consiste na **criação do Incentivo Anual de Integração**, baseado em indicadores claros e simples. Este incentivo pretende reconhecer e estimular comportamentos que reforcem a integração.

A segunda ação consiste na **publicação anual do “Top 3 Boas Práticas de Integração”**, premiando instituições que se destaquem na continuidade e coordenação de cuidados. Esta medida incentiva a melhoria contínua através de reconhecimento institucional, uma estratégia que mobiliza equipas com baixo custo e elevado impacto motivacional.

INDICADORES E MONITORIZAÇÃO

A implementação deste Programa Regional exige um sistema de monitorização que assegure rigor, continuidade e capacidade de ajuste ao longo do tempo. A monitorização permite acompanhar a execução das ações, avaliar o cumprimento das metas, identificar desvios e orientar decisões informadas, contribuindo para a melhoria contínua da integração de cuidados na RAA.

No contexto do planeamento estratégico em saúde, um indicador corresponde a uma medida objetiva que traduz, de forma quantificável, a evolução de uma meta ou ação. A sua utilização permite acompanhar tendências, comparar desempenhos, garantir transparência e reforçar a responsabilização das instituições envolvidas.

Para garantir coerência com as metas definidas, a monitorização será organizada em torno de três tipos de indicadores:

- Indicadores de estrutura: avaliam a existência das condições necessárias à integração
- Indicadores de processo: medem a implementação efetiva das ações
- Indicadores de resultado: traduzem o impacto final do Programa nas pessoas, no serviço e no sistema

Modelo de Monitorização

O modelo de monitorização assenta em quatro componentes estruturais:

- Recolha periódica de dados
- Análise sistemática e produção de informação
- *Feedback* às estruturas do SRS
- Mecanismos de melhoria contínua

A recolha de dados será ajustada à natureza de cada indicador, integrando informação clínica, operacional, digital e de perceção. Esta abordagem permite captar a evolução dos

percursos assistenciais, o grau de articulação entre instituições e a maturidade tecnológica das do SRS.

Os dados recolhidos serão analisados de forma sistemática, convertendo-se em informação relevante para acompanhamento do programa. Serão produzidos relatórios que sintetizam avanços, desafios e áreas de melhoria.

Os resultados da monitorização serão partilhados com as unidades de saúde e com os órgãos de governação, assegurando um ciclo regular de informação que apoia a decisão, promove alinhamento e reforça a transparência.

A análise periódica dos indicadores permitirá identificar oportunidades de correção, aperfeiçoar processos e ajustar práticas organizacionais. Este ciclo dinâmico reforça a adaptação progressiva do sistema e contribui para a consolidação da integração de cuidados enquanto prática transversal.

Importa realçar que este modelo será articulado com o sistema de monitorização do PRS 2030, garantindo coerência metodológica e o uso do *dashboard* previsto nesse plano, que permite visualizar a evolução dos indicadores chave e apoiar decisões estratégicas.

Indicadores

A monitorização será organizada em torno de três tipos de indicadores: estrutura, processo e resultado.

- **Indicadores de Estrutura**

- Taxa de utilização ativa do portal clínico
- Taxa de utilização ativa do portal do utente
- Constituição formal da Comissão Regional para a Promoção da Integração de Cuidados

- **Indicadores de Processo**

- Número de PAI adaptados e validados regionalmente
- Número de sessões de divulgação/esclarecimento realizadas no âmbito da implementação dos PAI regionais
- Taxa de resposta dos profissionais ao Barómetro da Integração de Cuidados
- Taxa de execução anual do Plano de Atividades da Comissão Regional

- **Indicadores de Resultado**

- Taxa padronizada de internamentos evitáveis por IC
- Taxa padronizada de internamentos evitáveis por AVC
- Percentagem de reinternamentos pela mesma causa após 12 meses (IC e AVC)
- Índice Global do Barómetro da Integração de Cuidados
- Percentagem de unidades de saúde que adotaram os PAI validados regionalmente

Importa destacar que o conjunto de indicadores aqui apresentado não esgota a monitorização do Programa. A evolução da implementação poderá revelar a necessidade de incluir novos indicadores, ajustados à realidade operacional, às evidências emergentes ou a desafios identificados ao longo do período de execução.

O alinhamento entre eixos estratégicos, metas, ações e indicadores pode ser consultado no Anexo 1.

Governança da Monitorização

A responsabilidade pela monitorização será distribuída da seguinte forma:

- Direção Regional da Saúde: Coordenação geral, validação metodológica e produção de relatórios periódicos.
- Comissão Regional da Integração de Cuidados: Acompanhamento das tendências, definição de prioridades e articulação com as unidades.
- Unidades de Saúde: Registo, validação e atualização dos dados; Implementação dos planos de melhoria

CONCLUSÃO

O Programa Regional para a Promoção da Integração de Cuidados estabelece um quadro estratégico e operacional para orientar a transformação dos serviços de saúde da RAA. Ao articular uma visão centrada na pessoa, com metas claras, ações exequíveis e um sistema de monitorização orientado para os resultados, este documento cria as condições para

que a integração de cuidados deixe de ser apenas uma intenção e se torne numa prática quotidiana e sustentada.

Importa, contudo, sublinhar que este Programa é um ponto de partida. A integração de cuidados é um processo evolutivo, que requer tempo, consistência e aprendizagem contínua. O caminho pela frente implicará alinhar culturas organizacionais, aperfeiçoar processos, consolidar os sistemas de informação e reforçar mecanismos de governação e financiamento capazes de premiar a colaboração e a continuidade assistencial. Implicará, também, a capacidade de ajustar prioridades à luz dos dados de monitorização, das evidências emergentes e das necessidades reais das pessoas e da comunidade.

O alinhamento com o PRS 2030, a operacionalização progressiva do registo de saúde eletrónico único e a utilização de instrumentos como o Barómetro da Integração de Cuidados são pilares fundamentais deste percurso. Através deles, será possível acompanhar com transparência os progressos, identificar lacunas e orientar decisões informadas, assegurando que as melhorias alcançadas se traduzem em mais acesso, mais qualidade, mais segurança e melhores resultados em saúde.

A ambição deste documento mede-se tanto pelas metas e indicadores que propõem, como pela flexibilidade e capacidade de adaptação que incorpora. Ao promover uma lógica de melhoria contínua, reconhece que a integração de cuidados não se esgota num documento: concretiza-se na prática clínica e organizacional, na cooperação diária entre equipas e instituições, e no compromisso de colocar a pessoa e o seu percurso no centro do sistema.

Com esta base, a RAA dá um passo decisivo na construção de um sistema de saúde mais integrado, equilibrado e centrado nas pessoas. O trajeto é exigente e prolongado, mas o ponto de partida está traçado: uma agenda clara, partilhada e monitorizável para que a integração de cuidados se afirme como um valor permanente e uma realidade concreta na vida dos açorianos.

BIBLIOGRAFIA

- [1] World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report*. World Health Organization. <https://www.who.int>
- [2] World Health Organization. (2016). *The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: An overview*. WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- [3] Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*, 1, e21. <http://www.ijic.org/>
- [4] Santana, R., Costa, C., Marques, P., & Lopes, S. (2010). *Projeto de definição de um modelo de acompanhamento da atividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde: Estudo sobre o grau de integração de organizações de saúde (Relatório III)*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- [5] Direção Regional da Saúde. (2024). *Plano Regional de Saúde 2030*. Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social.
- [6] Namorado, S., Santos, J., Antunes, L., Kislaya, I., Santos, A. J., & Castilho, E. (2016). *Estado de Saúde: Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF)*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://www.insa.pt>
- [7] Johns Hopkins University. (2020). *Adjusted Clinical Groups® (ACG) System: Technical Reference Guide*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- [8] Assembleia da República. (1999). *Diário da República n.º 177/1999, Série I-A, de 31 de julho*. Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- [9] Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 002/2013 — Metodologia de Implementação dos Processos Assistenciais Integrados*. Direção-Geral da Saúde.
- [10] Costa, C., Santana, R. M. C., & Boto, P. (2008). Financiamento por capitação ajustada pelo risco: Conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 53–62.
- [11] Checa, C., Muñoz, P., Muñiz, P., & Rojas, J. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness of case management in advanced heart failure patients attended in primary care: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 13823. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113823>
- [12] Huntley, A. L., Johnson, R., King, A., Morris, R. W., & Purdy, S. (2016). Does case management for patients with heart failure based in the community reduce unplanned hospital admissions? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 6, e010933. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010933>
- [13] Saragih, I., Tonapa, S., Lin, C., & Lee, B. (2021). Effects of case management intervention for people with dementia and their carers: A systematic review and

meta-analysis of experimental studies. *Healthcare*, 9(12), 1724.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9121724>

[14] Menachemi, N., & Collum, T. H. (2011). Benefits and drawbacks of electronic health record systems. *Risk Management and Healthcare Policy*, 4, 47–55.
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S12985>

[15] 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. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 60–64.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv122>

[16] APAH – Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. (2024). *Infografia do Barómetro da Integração de Cuidados: 1.ª edição* [Infográfico]. <https://apah.pt/portfolio-item/barometro-de-integracao-de-cuidados/>

[17] APAH – Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. (2025). *Infografia do Barómetro da Integração de Cuidados: 2.ª edição* [Infográfico]. <https://apah.pt/wp-content/uploads/2025/11/Infografia BIC.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 – Tabela Resumo de estratégias, metas, ações e indicadores

Eixo Estratégico	Meta	Ações	Indicadores
Eixo Clínico Pessoas, Percurso e Integração Assistencial	Redução da taxa padroizada de internamentos evitáveis por insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral em 15%	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de vias clínicas integradas • Criação de um contacto pós-alta entre 48 e 72 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de utilização do portal clínico • Taxa de utilização do portal do utente • Constituição formal da Comissão Regional para a Promoção de Cuidados • Número de PAI adaptados e validados regionalmente • Número de sessões de divulgação dos PAI • Taxa de resposta ao Barómetro da Integração de Cuidados • Taxa de execução anual do Plano de Atividades da Comissão Regional • Taxa padronizada de internamentos evitáveis por IC • Taxa padronizada de internamentos evitáveis por AVC • Percentagem de reinternamentos pela mesma causa (IC e AVC) após 12 meses • Índice Global do Barómetro da Integração de Cuidados • Percentagem de unidades de saúde que adotaram os PAI validados regionalmente
	Redução da percentagem de reinternamentos pela mesma causa 1 ano após o primeiro internamento por insuficiência cardíaca ou acidente vascular cerebral em 10%	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de programas de telemonitorização ou acompanhamento telefónico para casos de alto risco 	
	Desenvolvimento, harmonização e formalização progressiva de PAI na RAA, assegurando a sua adaptação ao contexto regional e promovendo a sua utilização estruturada pelas unidades de saúde até 2030	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de um levantamento dos PAI atualmente utilizados nas unidades de saúde da região • Adaptar, validação e divulgação dos PAI regionalmente 	
	Expansão das Unidades de Hospitalização Domiciliária da RAA até final de 2027	<ul style="list-style-type: none"> • Operacionalização de uma equipa de Hospitalização Domiciliária com 5 camas no HSEIT até final de 2026 • Implementação de uma equipa de Hospitalização Domiciliária no HH durante o 1º semestre de 2027 	
Eixo Operacional Sistemas de Informação, Equipas e Cultura Colaborativa	Implementação de um Registo de Saúde Eletrónico Único na RAA, incluindo um portal para profissionais de saúde e um portal para utentes, até 2030	<ul style="list-style-type: none"> • Integração do projeto MUSA como infraestrutura tecnológica central do RSEU • Implementação faseada do RSEU (portal do utente, portal clínico e portal dos convencionados) 	
	Criação e aplicação anual, a partir de 2027, um Barómetro de Integração de Cuidados para avaliar a perceção dos profissionais de saúde sobre a integração de cuidados, assegurando um aumento mínimo de 5% no valor do barómetro até 2030	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação e aplicação anual do Barómetro da Integração de Cuidados na RAA • Elaboração de planos de melhoria baseados nos resultados do barómetro 	
	Eliminação dos processos em papel relativos a deslocações de utentes e profissionais de saúde no SRS até ao final de 2026	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de uma plataforma eletrónica para a centralização e gestão integrada dos processos de deslocação de utentes e profissionais de saúde 	
Eixo Sistémico Governança e Financiamento	Criação e operacionalização, até ao final de 2027, de uma Comissão Regional para a Promoção da Integração de cuidados, com representação da Direção Regional da Saúde e dos níveis de cuidados primários e hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> • Designação de representantes e aprovação do regulamento de funcionamento da Comissão Regional para a Promoção da Integração de Cuidados • Elaboração de um plano anual de atividades com três prioridades 	
	Implementação de mecanismos de incentivo à continuidade e coordenação de cuidados até 2030, assentes em instrumentos simples e exequíveis	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Incentivo Anual da Integração • Publicação anual do "Top 3 Boas Práticas de Integração" 	