



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

**Protelamento da Alta Hospitalar no Serviço de Medicina Interna do
Hospital Garcia de Orta– Causas, Consequências e Soluções**

Beatriz Marques dos Reis de Matos

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Setembro, 2024



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Protelamento da Alta Hospitalar no Serviço de Medicina Interna do
Hospital Garcia de Orta– Causas, Consequências e Soluções**

Beatriz Marques dos Reis de Matos

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Setembro, 2024

“A hospital bed is a parked taxi with the meter running”
Groucho Marx

Agradecimentos

Obrigada,

À minha Orientadora, Professora Sofia Portela, cuja experiência e compreensão foram fundamentais para a realização desta dissertação. Obrigada pela orientação valiosa e pelo apoio ao longo deste trabalho.

Ao Rodrigo, por estar ao meu lado durante todo este percurso. Obrigada pelo constante incentivo e carinho que foi fundamental para chegar até aqui.

Aos meus amigos, por serem exemplo de perseverança e disciplina, obrigada por todas as palavras de incentivo e por partilharem comigo tantos e bons momentos.

À minha família, por me ter educado a ser uma pessoa persistente, capaz de acreditar em mim e na dimensão dos meus sonhos.

Ao meu irmão, por ser prova de que na vida não há obstáculos inultrapassáveis e há sempre espaço para recomeçar.

Ao meu pai, companheiro de aventuras, por ter sempre resposta certa, por ser inspiração do saber mas também do fazer.

À minha mãe, pela vontade incessante de fazer mais e melhor a cada dia, que é uma inspiração para mim. Obrigada pelo apoio incondicional, como mãe e profissional de saúde, que foram indispensáveis para a conclusão deste trabalho.

Aos Profissionais do Hospital Garcia de Orta, pelos ensinamentos e acompanhamento que me deram ao longo do estágio que realizei e que despoletou este trabalho.

Resumo

O tempo de internamento em hospitais é frequentemente utilizado como um indicador de eficiência, pois uma estadia mais curta reduz o custo por alta e transfere os cuidados de internamento para ambiente pós-agudo mais seguro e menos dispendioso. Esta medida é também um dos principais indicadores de desempenho, utilizado para avaliar a eficiência hospitalar.

O protelamento da alta hospitalar inicia-se no momento em que é atribuída a alta clínica e o utente não abandona o hospital. Tal ocorre quando se verificam necessidades de cuidados alternativos e a transferência do utente para uma unidade externa não é assegurada atempadamente. A efetivação da alta hospitalar nestes casos é um processo complexo pois requer uma abordagem multidisciplinar.

A hospitalização prolongada acarreta consequências para o utente, devido o aumento do risco de infeções, deterioração cognitiva e agravamento dos estados de dependência motora. Verificam-se também complicações a nível organizacional para os hospitais, com o agravamento da taxa de ocupação de camas, redução da capacidade de internamento e o consequente aumento dos tempos de espera.

O diagnóstico da situação de protelamento de alta no Serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta evidenciou 1.764 episódios entre 2020 e 2023, traduzindo-se em 9.216 dias de protelamento. Os episódios com duração até 5 dias de protelamento representam 68% dos casos e estão associados a motivos clínicos ou a aguardar apoio social e/ou familiar. O motivo do protelamento da alta depende do estado clínico e nível de autonomia do utente após internamento e das características sociofamiliares do mesmo.

Palavras-chave: Internamento inapropriado, Protelamento de alta hospitalar, Equipa multidisciplinar, Planeamento da alta

JEL Classification: I10, I18, M10

Abstract

Length of stay in hospitals is often used as an indicator of efficiency, as shorter stays reduce the cost per discharge and transfers inpatient care to a safer and less expensive post-acute environment. This measure is also one of the main performance indicators used to assess hospital efficiency.

Delayed discharge begins when the patient is discharged and clinically fit to leave the hospital but does not do so. This occurs when alternative care is needed and the patient is not transferred to an external unit in time. Discharge from hospital in these cases is a complex process because it requires a multidisciplinary approach.

Prolonged hospitalization has consequences for the patient, due to the increased risk of infections, cognitive deterioration and worsening states of motor dependence. There are also organizational complications for hospitals, with a worsening bed occupancy rate, reduced inpatient capacity and a consequent increase in waiting times.

The diagnosis of the situation of delayed discharge in the Internal Medicine Department of Hospital Garcia de Orta showed 1,764 episodes between 2020 and 2023, which represents 9,216 days of delay. Episodes lasting up to 5 days account for 68% of total cases and are associated with clinical reasons or awaiting social and/or family support. The reason for delayed discharge depends on the patient's clinical condition and level of autonomy after hospitalization, as well as their socio-family characteristics.

Keywords: Bed blocking, Delayed discharge, Multidisciplinary team, Hospital discharge planning

JEL Classification: I10, I18, M10

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XV
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1. INTERNAMENTOS INAPROPRIADOS	4
2.1.1. DEFINIÇÃO.....	4
2.1.2. SITUAÇÃO NO MUNDO	5
2.2. CAUSAS	6
2.3. CONSEQUÊNCIAS	8
2.4. A REALIDADE PORTUGUESA DOS INTERNAMENTOS INAPROPRIADOS	10
2.5. RESPOSTA MULTIDISCIPLINAR: EQUIPA MÉDICA, APOIO SOCIAL E FAMILIAR.....	15
2.6. PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR	18
3. METODOLOGIA	20
4. RESULTADOS.....	22
4.1. APRESENTAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	22
4.2. ÁREA DE REFERENCIAÇÃO DO HGO	24
4.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HGO	25
4.4. DIAGNÓSTICO DO PROTELAMENTO DE ALTA NO HGO	27
4.4.1. PERFIL DO PACIENTE	28
4.4.2. DURAÇÃO DO PROTELAMENTO DA ALTA HOSPITALAR	29
4.4.3. MOTIVOS	32
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÕES PARA REDUZIR O PROTELAMENTO DE ALTA DO SMI DO HGO	36
6. CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

Índice de Figuras

Figura 1 - Dias de Internamento Inapropriados.....	xiii
Figura 2 - Índice de inapropriação do internamento	10
Figura 3 - Distribuição por idade dos Internamentos Inapropriados	11
Figura 4 - Distribuição por Género dos Internamentos Inapropriados	12
Figura 5 - Distribuição por Serviço dos Internamentos Inapropriados	12
Figura 6 - Causas dos Internamentos Inapropriados (por categoria).....	13
Figura 7 - Valorização Financeira dos Internamentos Inapropriados.....	14
Figura 8 - N° utentes com protelamento de alta	27
Figura 9 - Género dos utentes.....	28
Figura 10 - Intervalos de idade dos utentes	28
Figura 11- Peso dos dias de protelamento de alta no tempo total de internamento.....	30
Figura 12 - N° de episódios de acordo com a duração do protelamento de alta entre 2020 e 2023	31
Figura 13 - N° de episódios de acordo com a duração do protelamento de alta por ano.....	31
Figura 14 - Motivos do protelamento de alta por dias agregado entre 2020 e 2023	32
Figura 15 - Motivos do protelamento de alta por ano	33
Figura 16 - Motivos do protelamento de alta inferior a 5 dias	34

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Proposta de intervenções consoante o motivo de protelamento de alta	36
--	----

Lista de Abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APAH – Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

HGO – Hospital Garcia de Orta

ISS – Instituto da Segurança Social

LAS – Length of appropriate stay

LOD – Length of delay

LOS – Length of stay

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SMI – Serviço de Medicina Interna

SNS – Serviço Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

1. INTRODUÇÃO

A percepção do tempo é subjetiva, sendo comum diferentes pessoas experienciarem intervalos de tempo idênticos passar a ritmos diferentes. A natureza e a medição do tempo é um tema complexo discutido desde a antiguidade e alvo de debates filosóficos, tendo sido até posta em causa a viabilidade da sua medição. Apesar de terem sido encontrados métodos para o fazer, a forma como um relógio mede o tempo é diferente de como as pessoas o percecionam (Bejan, 2019).

É comum, o tempo no quotidiano, aparentar passar depressa numa situação agradável e mais devagar numa situação penosa.

Numa vida articulada em sociedade, o tempo é mote para tudo, cumprimos horários, celebramos certas datas e vivemos de forma cíclica a passagem do tempo.

O tempo adquire, entretanto, uma outra dimensão quando lhe é atribuído valor económico (Manzano-Santaella, 2008).

Na saúde, muitos indicadores de performance surgem como medidas relacionadas com o tempo: listas de espera para consulta ou cirurgia, tempos de espera num serviço de urgência, tempo de internamento, etc (Manzano-Santaella, 2008). Estes indicadores medidos numa unidade temporal, para além de serem para as entidades de saúde uma medida de eficiência e ferramenta de monitorização dos recursos disponíveis, refletem também o desgaste dos profissionais de saúde e dos próprios utentes forçados a tempo de espera em momentos de particular fragilidade do seu estado de saúde. Estes dados não devem, portanto, ser interpretados apenas de um ponto de vista económico mas também recordando a dimensão humana inerente à saúde tornando o setor tão complexo e essencial.

Uma parte significativa dos recursos económicos dos países desenvolvidos é alocada à saúde, o que obriga a uma otimização na sua gestão, de forma a evitar o desperdício e a ineficiência neste setor. No entanto, identificar as causas de ineficiência e potenciais melhorias é um grande desafio (Einav et al., 2018).

Considerando o atual contexto de complexidade global, testemunhamos um processo de mudança que traz novos desafios para as organizações e sistemas de saúde, moldando as suas características e interferindo na forma como estes se reestruturam (Costa et al., 2013).

A manifestação desta mudança é visível na otimização de recursos de forma a estes satisfazerem determinados objetivos, entre os quais a tentativa de minimizar a duração dos internamentos.

Nos sistemas de saúde em todo o mundo, o fenómeno do protelamento da alta hospitalar representa desafios significativos para os utentes e profissionais de saúde, que impacta os hospitais e o sistema de saúde como um todo. A alta hospitalar tardia dos utentes, conhecida como internamento inapropriado ou *bed blocking* na literatura internacional, impacta não só a qualidade dos cuidados como sobrecarrega os recursos de saúde dificultando o fluxo de utentes ao longo do processo contínuo de cuidados.

A Organização Mundial da Saúde considera o tempo excessivo de internamento uma das causas de ineficiência em saúde (OMS, 2011). Neste sentido, situações de internamento inapropriado têm contribuído para o protelamento de altas hospitalares e o consequente agravamento do tempo de internamento. Este é um problema a nível global e com repercussão nos sistemas de saúde, que tem vindo a ganhar dimensão nas últimas décadas.

No Serviço Nacional de Saúde em Portugal, o protelamento de altas surge como uma questão crítica que afeta o cuidado aos utentes e as operações hospitalares. Com uma procura crescente por serviços de saúde e recursos limitados, os desafios impostos pelo *bed blocking* tornaram-se mais pronunciados. Compreender as causas, consequências e soluções potenciais para este bloqueio é vital para otimizar o fluxo de utentes e aprimorar a eficiência do sistema de saúde.

Simultaneamente, Portugal enfrenta um envelhecimento demográfico preocupante, com uma evolução negativa de ambos os saldos natural e migratório. O aumento do número de pessoas idosas e a evolução da estrutura etária dos países desenvolvidos reflete-se numa maior necessidade de cuidados de saúde, o que cria uma pressão acrescida na capacidade de resposta das organizações e dos sistemas de saúde (Costa et al., 2013).

É perante este preocupante contexto demográfico, institucional e político, que se identifica um problema que vem agravar e comprometer a eficiência dos hospitais públicos: os internamentos inapropriados. Esta situação ocorre quando um paciente está clinicamente apto para receber alta mas requer apoio fora do hospital, que não está prontamente disponível, pelo que permanece hospitalizado até que seja possível operacionalizar a alta de forma segura (Moura, 2022a).

O cenário dos internamentos inapropriados, em Portugal, totalizava, apenas num dia, 1.675 camas ocupadas nos hospitais públicos, cerca de 10% da capacidade de internamento a nível nacional, o que representa um custo anual de mais de 226 milhões de euros.

Estes casos são, na sua grande maioria, utentes mais idosos e cujo grau de dependência aumentou após o episódio que levou ao internamento hospitalar pelo que, perdendo a sua autonomia, as pessoas carecem de uma solução que lhes permita ajustar o estilo de vida e manter

condições condignas. Para tal, é necessário fazer um levantamento das necessidades de cada indivíduo uma vez que os contextos familiares e sociais divergem. Esta é uma atividade complexa e personalizada, que exige a comunicação e colaboração de uma vasta rede de apoios comunitários. Esta dimensão é parte integrante da atividade hospitalar, uma vez que o exercício da medicina implica também ter em conta a componente social de cada indivíduo, sem o qual não é conseguido um tratamento completo.

Quando o paciente se encontra clinicamente estável para abandonar o Hospital mas carece de algum tipo de ajuda ao reentrar no seu quotidiano, como o serviço de apoio domiciliário (SAD) ou necessidade de internamento em Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), não havendo disponibilidade imediata destes órgãos, o indivíduo não poderá receber alta efetiva em segurança, pelo que permanece internado (Holmås et al., 2013). Desta forma, um dos motivos para o tempo de internamento excessivo é a falta de planeamento e a reduzida oferta de cuidados subsequentes à hospitalização.

Os atuais desafios que este problema levanta, pela sua crescente complexidade e dimensão, implicam uma abordagem multidisciplinar, em diversas frentes de ação.

O objetivo deste trabalho é fazer a caracterização do protelamento da alta hospitalar no Serviço de Medicina Interna (SMI) do Hospital Garcia de Orta (HGO), identificando as causas, consequências, e propostas de resolução do problema. Para tal, será feito um enquadramento macro ao nível do SNS em Portugal e analisadas as consequências e impacto dos internamentos inapropriados nos resultados dos utentes, na utilização de recursos e nos custos de saúde. Pretende-se igualmente explorar as abordagens e estratégias de gestão existentes, que se revelem úteis no combate a este problema.

Tendo em vista dar resposta aos objetivos deste estudo, foi solicitada uma base de dados que reúne todos os episódios de protelamento de alta do HGO entre 1 de janeiro de 2020 e 30 de setembro de 2023, proveniente do sistema de informação do Hospital. Os dados recolhidos permitem caracterizar a situação do protelamento da alta hospitalar no SMI do HGO, o perfil dos utentes e, posteriormente, elaborar propostas de intervenção. Assim, este trabalho está dividido entre revisão de literatura, apresentada no capítulo 2, onde será feito o enquadramento do problema a nível macro, internacional e nacional. Será apresentada a metodologia no capítulo 3, seguido do diagnóstico do problema no capítulo 4, onde serão apresentados os resultados obtidos através da base de dados do HGO. Após feito o enquadramento e a caracterização do problema, serão apresentadas no capítulo 5 as propostas de intervenção baseadas na literatura e nos resultados. O trabalho termina com o capítulo 6 da conclusão.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A estrutura da Revisão de Literatura subdivide-se por pontos-chave para melhor compreensão do problema em análise. Partindo da definição de internamentos inapropriados, importa igualmente abordar as suas causas e consequências, e enquadrar o problema no contexto do mundo que conhecemos.

O trabalho aborda a temática atendendo à realidade portuguesa que nos é mais próxima, culminando em abordagens e estratégias de gestão que se revelem determinantes para a resolução do problema.

2.1. Internamentos Inapropriados

2.1.1. Definição

Consideram-se internamento inapropriado o tempo que “o doente passa no hospital quando já tem alta clínica e não existe um motivo de saúde que justifique a sua permanência em ambiente hospitalar” (APAH & EY, 2023, p. 27).

É habitual estes casos serem referidos coloquialmente como internamentos sociais, no entanto, nem todos os episódios estão exclusivamente associados a motivos de cariz social.

Na literatura internacional é utilizado o termo *bed blocking* para descrever estes utentes, cuja alta hospitalar não foi realizada com a velocidade desejada pela organização (Manzano-Santaella, 2008). O termo é utilizado em situações de utentes que já não necessitam de cuidados agudos hospitalares e continuam, no entanto, a ocupar camas de internamento enquanto aguardam por uma resposta adequada ao nível dos cuidados não urgentes de que necessitam (Holmås et al., 2013). Assim, o paciente clinicamente apto é mantido desnecessariamente no hospital devido a fatores organizacionais e/ou operacionais internos e/ou externos. Na literatura nacional e no léxico hospitalar, é também utilizado o termo protelamento da alta hospitalar, para referir este tempo de atraso no internamento.

O internamento é, portanto, considerado prolongado e, consequentemente, inapropriado, somente após a data da alta clínica e de estarem novamente reunidas as condições de saúde do paciente. Ou seja, o protelamento da alta hospitalar é determinado pelo tempo de internamento, iniciando-se no momento em que é atribuída a alta clínica ao paciente. Este, poderá permanecer internado quando ainda se verificam necessidades de cuidados alternativos e a transição de cuidados não é assegurada atempadamente (Micallef et al., 2022). Assim, o protelamento da alta hospitalar prolonga-se por tanto tempo quanto for adiada a transferência do paciente para

uma unidade externa de cuidados, sendo que esta depende do estado clínico e nível de autonomia do paciente após internamento e/ou pelas características sociofamiliares do mesmo (Borthwick et al., 2009).

2.1.2. Situação no Mundo

O protelamento de alta é uma preocupação política crescente nos países desenvolvidos. Ocorrem, atualmente, mais situações uma vez que os doentes carecem de maior disponibilidade de acompanhamento pós-hospitalar (Foster, 2023).

O aumento da esperança média de vida ao longo das últimas décadas implica uma quota crescente de população idosa na estrutura etária dos países, sendo que as pessoas idosas têm maior probabilidade de necessitar de apoio após uma hospitalização, o que coloca os sistemas de saúde sob pressão (Harper, 2014). Assim, entende-se que um dos grandes fatores a contribuir para o protelamento de alta é o aumento da esperança de vida ao qual assistimos, em virtude da melhoria dos cuidados de saúde, o que leva a uma população mais idosa e dependente, com necessidade de mais cuidados.

São vários os países que reconhecem e se debatem com o problema do protelamento da alta hospitalar, como a Suécia, Inglaterra, Holanda e Áustria (Mur-Veeman & Govers, 2011). Estes países têm em comum não só características socio-demográficas, nomeadamente semelhanças na estrutura etária das suas populações, assim como a natureza dos seus sistemas de saúde. A situação das altas prolongadas nos hospitais é, portanto, transversal em grande parte da Europa e no mundo, levando muitos utentes a permanecerem internados inapropriadamente.

Uma revisão sistemática enfatizou a importância das altas hospitalares proteladas a nível mundial e a necessidade de mais investigação neste domínio (Micallef et al., 2022). Em Nova Iorque, um estudo de recolha de dados da Associação de Saúde de Nova Iorque revelou um total de 1.115 utentes nesta situação, resultando em 60.000 dias de atraso entre abril e junho de 2022 (HANYs, 2022).

Um artigo com o intuito de estudar a associação entre as taxas de ocupação de internamento e a qualidade hospitalar do Serviço Nacional de Saúde Inglês (NHS), revelou uma relação positiva face à mortalidade geral e cirúrgica, e inversamente, uma relação negativa quanto aos ganhos de saúde evidenciados pelos utentes. O estudo destaca a pressão sobre os hospitais para controlar e diminuir as taxas de ocupação de camas, uma vez que elevadas taxas são um indicador importante de pressão sobre o sistema de saúde (Bosque-Mercader & Siciliani, 2023).

De acordo com o HSE na Irlanda, registou-se em 2021 um total de 236 907 dias de internamento inapropriados devido ao protelamento das altas hospitalares, com um aumento significativo do número de utentes afetados por este problema face ao período homólogo (Clancy et al., 2022).

No Canadá, foi incluído no QIP (Quality Improvement Plan) descobrir como eliminar os pacientes com alta protelada uma vez que estes ocupam cerca de um terço a um quarto das camas todos os dias (Kuluski et al., 2022).

São, portanto, reconhecidas internacionalmente as dificuldades em assegurar assistência social para os indivíduos que saem do hospital, sendo este um fator que contribui para o atraso nas altas (HANY, 2022). Estas conclusões destacam a natureza generalizada e complexa do problema, que requer atenção e soluções tanto a nível local como internacional.

2.2. Causas

O prolongamento dos internamentos é um constrangimento muito complexo associado a múltiplas causas. Estas são maioritariamente de índole social e organizacional, consistem em causas organizacionais associadas ao sistema de âmbito social e ao sistema integrado de saúde (APAH, 2021).

O fator de complexidade associado à efetivação da alta hospitalar dos internamentos inapropriados acentua o problema, dada a preparação e responsabilidade que a alta destes casos requer. É necessária uma abordagem em equipa multidisciplinar, pois a alta hospitalar contempla a alta clínica, alta social e alta administrativa sendo que, quando estes três momentos que não ocorrem simultaneamente, levam aos casos de protelamento (Ferreira & Espírito Santo, 2018).

De um ponto de vista preventivo do internamento, a continuidade de cuidados exige que os prestadores de saúde sejam capazes de orientar o paciente de forma ágil pela cadeia de cuidados que inclui vários profissionais, departamentos e organizações, cada um dos quais imprescindível para a prestação de cuidados de qualidade, no momento e lugar certos para cada paciente. Contudo, a articulação entre os vários níveis de cuidados é um processo exigente (Mur-Veeman & Govers, 2011).

Vários artigos de investigação evidenciam questões relacionadas com a organização e gestão hospitalar em geral que contribuem para os atrasos na efetivação das altas. Um estudo que comparou dois hospitais, concluiu que os métodos de avaliação e adequação para identificar atrasos através da análise dos registos médicos dos utentes são essenciais,

revelando potencial de melhoria na organização das equipas multidisciplinares, sendo este o principal responsável pelos atrasos ocorridos (Micallef et al., 2022).

Outro fator determinante para o protelamento da alta hospitalar é o aumento da procura em saúde que ultrapassa a capacidade de resposta, levando ao congestionamento dos serviços e demora na transferência de utentes dos cuidados urgentes para os cuidados não urgentes apropriados. No caso de Portugal, são os centros de reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) ou os ERPI, cuja oferta não satisfaz a procura (ACSS, 2019).

Também na literatura internacional, as políticas e práticas implementadas em setores não hospitalares foram identificadas pelos líderes organizacionais como tendo impacto nos atrasos nas altas hospitalares. Os prestadores sentem dificuldade em transferir utentes para os cuidados continuados devido às longas listas de espera, à falta de camas disponíveis e aos utentes que tinham de cumprir critérios de elegibilidade específicos (Kuluski et al., 2022).

Apesar dos hospitais priorizarem a segurança e o acesso aos cuidados continuados adequados, dadas as vagas limitadas, nem sempre é possível garantir a proximidade à família pelo que muitas vezes as transferências não ocorrem uma vez que estas são rejeitadas pelos doentes e/ou familiares que não querem que a distância limite a capacidade de se verem regularmente (Kuluski et al., 2022).

A reduzida oferta dos serviços de cuidados domiciliários e de apoio comunitário prende-se com a falta de profissionais de saúde e técnicos auxiliares, uma vez que é uma área exigente que requer muitas horas de trabalho e cuja remuneração é insuficiente (Kuluski et al., 2022).

A procura por estes cuidados alternativos acontece devido à ausência de condições de habitação e de autonomia dos utentes. As complexidades sociais e de saúde dos utentes associadas à indisponibilidade dos familiares e esgotamento dos cuidadores, impactam ainda mais o protelamento das altas (Ferreira, 2009). A maioria dos cuidadores são familiares, parceiros e cônjuges, também eles a envelhecer e a lidar com seus próprios problemas de saúde. Outros cuidadores são filhos de pais idosos, cujo tempo de trabalho integral e a responsabilidade por mais de um membro da família não lhes permite prestar apoio suficiente (Borthwick et al., 2009). Noutros casos, os hospitais não conseguem sequer entrar em contacto com as famílias e estas não se responsabilizam pelos seus familiares internados (Foster, 2023).

Uma outra causa deriva da complexidade do quadro clínico de certos doentes com uma mudança súbita do grau de dependência que advém, por exemplo, dos AVC's ou fraturas do colo

do fémur, e condiciona o protelamento de alta, uma vez que altera de forma inesperada o grau de dependência sem permitir às famílias tempo de adaptação (Ribeiro & Pinto, 2014).

Assim, as principais causas do aumento do protelamento da alta hospitalar são a incapacidade das famílias, a falta de respostas na comunidade e os critérios de elegibilidade rigorosos e longas listas de espera para admissão nos cuidados continuados, associados ao grau de complexidade clínica e dependência dos doentes.

2.3. Consequências

A necessidade de vários intervenientes no processo de resolução de uma alta hospitalar protelada, leva a que a coordenação e comunicação entre as diferentes partes, prestadores de cuidados de saúde, organizações envolvidas na rede de cuidados do paciente, e familiares, seja demorada e ineficaz. Isto implica que a transição necessária do utente dos cuidados urgentes para outro ambiente mais adequado (domicílio ou cuidados intermédios), seja algo difícil de assegurar atempadamente (Clancy et al., 2022).

Os episódios de internamento hospitalar que se prolongam para além do período clinicamente necessário, podem conduzir a complicações evitáveis para o doente (Einav et al., 2018). Uma maior duração do tempo de internamento pode permitir que os utentes recebam mais cuidados médicos num ambiente seguro, no entanto, um internamento prolongado pode não contribuir para melhorar o estado de saúde mas sim aumentar a exposição a microrganismos hospitalares e causar problemas de saúde mental associados à hospitalização prolongada (Bosque-Mercader & Siciliani, 2023).

Algumas das principais consequências prejudiciais para a saúde do paciente decorrentes do protelamento da alta hospitalar são o aumento do risco de infeções nosocomiais e o agravamento dos estados de dependência motora, dada a permanência no leito e a incapacidade de resposta das equipas de saúde às necessidades destes utentes. É ainda evidente a deterioração cognitiva que resulta da desinserção do seu ambiente habitual e ausência de estímulos sociais. Desta forma, a hospitalização prolongada leva à perda de mobilidade, à desnutrição, à depressão, à solidão, entre outras (Rojas-García et al., 2018).

Este problema, para além das consequências com impacto direto nos doentes, resulta também em complicações do ponto de vista organizacional para o hospital, nomeadamente, num agravamento da taxa de ocupação de camas e a consequente redução da capacidade de internamento.

É ainda destacado por estudos qualitativos que a determinação para diminuir os atrasos na alta hospitalar contribui para o stress e *burnout* dos profissionais de saúde e as relações interprofissionais, com ramificações para o cuidado e o bem-estar dos pacientes (Rojas-García et al., 2018).

Os internamentos inapropriados interferem na otimização da gestão de camas, o que condiciona o internamento de outros utentes com necessidade de cuidados agudos diferenciados, que ingressam pelo serviço de urgência. Estando a capacidade de internamento condicionada, e não havendo camas disponíveis, verifica-se a sobrelotação do serviço de urgência (Pellico-López et al., 2019). Acresce dificuldade na gestão do agendamento da atividade cirúrgica programada e de outros internamentos eletivos da área médica, cujas listas de espera são uma das grandes preocupações e desafios do SNS (Moura, 2022a). Assim, o congestionamento provocado pelos internamentos inapropriados tem impacto direto no *patient flow* do hospital e nos tempos de espera.

Do ponto de vista financeiro, os internamentos inapropriados significam um aumento da despesa com cuidados hospitalares, uma vez que estes são significativamente mais dispendiosos do que os cuidados prestados em ambulatório hospitalar, ou dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e ERPI (Holmås et al., 2013). Verifica-se, portanto, um impacto nos gastos do setor da saúde, uma vez que uma cama ocupada num hospital é mais dispendiosa para o Estado do que uma cama ocupada num lar de idosos ou, alternativamente, uma cama ocupada em casa, uma vez que se trata de uma cama em nível de cuidados mais diferenciados (Mur-Veeman & Govers, 2011). A portaria n.º 47/2024, de 9 de fevereiro de 2024, do Ministro das Finanças, da Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e do Ministro da Saúde, define os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados pela RNCCI, sendo o valor por utente fixado em 115,27 Euros/dia nas unidades de convalescença (internamentos até 30 dias) e nos cuidados paliativos, em 100,34 Euros/dia nas unidades de média duração (internamentos entre 30 e 90 dias) e reabilitação, em 81,52 Euros/dia na longa duração (internamentos superiores a 90 dias).

No caso dos internamentos hospitalares, a Portaria n.º 388/94, de 16 de junho define a tabela de preços mediante o sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) ou de acordo com a diária de internamento (Ministério da Saúde, 1994). Considerando um tempo de internamento prolongados, os valores de internamento acarretam uma despesa maior quando comparados com as taxas diárias de uma unidade da RNCCI ou de uma ERPI.

Assim, quer a nível da qualidade assistencial como da perspetiva financeira, a adoção de procedimentos que visem um efeito de substituição entre o internamento e o atendimento ambulatorio programado, garantem um incremento da eficiência técnica e económica (Costa et al., 2013).

2.4. A Realidade Portuguesa dos Internamentos Inapropriados

As características sociais e económicas de um país e da sua população são intrínsecas a qualquer sistema de saúde e, nalgumas vertentes, são simultaneamente causa e consequência do próprio sistema (Deloitte, 2011).

De forma a proceder à caracterização da realidade dos internamentos inapropriados em Portugal, recorreu-se ao Barómetro de Internamentos Sociais, uma iniciativa da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (APAH) e da consultora Ernst & Young (EY), com apoio institucional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), que conta com sete edições publicadas. Este estudo surge como um instrumento para a medição periódica do fenómeno dos internamentos inapropriados procurando, anualmente, analisar e dar relevo a esta problemática.

Fonte: 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais, APAH&EY (2023)

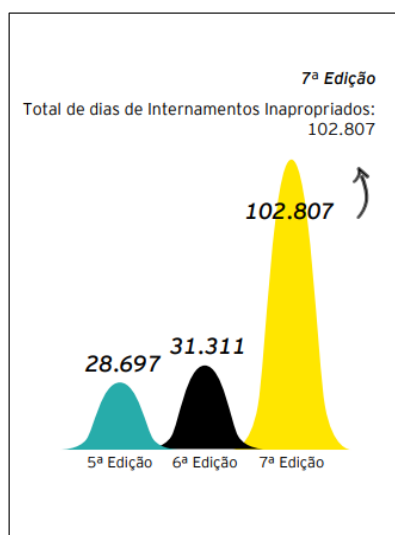


Figura 2 - Dias de Internamento Inapropriados

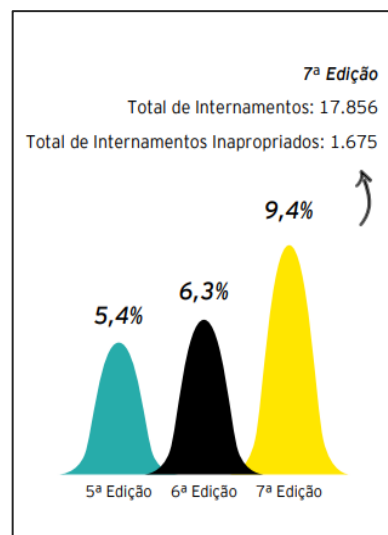


Figura 1 - Índice de inapropriação do internamento

O Barómetro dos Internamentos Sociais, com dados recolhidos à data de 20 de março 2023 e publicado em junho de 2023, revela um aumento de internamentos inapropriados nas

unidades hospitalares do SNS face à edição homóloga, assim como nos custos associados a estes casos. No dia 20 de março 2023 encontravam-se ocupadas 1.675 camas nos hospitais do SNS com internamentos inapropriados, o que traduz um aumento de 60% face a março de 2022 quando totalizavam apenas 1.048 utentes com protelamento de alta. Ou seja, registaram-se a 20 de março 2023 um total de 102.807 dias de internamentos inapropriados, o que representa um aumento de mais de 228% face ao período homólogo.

Proporcionalmente ao número de dias de internamentos inapropriados, é possível observar um aumento do índice de inapropriação do internamento. A 20 de março de 2023 9,4% do total dos internamentos são inapropriados, o que corresponde a um aumento de 3,1 pontos percentuais face ao observado em 2022. Excluem-se destes valores, os internamentos em unidades psiquiátricas, que requerem uma análise isolada.

Apenas as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Norte são responsáveis por mais de 8 em cada 10 casos de utentes internados de forma inapropriada, estas principais regiões evidenciam taxas de 34% e 45%, respetivamente, o que perfaz cerca de 80% do total dos casos no país.

Sendo o protelamento de alta um problema que ocorre sobretudo em utentes mais idosos, este poderá vir a ganhar mais expressão no futuro considerando os indicadores demográficos de Portugal, nomeadamente o aumento da esperança média de vida. Em 2022, a esperança de vida à nascença foi estimada em 80,96 anos, sendo 78,05 anos para os homens e 83,52 anos para as mulheres. Os dados evidenciam que 81 % dos doentes com protelamento de alta têm 65 ou mais anos, o que leva a concluir que a população mais idosa tem maior probabilidade de internamento inapropriado.

Fonte: 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais, APAH&EY (2023)

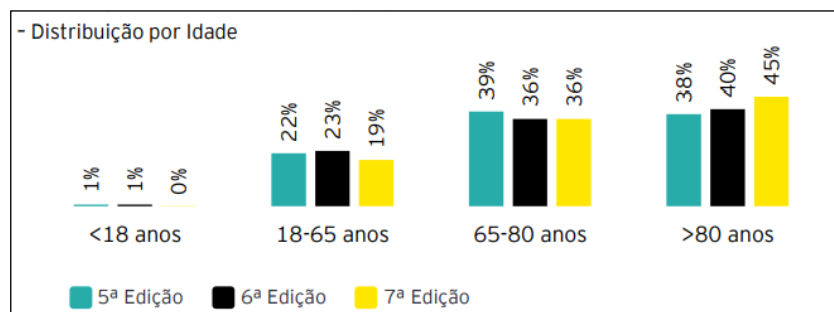


Figura 3 - Distribuição por idade dos Internamentos Inapropriados

A precariedade dos recursos económicos dos doentes constitui um fator de agravamento do

seu estado de saúde, sobretudo quando apresentam limitações funcionais severas que exigem um maior número de bens e serviços para garantir a segurança e o bem-estar nos pós alta hospitalar. Um maior risco de protelamento de alta hospitalar nos doentes mais idosos poderá estar diretamente relacionado com o rendimento disponível da população idosa portuguesa que, na maioria dos casos, corresponde a valores de pensões insuficientes para assegurar as necessidades básicas e garantir uma vida digna, provenientes de parcas reformas que são espelho das baixas qualificações e ausência de ligação ao sistema de previdência durante a sua vida ativa (Ferreira & Espírito Santo, 2018).

Aprofundando as características sociodemográficas dos doentes com internamento inapropriados verifica-se que o género destes doentes apresenta um equilíbrio entre sexo masculino e feminino, no entanto, em 2023, começa a ser possível identificar uma tendência para as mulheres, com 54% do total dos casos (Figura 4).

Fonte: 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais, APAH&EY (2023)

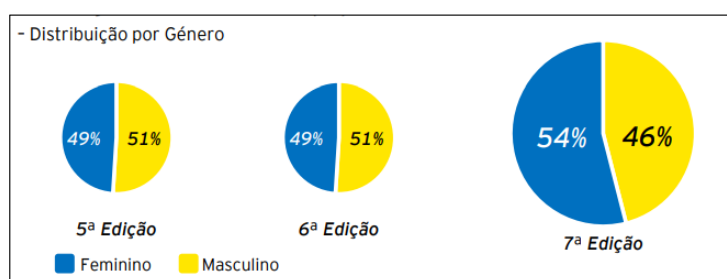


Figura 4 - Distribuição por Género dos Internamentos Inapropriados

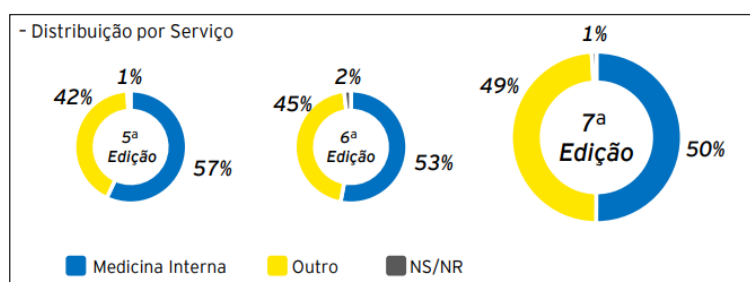


Figura 5 - Distribuição por Serviço dos Internamentos Inapropriados

É possível não só analisar os internamentos inapropriados atendendo às características sociodemográficas dos doentes, mas também na forma como se distribuem institucionalmente e nas áreas médicas onde ocorrem. Verifica-se que 68% dos episódios correspondem a Internamentos Médicos, sendo o Serviço de Medicina Interna o serviço de internamento de metade dos internamentos inapropriados (Figura 5).

Verifica-se, igualmente, o agravamento do problema dos internamentos inapropriados atendendo ao aumento considerável da demora média destes internamentos, que mais do que duplicado, passando de 29,9 dias em 2022 para 61,4 dias em 2023 (APAH & EY, 2023). Esta situação impacta desfavoravelmente o tempo médio de internamento do e a taxa de ocupação das camas em ambiente hospitalar, refletindo-se num aumento dos tempos de espera para a atividade programada, o que leva à degradação dos cuidados de saúde. No entanto, é preciso ter em conta que entre em 2021 e 2022, período de pandemia, a demora média dos internamentos inapropriados diminuiu devido a uma maior urgência na efetivação das altas para libertação de camas e evitar a exposição os doentes ao vírus.

O aumento da duração do protelamento de alta, prende-se com o agravar das principais causas, nomeadamente a falta de resposta dos locais de destino adequados pós-alta cujo tempo de espera é cada vez mais elevado.

Fonte: 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais, APAH&EY (2023)

Causa Social	Causa Organizacional/ Sistema Âmbito Social	Causa Organizacional/ Sistema Integrado Saúde
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidade de resposta familiar ou cuidador Recusa familiar e/ou Abandono Reorganização familiar Incapacidade de resposta de familiar ou cuidador em período de COVID-19 Outras causas de índole social 	<ul style="list-style-type: none"> Aguarda resposta para admissão em cuidados de Apoio domiciliário/ Centro de Dia Falta de capacidade da ERPI para garantir as condições de isolamento necessárias Falta de capacidade do Serviço de Apoio domiciliário/ Centro de Dia para prestar os cuidados a doentes com infeção por COVID-19 Aguarda resposta para admissão na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) Aguarda negatificação de teste para infeção por COVID-19 para admissão na ERPI para pessoas idosas Aguarda resposta para admissão em CAT (Centro de Acolhimento Temporário) Aguarda decisão judicial / CPCJ Aguarda vaga em Comunidade Terapêutica Aguarda decisão judicial /Regime do maior Acompanhado (RMA) 	<ul style="list-style-type: none"> Aguarda resposta para admissão em hospitalização domiciliária Aguarda resposta para admissão na Rede de Cuidados Continuados (RNCCI) Aguarda resposta para admissão na Rede de Cuidados Paliativos Aguarda resposta para admissão na Rede de Cuidados de Saúde Mental (RNCCI) Aguarda resposta de estruturas provisórias de apoio à COVID-19 Aguarda negatificação de teste para infeção por COVID-19 para admissão na RNCCI Aguarda vaga em Estrutura de Saúde Mental para doentes crónicos ao abrigo da circular informativa nº 10/2024/DPS/ACSS/N17/2015/DPS/ACSS/27 de abril de 2015
		Outras causas de índole organizacional/sistema

Figura 6 - Causas dos Internamentos Inapropriados (por categoria)

Na mais recente edição do Barómetro foram introduzidas alterações ao nível da caracterização das causas de internamento inapropriado, tendo sido subdivididas em diferentes categorias para melhor compreensão e distinção dos casos. Assim, para além das causas de cariz social, maioritariamente relacionadas com a situação familiar do doente, surgem causas do âmbito organizacional, associadas ao Sistema do Âmbito Social e ao Sistema Integrado de Saúde (Figura 6).

As causas predominantes dos internamentos inapropriados relacionam-se com a demora na admissão na RNCCI e em ERPI, ou seja, causas de carácter organizacional associadas ao Sistema Integrado de Saúde e ao Sistema do Âmbito Social. A primeira, apontada como a causa para o maior número de casos de internamentos inapropriados, a segunda, a causa responsável pelos casos com mais demora associada, ou seja, existem mais doentes a

aguardar vaga na RNCCI, no entanto, aqueles que aguardam por vaga em ERPI aguardam mais tempo. No âmbito da RNCI, apesar de ter se ter registado em 2023 um maior número de utentes assistidos, este não foi suficiente para responder ao aumento do número de utentes referenciados no mesmo ano. Foram assistidos mais utentes face a 2022, contudo, o número de utentes em lista de espera no final de 2023 era superior ao registado no ano precedente, situando-se em 1804 (CFP, 2014).

O custo do protelamento de altas, considerando o número de casos identificados a 20 de março de 2023, refletia-se num custo estimado, à data, de quase 52 milhões de euros para o Estado (incluindo os doentes psiquiátricos). Extrapolando este valor para um ano, em 2023, estima-se um gasto de 226 milhões de euros, que contrastam com os 124,5 milhões estimados em 2022 (APAH & EY, 2023). O cálculo do impacto financeiro dos Internamentos Inapropriados considerou o preço diário de internamento atual (359€) e a demora média nacional dos Internamentos Inapropriados (61,4 dias), que multiplicando pelo número de Internamentos Inapropriados não psiquiátricos (1.675) resulta em 36.907.713€, a somar ao cálculo do custo com os internamentos psiquiátricos, utilizando o mesmo pressuposto. De forma a extrapolar o custo anual dos Internamentos Inapropriados, pressupôs-se que o número de Internamentos Inapropriados é constante ao longo do ano, multiplicando o número de Internamentos Inapropriados pelo número de dias do ano e pelo preço diário de internamento.

Fonte: 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais, APAH&EY (2023)

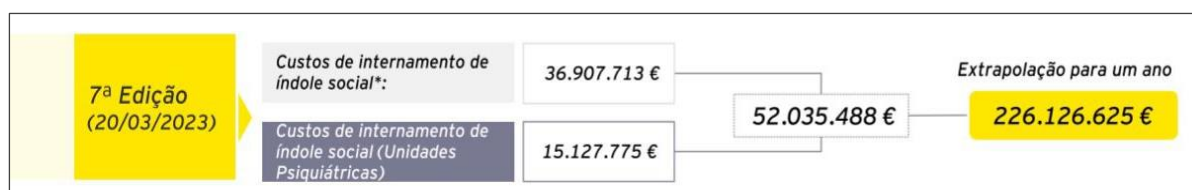


Figura 7 - Valorização Financeira dos Internamentos Inapropriados

Este custo sofreu um aumento de 81% face a 2022 (124.514.095€) que se explica sobretudo através do aumento de 60% do número de Internamentos Inapropriados e da demora média dos mesmos, assim como o aumento do preço diário de internamento.

Adicionalmente, existem custos sociais não mensuráveis resultantes de internamentos indevidos prolongados como, por exemplo, o papel não remunerado das famílias que, enquanto cuidadores informais, dão assistência ao paciente durante a sua hospitalização, o que pode resultar numa perda de produtividade (Ibrahim et al., 2022).

Estas são as principais conclusões retiradas da mais recente edição do Barómetro de Internamentos Sociais publicada em junho de 2023, cuja taxa de participação foi elevada e é representativa do cenário nacional, com a participação de 39 unidades hospitalares do SNS, num total de 19.462 camas hospitalares, 88% do total nacional.

2.5. Resposta Multidisciplinar: Equipa Médica, Apoio Social e Familiar

As equipas multidisciplinares têm um papel fundamental no ensino, orientação e na preparação ao doente e família, com o objetivo de os ajudar a ultrapassar os obstáculos e dificuldades, respondendo às necessidades e dúvidas que poderão surgir no domicílio, reduzindo desta forma os dias de protelamento de alta (Nnate et al., 2021).

A intervenção multidisciplinar, envolvendo a equipa médica, o apoio social e familiar, que tem em consideração um planeamento personalizado e sistemático, traduz-se numa maior satisfação das pessoas, com efeitos muito positivos na sua recuperação e num incentivo ao desenvolvimento do autocuidado e de uma vida saudável (Ministério da Saúde e do Trabalho, 2023).

O *modus operandi* de equipas multidisciplinares permite melhorar a comunicação, a eficácia, e a continuidade dos cuidados (Ibrahim et al., 2022). O SNS prevê este trabalho multidisciplinar através da equipa de gestão de altas (EGA), uma equipa hospitalar multidisciplinar, existente em todos os hospitais públicos, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI. O técnico superior de ação social (assistente social), enquanto membro desta equipa, é um profissional que tem como principal função identificar precocemente os problemas que poderão dificultar ou impedir a alta do doente e levar a família a procurar ativamente uma resposta (Ferreira & Espirito Santo, 2018). De uma forma geral, a literatura tem demonstrado que as condicionantes das altas estão relacionadas com os contextos sociofamiliares, com a saúde física e mental, situação económica, cultural e ambiental. Estes determinantes abrangem viuvez recente, insuficiência ou ausência de suporte familiar, baixos rendimentos, internamentos recentes, falta de condições ou acessibilidade habitacionais, entre outros (Wong et al., 2011).

Este é um cenário que também se verifica noutros países. No Reino Unido, a orientação do governo enfatiza a necessidade de serviços sociais e de saúde a trabalhar em conjunto para garantir que os prestadores de cuidados estejam totalmente envolvidos quando o doente deixa o hospital. Salienta, também, que um bom serviço de planeamento de alta deve incluir um conjunto de profissionais, incluindo enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas (Borthwick et

al., 2009). O mesmo artigo, refere as políticas governamentais que, sucessivamente têm destacado a necessidade de informar e envolver os cuidadores no processo da alta hospitalar. No entanto, algumas pesquisas sugerem que muitos cuidadores se sentem suficientemente envolvidos, mas sem apoio, neste processo (Borthwick et al., 2009). Assim, a capacitação do cuidador deve ser vista como um caminho seguro para se obterem melhores resultados na reabilitação, níveis superiores de autonomia e diminuição de custos e reinternamentos (Souza et al., 2014). É importante o reconhecimento deste estatuto e a capacitação dos cuidadores, de modo que possam ter um papel mais ativo no apoio aos doentes. A Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, aprovou o estatuto do cuidador informal. Este estatuto apresenta uma via de direito e capacitação que visa apoiar o cuidador familiar, face à crescente relevância dos cuidados prestados pelas famílias (ISS, 2024).

Complementarmente, os serviços de assistência social e domiciliária desempenham um papel crucial na *care pathway*, mantendo as pessoas saudáveis por mais tempo fora do hospital e permitindo altas mais rápidas, de forma efetiva, para casa (NHS, 2022). Vários estudos evidenciam a existência de uma correlação entre os recursos da segurança social e a duração do internamento. Em Portugal, a incapacidade de resposta da Segurança Social é motivo de constrangimentos, e leva a que cada vez mais pessoas sem doença ocupem indevidamente os hospitais, comprometendo a resposta aos doentes agudos (Ferreira & Espírito Santo, 2018).

A referenciação, avaliação, admissão e acompanhamento das situações com vista ao acolhimento temporário e transitório pressupõe uma avaliação social articulada entre os serviços do ISS (Instituto da Segurança Social) e o serviço social dos hospitais do SNS ou da RNCCI (Ministério da Saúde e do Trabalho, 2023).

Deve ter-se em consideração os critérios para referenciação à RNCCI, pois apesar da necessidade de apoio social e, nalguns casos, a falta de retaguarda familiar serem fatores em consideração, é imprescindível o doente cumpra critérios e se verifique a real necessidade clínica daqueles cuidados de saúde. Criada em 2006, pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, a RNCCI resulta de uma parceria entre o Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde (Diário da República, 2006).

São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (ACSS, 2019).

Esta é uma resposta que, ao contrário do que acontece nas ERPI, não prevê a permanência do doente por tempo indefinido ou permanente, mas sim que seja um local de recuperação e transição (ISS, 2018). Desta forma, a má referenciação acaba por adiar a responsabilidade para a Unidade de Cuidados Continuados que ficará em mãos com um problema social nos casos em que não se perspetive uma recuperação, pois os doentes que não tenham retaguarda familiar, nem capacidade financeira, nem habitação condigna disponível, permanecem internados por tempo indefinido comprometendo ainda mais a resposta da RNCCI (Moura, 2022b). Assim, deve ser feita uma referenciação dos doentes assente nos critérios estabelecidos de forma que apenas sejam admitidos na Rede aqueles doentes que efetivamente necessitam de continuidade de cuidados, e cuja complexidade já não justifica os cuidados de saúde prestados em hospital de agudos. Desta forma, evita-se que o problema do protelamento de alta seja “empurrado” para outra unidade de cuidados.

O reconhecimento da situação precária da resposta da RNCCI e das ERPI levou à publicação da Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro de 2023, com o intuito de aumentar a capacidade de resposta através da contratualização de mais lugares em estruturas geridas pelo setor social. No entanto, o impacto desta medida tem-se revelado insuficiente uma vez que a dimensão do setor social já era limitada face às necessidades de um país que regista uma das maiores taxas de envelhecimento da Europa e do mundo (Ministério da Saúde, 2023). Mais recentemente, a Portaria 256/2023 de 10 de agosto, visa definir novos termos e condições para o processo de referenciação e acompanhamento das pessoas que, por motivos sociais, permanecem internadas após terem alta clínica, nos hospitais do SNS. Assim, passa a ser possível contratualizar vagas a título extraordinário, temporário e transitório com recurso ao setor privado que só deve acontecer após “esgotadas as vagas contratualizadas para o efeito com o setor social e solidário, de acordo com os critérios de proximidade geográfica da pessoa acolhida e da sua família” (Ministério da Saúde e do Trabalho, 2023, p. 77).

Quando outros destinos pós alta estão em causa, nomeadamente no âmbito da resposta do setor social, deve ser considerado o tipo de doente em causa. Um estudo concluiu que o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) parece ser uma melhor ferramenta para reduzir os internamentos inapropriados, uma vez que a maioria dos utentes em risco desta situação, não carece de cuidados suficientemente elevados que justifique o internamento permanente em ERPI (Moura, 2022b). Esta não é uma peculiaridade do estudo em causa, a literatura médica tem enfatizado que nem todos os casos de protelamento de alta são clinicamente complexos (Pellico-López et al., 2019). Adicionalmente, as equipas de SAD são mais flexíveis do que as ERPI, pois a sua resposta pode ser facilmente ajustada em detrimento das flutuações da procura

(Moura, 2022a). O SAD assume a função de complementaridade ao apoio das famílias, que no final do dia, assumem as funções de cuidadores. Assim, os decisores políticos devem ter em consideração que, para reduzir o protelamento de alta, as ERPI e o SAD têm utentes-alvo diferentes e devem, portanto, ter um papel de complementaridade (Ferreira & Espírito Santo, 2018).

A disponibilidade destes serviços tem, portanto, impacto na qualidade de vida, bem-estar e segurança do indivíduo, pelo que estes devem adaptar-se por forma a responder, em tempo útil e com qualidade, a cada situação (Lees-Deutsch et al., 2016).

2.6. Planeamento da alta hospitalar

A literatura internacional indica que a preparação da alta hospitalar requer uma abordagem em equipa multidisciplinar, colocando em linha os profissionais de saúde e os assistentes sociais, através de um método de planeamento de intervenção bem estruturada, personalizada, com continuidade e sistematizada (Lees-Deutsch et al., 2016).

Em Portugal, a Direção Geral da Saúde (DGS) refere que a gestão de altas é um processo promotor de equidade e acessibilidade que inclui a transferência de cuidados gerais para os Cuidados Primários e para a comunidade, a gestão comum de camas para situações agudas e o planeamento da alta hospitalar o mais precocemente possível (DGS, 2012). Assim, as equipas responsáveis devem elaborar o planeamento de alta idealmente imediatamente após internamento hospitalar, com particular urgência para os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança, e para os pacientes em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência (Ministério da Saúde, 2023).

A escala de fragilidade de Edmonton (EFS) prevê a avaliação de fragilidade em idosos, onde avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional (Castro et al., 2023). Adotar métodos de avaliação do grau de dependência do doente pode ser um ponto de partida para o planeamento da sua alta.

Vários países já elaboraram um conjunto de *guidelines* de boas práticas para este procedimento sendo que, no Reino Unido, desde 2004 que o Serviço Nacional de Saúde inglês (NHS) assumiu o compromisso de assegurar para todos os utentes um processo de planeamento de alta a iniciar no dia da sua admissão hospitalar (Wong et al., 2011). Em Portugal, o Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social – para o Planeamento das Altas Hospitalares, foi

promovido com o intuito de orientar a “cooperação entre as entidades com competências de saúde e de apoio social para proporcionar ao cidadão uma efetiva continuidade de cuidados no pós-alta”. Esta publicação sintetiza aspetos gerais de enquadramento e estabelece as regras e procedimentos de articulação entre as Saúde e a Segurança Social, com o objetivo de mitigar o protelamento da alta hospitalar (ACSS & ISS, 2015).

O *Department of Health's guidance for England* refere que o planeamento de alta é um processo e não um evento isolado, que deve ser iniciado o mais rapidamente possível, e no qual se devem envolver os profissionais de saúde, os familiares, os serviços sociais e o paciente (Katikireddi & Cloud, 2009). Identifica-se na literatura o consenso de que o planeamento de alta deve ser iniciado no momento da admissão no hospital e ser revisto ao longo do internamento do paciente (Li et al., 2018). Este é um processo contínuo e frequentemente reajustado que deve envolver todas as partes intervenientes.

Procurando uma maior contenção de custos e gestão eficiente dos recursos disponíveis, revela-se importante pôr em prática um plano efetivo de alta, capaz de agilizar o processo de alta do doente. O planeamento da alta hospitalar pretende garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade, através da identificação e avaliação das necessidades dos doentes, de acordo com parâmetros estabelecidos (ACSS & ISS, 2015).

A alta hospitalar deve, portanto, preparar-se através de um trabalho em equipa, integrando os profissionais da saúde, da segurança social e das instituições de acolhimento, o que correspondendo melhor às necessidades das pessoas, potencia o sucesso da ação e diminui a incidência de internamentos sucessivos (Ministério da Saúde, 2023).

Em suma, a revisão de literatura sobre o protelamento de altas hospitalares sugere que a causa da permanência nas organizações após alta é complexa e multifatorial, com repercussões na saúde e no foro social o que requer uma estrutura administrativa capaz de identificar priorizar as necessidades dos utentes (Manzano-Santaella, 2008).

A necessidade de resolução deste problema é não só uma questão de eficiência e boa gestão dos recursos públicos, mas acima de tudo o compromisso de assegurar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

3. METODOLOGIA

Após uma introdução macro do problema do protelamento de alta hospitalar e enquadramento a nível nacional, propõe-se agora a observação deste tema focando apenas uma organização e o contexto que a caracteriza. Assim, apresenta-se como objeto de análise os dias de protelamento de alta hospitalar no Serviço de Medicina Interna (SMI) do Hospital Garcia de Orta (HGO). Atendendo às graves consequências que o prolongamento indevido dos internamentos tem nos pacientes, profissionais de saúde, organizações, e sistemas de saúde, este problema tem sido alvo de incessante investigação em vários países. Não obstante, após ampla revisão de literatura sobre o tema, apenas se encontrou um estudo sobre o contexto português, com uma abordagem macro a nível nacional.

No entanto, cada hospital tem o seu contexto micro o que justifica uma análise especializada, uma vez que as problemáticas mais específicas poderão beneficiar de soluções ajustadas.

O objetivo principal deste estudo é fazer um diagnóstico da situação do protelamento de alta hospitalar no SMI do HGO e propor potenciais intervenções que visem reduzir os internamentos inapropriados. Por sua vez, os objetivos específicos deste estudo são:

- Fazer a caracterização do HGO e do contexto em que se insere, assim como do Serviço de Medicina Interna;
- Analisar o perfil dos utentes com protelamento de alta;
- Identificar os principais motivos do protelamento de alta hospitalar do SMI do HGO;
- Identificar as principais consequências do protelamento de alta hospitalar do SMI do HGO;
- Propor intervenções para melhorar a situação do protelamento da alta hospitalar no SMI do HGO.

De acordo com os objetivos supramencionados, o estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética do HGO tendo sido disponibilizados os dados solicitados para o efeito.

A base de dados engloba a todos os episódios de protelamento de alta ocorridos no HGO entre 1 de janeiro de 2020 e 30 de setembro de 2023, proveniente do sistema de informação do Hospital. Esta base de dados contém informação sobre:

- Uteute (ID anonimizado)
- Dados demográficos (idade e sexo)

- Dados de residência (freguesia)
- Data de admissão
- Dias de protelamento de alta
- Motivo do protelamento (e.g., Aguarda apoio social/Familiar, Aguarda admissão RNCCI, Clínico, etc.)
- Destino pós alta (e.g., RNCCI, exterior não referenciado, abandono, consulta externa, serviço de internamento, etc.)
- Data da alta clínica
- Data da alta administrativa

O tempo de internamento em hospitais é frequentemente utilizado como um indicador de eficiência, ou seja, uma estadia mais curta reduz o custo por alta e transfere os cuidados de internamento para ambiente pós-agudo menos dispendioso (OECD, 2023). Além disso, esta medida é um dos principais indicadores de desempenho, amplamente utilizado para avaliar a eficiência hospitalar. É, portanto, uma das áreas de análise os dias de protelamento de alta e o seu peso no tempo total de internamento dos utentes. Desta forma, temos que o tempo de internamento, LOS (Length of stay), resulta do tempo da estadia do paciente i (em dias), que foi internado no hospital no mês t (Moura, 2022a). Esta medida é calculada através da soma do tempo adequado de internamento hospitalar e do período de protelamento da alta. A variável do tempo de protelamento da alta, irá permitir apurar o tempo indevido que os doentes permanecem internados, ou seja, após a data da alta clínica.

A base de dados foi sujeita a um diagnóstico de qualidade dos dados, tendo sido desconsiderados para efeitos de análise de dados os registos com informação indubitavelmente.

4. RESULTADOS

4.1. Apresentação e caracterização da Organização

O Hospital Garcia de Orta, EPE é um hospital público dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial por se tratar de uma Entidade Pública Empresarial (EPE). Pertence ao Setor Empresarial do Estado e está classificado como Hospital Central, o único na margem sul do Tejo, estatuto adquirido devido ao crescente desenvolvimento e grau de diferenciação (HGO, História do HGO, 2023). Em 2024, passou a designar-se Unidade Local de Saúde Almada-Seixal (ULSAS), com o propósito da integração vertical dos cuidados ao doente.

O HGO, no cumprimento da sua missão, assegura “a cada doente, os cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e, numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo as áreas de ensino, formação e investigação, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente” (HGO, Plano de Atividades e Orçamento , 2023).

O HGO iniciou a sua atividade em 1991 servindo, à data, os concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, o que correspondia a cerca 296 mil habitantes. Nas duas décadas seguintes, verificou-se um acréscimo considerável de população, cerca de 30% mais residentes no total dos três concelhos. Assim, tendo em vista a distribuição mais equitativa da população pelas estruturas hospitalares, os Hospitais da Península de Setúbal viram as suas áreas de influência direta redefinidas. Atualmente, a área de influência abrange as populações dos concelhos de Almada e Seixal, tratando-se de cerca de 350.000 habitantes, sendo que podem acrescer os que resultam do estatuto de Hospital Central como, por exemplo, aquando da referenciação na área da Neurocirurgia (HGO, Plano de Atividades e Orçamento , 2023). Nestes casos, o HGO serve toda a Península de Setúbal e, em certos períodos, chega a assegurar a Urgência Metropolitana de Lisboa (HGO, História do HGO, 2023).

A capacidade instalada do Hospital é de 545 camas e trabalham no hospital mais de 2900 colaboradores (HGO, História do HGO, 2023).

Segundo o Regulamento Interno do HGO em vigor, o Hospital integra 13 serviços/unidades médicas, 11 cirúrgicas, quatro serviços na área materna e infantil, seis na área da urgência/emergência/ambulatório e sete serviços clínicos na área dos MCDT, a que se soma o Serviço de Saúde Ocupacional.

O HGO diferencia-se por ter quatro Centros de Responsabilidade Integrada (**CRI**) (Dermatologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Medicina Nuclear) e dois Centros de

Referência (**CRe**) reconhecidos: Neurorradiologia de intervenção e, ainda, na área de Oncologia de Adultos (Cancro do Reto) (HGO, Plano de Atividades e Orçamento, 2022). Os **CRIs** distinguem-se pela sua capacidade de resposta, maior nível de produção (através da realização de um maior número de atos clínicos) e diferenciação de procedimentos clínicos no SNS.

Relativamente ao **contexto interno e externo** do HGO, é relevante salientar alguns fatores de grande importância por condicionarem a atividade do Hospital:

- A Pandemia da Covid19 que obrigou à reestruturação de determinados serviços e dos circuitos dos doentes, sendo que muitos ainda não regressaram à sua organização pré pandemia;
- As guerras internacionais, que trazem consequências económico-financeiras mas também sociais;
- A inflação generalizada, que leva ao aumento dos preços dos bens e serviços que, consequentemente, aumenta os gastos operacionais do Hospital;
- O ataque informático de que o hospital foi alvo em abril de 2022 e impossibilitou o acesso aos sistemas de informação clínicos, de apoio clínico e de gestão administrativa, condicionando a atividade assistencial;
- A nomeação de um novo Conselho de Administração (CA) para o triénio 2022-2024, que traz mudanças ao nível organizacional;
- E ainda, a escassez de profissionais que tem afetado sobretudo algumas especialidades, como a falta de médicos anestesistas e internistas, mas também alguns constrangimentos na contratação de novos enfermeiros.

O HGO apresenta, ainda, uma forte componente de formação, ensino e investigação, através do Centro Garcia de Orta (CGO) que dinamiza e orienta tais atividades, inclusive a aprovação concedida para a realização do presente estudo, consoante a autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do Hospital.

A população dos concelhos de Almada e Seixal está maioritariamente inscrita nas Unidades de Saúde Familiar da ULSAS, previamente ACES Almada.Seixal, dos quais apenas 85,11% dispunham de médico de família atribuído em outubro de 2023 (SNS, 2023). Recentemente os cálculos apontam para 30 mil utentes sem Médico de Família, após a recente criação da ULS Inovar, que se encontra em fase de crescimento e se estima venha a absorver mais cerca de 20 mil utentes sem Médico de Família.

4.2. Área de Referenciação do HGO

A população que serve é maioritariamente urbana, dos concelhos de Almada e Seixal, de 344 mil habitantes segundo os censos de 2021. Esta população distribui-se pelas freguesias do Concelho de Almada, da Costa da Caparica, União das freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas, União das freguesias de Caparica e Trafaria, União das freguesias de Charneca de Caparica e Sobreda e União das freguesias de Laranjeiro e Feijó. Já ao Concelho do Seixal pertencem as freguesias de Amora, Corroios, Fernão Ferro e União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires.

O HGO, tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos, no âmbito das responsabilidades e capacidades, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas. No cumprimento da sua missão, assegura, a cada doente, os cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e, numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo as áreas de ensino, formação e investigação, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente.

A governação clínica do HGO é por excelência o processo de integração, de capacidades e competências, que visam obter os melhores resultados para o doente. A sua estratégia assenta na consolidação de um modelo assistencial, dinâmico e eficaz, permitindo responder com eficiência às expectativas de acessibilidade dos cidadãos. Alicerça-se nas políticas nacionais, tendo presentes os seguintes vetores estratégicos:

- Melhorar a qualidade e a complementaridade de cuidados;
- Melhorar a acessibilidade;
- Alcançar a sustentabilidade;
- Melhorar as infraestruturas gerais e assistenciais;
- Articular com a rede de cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados.

Os parceiros que articulam os cuidados de saúde à população que o hospital serve são os cuidados de saúde primários (CSP). Estes são a base do SNS garantindo a prevenção da doença, promoção da saúde e prestação de cuidados de saúde numa perspetiva de continuidade de cuidados e de articulação com outros serviços de saúde e da comunidade.

Os agrupamentos de centros de saúde (ACES) entidades do SNS com autonomia administrativa para prestar cuidados à população de uma determinada área geográfica integrando unidades funcionais de diferentes tipologias com autonomia organizativa e técnica para a prestação de cuidados específicos: Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

A população dos concelhos de Almada e Seixal, de acordo com os dados do Registo Nacional do Utente, está maioritariamente inscrita no ACES Almada/Seixal, num total de 367.460 utentes inscritos em janeiro de 2023, dos quais 55 mil utentes, não dispõem de médico de família atribuído. Esta população é constituída por 23,04% crianças e jovens e 35,2% idosos, sendo o índice de dependência é de 58,24% (SNS, 2023).

4.3. Serviço de Medicina Interna do HGO

A Medicina Interna é uma das grandes especialidades hospitalares, sendo uma especialidade generalista dedicada a tratamentos “médicos” (não cirúrgicos), que se distingue da Medicina Geral e Familiar por ser exclusivamente dedicada a doentes adultos, vocacionada para a complexidade e por ser predominantemente hospitalar (SMPI, n.d.). Ao contrário da maioria das especialidades, que se definem por se dedicarem a um determinado órgão ou sistema (ex: Cardiologia, Endocrinologia), ou a um determinado tipo de doenças (ex: Oncologia), a Medicina Interna define-se como uma especialidade “mais de doentes do que de doenças”. Ou seja, o internista é um médico que dedica a sua atenção à pessoa como um todo e que se distingue pela capacidade de abordagem clínica exaustiva de cada doente.

Os doentes que têm alta do Serviço de Medicina estão, na sua grande maioria, aptos a recuperar alguma da sua autonomia no seu domicílio, com a ajuda da família. Neste sentido, a equipa multidisciplinar tem um papel fundamental no ensino, orientação e na preparação ao doente e família, com o objetivo de os ajudar a ultrapassar os obstáculos e dificuldades, respondendo às necessidades e dúvidas que poderão surgir no domicílio, reduzindo desta forma os dias de protelamento de alta.

Tem-se vindo, portanto, a verificar nos últimos anos um aumento da percentagem de dias de Internamentos Inapropriados no serviço Medicina Interna (APAH & EY, 2023).

O Serviço de Medicina do HGO tem uma lotação efetiva de 68 camas, distribuídas por três áreas distintas, que se convencionou designar por Medicina I, Medicina II e Medicina III. Quatro camas do espaço de Medicina I estão afetas exclusivamente a cuidados intermédios –

Unidade Médica Diferenciada. Estão incluídas no espaço físico da área de Medicina II, as três camas do Serviço de Dermatologia que são ocupadas por doentes de Medicina quando não há necessidade de internamento de doentes daquela especialidade (ULS Almada Seixal, 2024).

O SMI do HGO presta assistência a doentes de outros serviços, uma vez que se trata de uma atividade assistencial, tanto eletiva como de urgência, dirigida a doentes internados nos diversos serviços do hospital, principalmente cirúrgicos, efetuada a pedido dos respetivos Serviços, por escala pré-definida pelo serviço de Medicina. Assim, qualquer ineficiência, como o protelamento da alta hospitalar, que afete o SMI terá impacto generalizado em todo o HGO, nomeadamente no Serviço de Urgência Geral (SUG).

Apesar do SMI do HGO ser um serviço de ação médica, existem serviços de suporte técnico à prestação de cuidados de saúde que integram a área clínica e apoiam o SMI, nomeadamente o Serviço Social e o Serviço de Apoio à Gestão do Internamento, onde se inclui a equipa de gestão de altas (EGA).

A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no SNS, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI (Diário da República, 2017). O processo inicia-se com a equipa clínica e o técnico de serviço social que, em conjunto, sinalizam os casos à EGA que, posteriormente, avalia se o doente reúne critérios e encaminha para a coordenação do RNCCI do distrito, enviando uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local da área de residência do doente/família (Diário da República, 2017).

As Huddles são sessões de informação regulares e de curta duração concebidas para proporcionar aos profissionais da linha da frente e aos cuidadores um momento de partilha de problemas e identificar soluções. A implementação destas reuniões diárias poderá ter um impacto positivo na prestação clínica e segurança do paciente, com a identificação e melhoria de problemas, o incentivo ao trabalho em equipa, a colaboração e comunicação entre profissionais e departamentos. Através destas rápidas reuniões diárias, os membros da equipa podem manter-se informados, rever casos clínicos, assim como elaborar um plano para garantir um atendimento coordenado e de qualidade ao paciente (Lin et al., 2022).

O SMI do HGO adotou a realização de *Huddle Meetings* com o intuito de acelerar o processo da alta administrativa e minimizar o protelamento das altas hospitalares. Nestas reuniões de curta duração e com periodicidade diária, a equipa clínica, composta por médicos e enfermeiros, discute em conjunto com o administrador hospitalar do SMI, os casos clínicos dos utentes que estão aptos a ter alta de forma a antecipar possíveis entraves à efetivação da mesma.

4.4. Diagnóstico do protelamento de alta no HGO

Com base na análise dos dados obtidos foi realizado o diagnóstico da situação de protelamento de alta do HGO, procurando perceber a percentagem correspondente ao SMI e posterior análise do perfil dos seus utentes. Para efeitos do presente estudo, entende-se por dias de protelamento da alta hospitalar “todos os dias que um doente passa no hospital quando já tem alta clínica e não existe um motivo de saúde que justifique a sua permanência em ambiente hospitalar” (APAH & EY, 2023, p. 27), ou seja, um internamento de carácter inapropriado.

Foram obtidos os dados dos utentes cuja duração do internamento tenha registado dias de protelamento de alta. À data que os dados foram solicitados o ano de 2023 ainda não tinha terminado, pelo que apenas foi possível obter a totalidade dos casos até setembro de 2023. De forma a permitir a leitura dos dados e comparabilidade entre anos foi realizada uma estimativa anual, extrapolando os dados dos 9 meses existentes. Desta forma, o ano de 2023 surge sinalizado com asterisco de forma a indicar esta situação, quando não usados os dados reais.

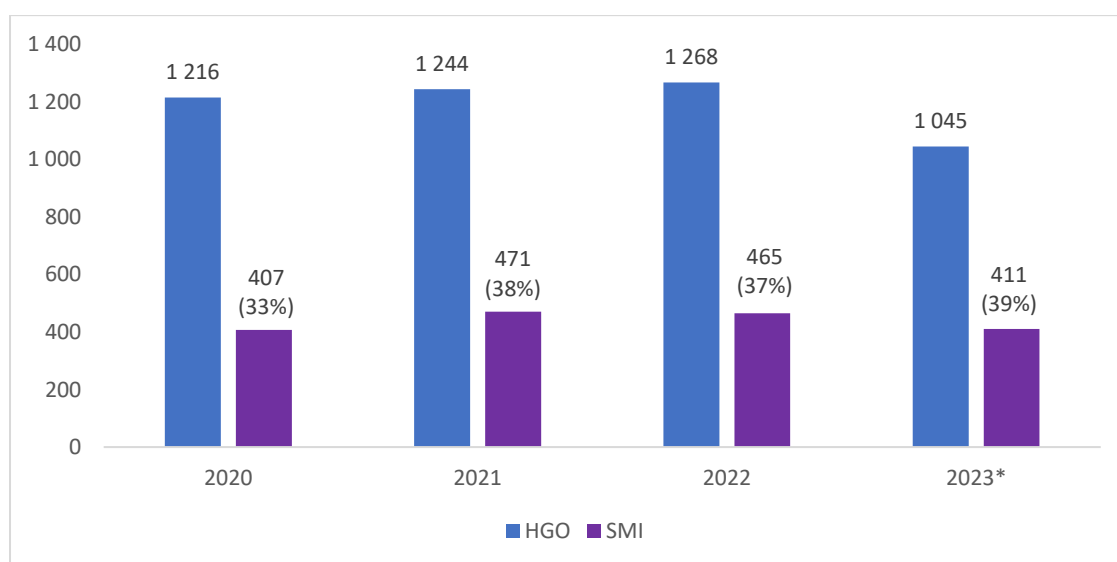


Figura 8 - Nº utentes com protelamento de alta

Entre janeiro de 2020 e setembro de 2023, foram registados 4.512 episódios de utentes com protelamento de alta no HGO. Do total de casos, 1.764 eram doentes internados no SMI, o que se traduz num peso de 33% em 2020, 38% em 2021, 37% em 2022 e 39% em 2023. Verificou-se um crescimento do número global de casos de altas proteladas (Figura 8).

O número mais reduzido observado em 2023, poderá ser justificado por se tratar de uma estimativa e não incluir os números reais dos últimos meses do ano que, pela observação mensal

dos casos dos anos anteriores, são meses em que se regista um maior número de casos de protelamento de alta e é também uma altura de afluência global mais elevada nos hospitais. Assim, tal como observado no panorama nacional, também no HGO este é o Serviço Médico que reúne mais episódios.

4.4.1. Perfil do Paciente

Ao detalhar o perfil do paciente do SMI do HGO com protelamento de alta entre 2020 e 2023, identificamos que cerca de 57% dos utentes do SMI com protelamento de alta são do sexo feminino (Figura 9). A tendência observada de utentes deste género está de acordo ao observado no panorama nacional.

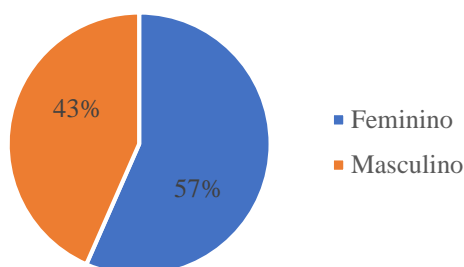


Figura 9 - Género dos utentes

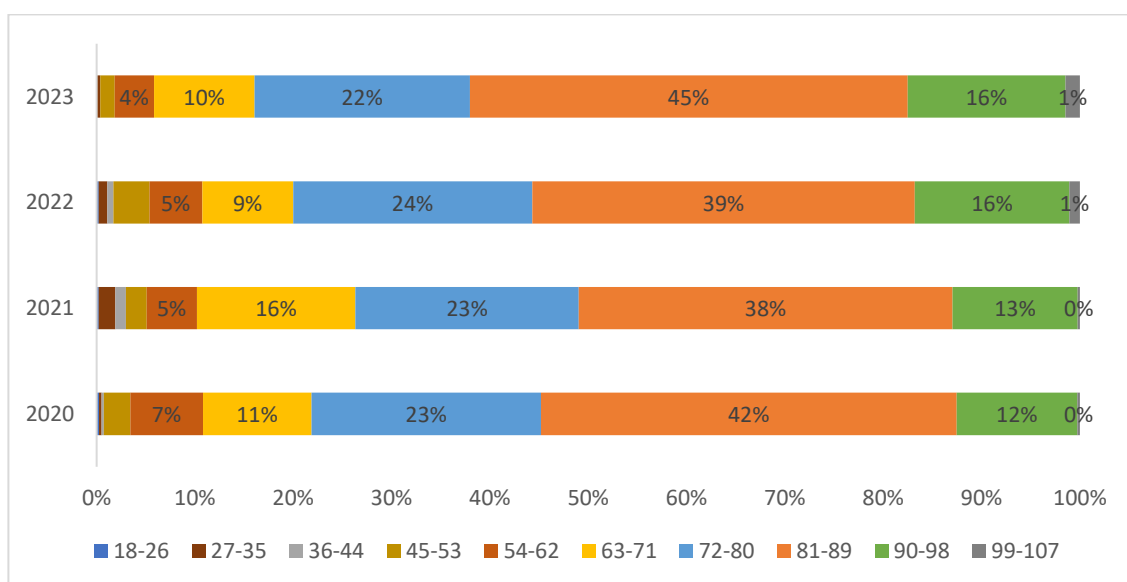


Figura 10 - Intervalos de idade dos utentes

A faixa etária predominante dos utentes com protelamento de alta, compreende as idades entre os 80 e os 90 anos (Figura 10). Considerando a análise por ano, não se verificam alterações significativas na faixa etária predominantes dos utentes com protelamento de alta (Figura 10).

A idade média dos utentes é de 79 anos, sendo que metade dos utentes tem no máximo 82 anos. A idade mais comum entre os utentes com protelamento de alta do SMI é de 87 anos, sendo que 25% tem mais de 87 anos.

A maioria dos utentes, superior a 90% dos casos, reside no distrito de Setúbal. Os concelhos predominantes de residência dos utentes considerados na base de dados em análise, são os concelhos de Almada e Seixal, o que é expectável dada que esta é a área de influência do HGO. Assim, temos 53% dos utentes com protelamento de alta do concelho de Almada e 36% do concelho do Seixal. Foram registados ainda alguns casos do concelho de Sesimbra, embora estes utentes correspondam a uma percentagem residual de 1%. Lisboa é o segundo distrito com maior predominância, cujo peso dos utentes deste distrito aumentou ligeiramente durante o período da pandemia, com mais de 60 casos entre 2020 e 2022, muito provavelmente devido ao movimento de deslocação das pessoas para as suas segundas habitações no período de isolamento e predominância do teletrabalho, ou também na altura de verão.

4.4.2. Duração do protelamento da alta hospitalar

De forma a analisar a duração do protelamento da alta hospital é necessário compreender o impacto que o atraso da alta tem na duração total do internamento de cada paciente.

Entre os dados obtidos para este estudo contamos com a data de internamento (**admission dates**), a data da alta clínica (**ready-for-discharge dates**) e a data da alta administrativa (**actual discharge dates**). Através destes dados é possível calcular os seguintes períodos temporais que nos permitem tirar conclusões quanto à ocorrência e duração do protelamento de alta hospitalar:

- **LAS (length of appropriate stay)** – tempo que decorre entre a data de internamento e a data da alta clínica (ready-for-discharge date), ou seja, quando o utente já não requer a especialização de cuidados prestados em internamento médico.
- **LOD (length of delay)** – tempo que decorre entre a data alta clínica e a data da alta efetiva, ou seja, é a duração do protelamento de alta.
- **LOS (length of stay)** – duração total do internamento (LAS + LOD);

Ao efetuar o cálculo destas medidas, foi possível concluir que, entre 2020 e 2023, foi registado um total de 9.216 dias de protelamento de alta (LOD) no SMI do HGO, o que corresponde a 30% do total dos dias de protelamento registados no Hospital neste período. Considerando a duração total do internamento (LAS+LOD), concluimos que os dias de protelamento (LOD) têm vindo a ter um peso crescente. Em 2020 registaram-se 2.280 dias de LOD, o que corresponde a 22% da duração total do internamento, em 2021 foram 1.862, evidenciando uma queda para 18%, que se atribui à Pandemia COVID-19 que veio pressionar a efetivação das altas hospitalares, em 2022 observou-se 3.207 dias de LOD (26%) e em 2023, a estimativa de 2.801 dias de LOD corresponde a um peso de 26% no tempo total de internamento (Figura 11).

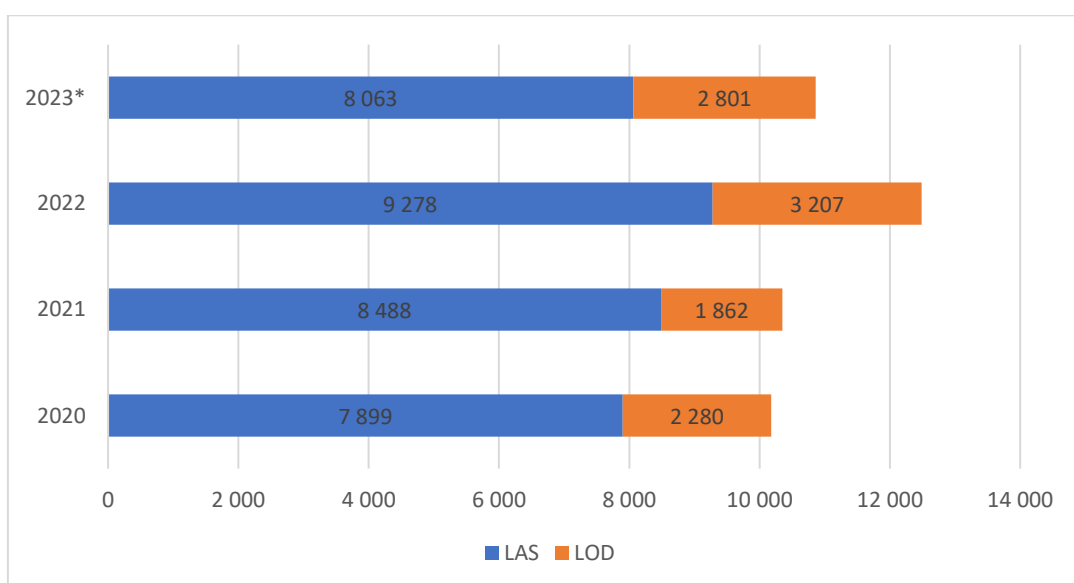


Figura 11- Peso dos dias de protelamento de alta no tempo total de internamento

Importa ir além do número total do LOD e observar a sua duração e comportamento no sentido de compreender o grau de complexidade e extrair informação quanto ao motivo da permanência dos utentes após alta clínica.

Ao analisar o LOD registado entre 2020 e 2023, o protelamento de alta prolonga-se, em média, por 6 dias. A maioria dos utentes permanece um dia a mais no serviço após ter tido alta clínica, e metade dos utentes permanece, no máximo, 2 dias antes de abandonar o hospital, ou seja, até à data da alta efetiva. Um quarto dos utentes registou 5 ou mais dias de protelamento de alta, sendo que o valor máximo de LOD observado foi de 163 dias.

Relativamente ao número de episódios de acordo com a duração do LOD, observamos que do total de 1.764 utentes com protelamento de alta entre 2020 e 2023, 720 apenas permaneceram indevidamente no hospital por mais um dia, e 495 utentes tiveram entre 2 a 5

dias de protelamento de alta (Figura 12). O LOD com duração até 5 dias representa 68% do total dos episódios.

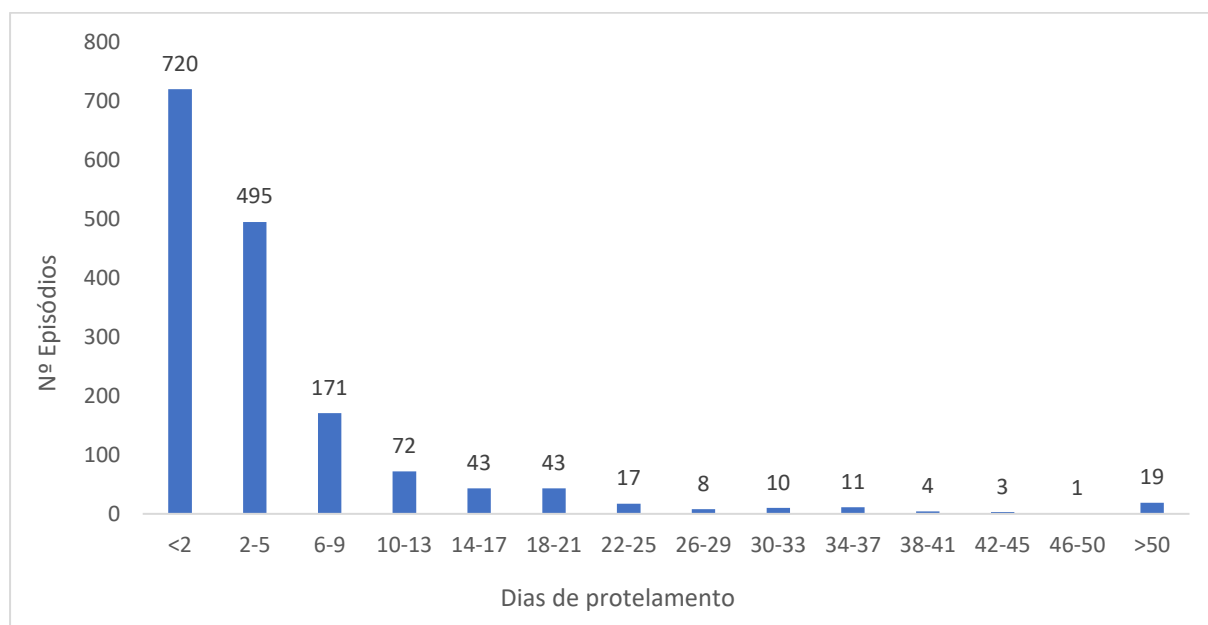


Figura 12 - Nº de episódios de acordo com a duração do protelamento de alta entre 2020 e 2023

Já num grau de maior complexidade, por norma os denominados “casos sociais”, 231 utentes registaram 10 dias ou mais de protelamento de alta. O caso com maior duração de protelamento registado foi de 163 dias, associado a um motivo legal.

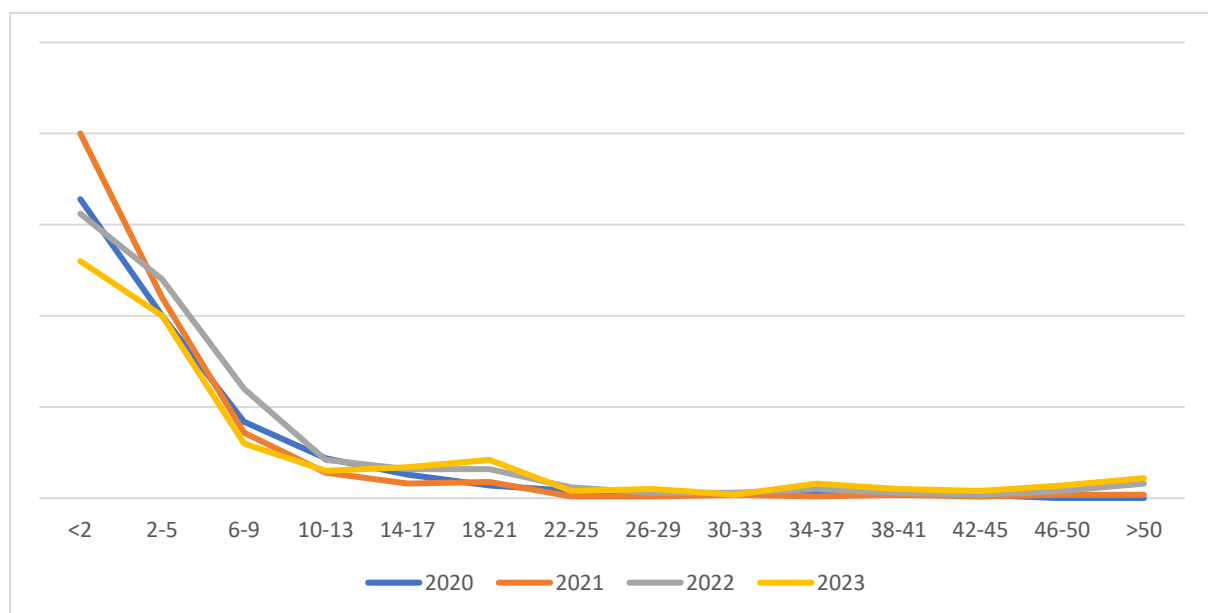


Figura 13 - Nº de episódios de acordo com a duração do protelamento de alta por ano

Ao fazer esta análise por ano, é possível observar uma tendência de crescimento no LOD, uma vez que os episódios com mais dias de protelamento aumentaram entre 2020 e 2023 (Figura 13 a 16).

Esta observação poderá evidenciar uma crescente complexidade dos episódios ou, que os motivos que levavam a um protelamento de curta duração já não se registam tanto em 2022 e 2023. É o que se pretende analisar no próximo subcapítulo.

4.4.3. Motivos

Identificar os motivos que estão na origem do protelamento de alta é essencial para que se possam apontar medidas de combate e eventuais soluções.

Os motivos do protelamento de alta são inseridos em sistema pela equipa clínica aquando da ocorrência do protelamento e após terem sido identificadas as causas e o perfil do paciente. Sendo esta uma variável qualitativa, os valores apresentados incluem os números reais de 2023, uma vez que não é possível realizar uma expectativa anual.

Foram registados 10 diferentes motivos para os casos de protelamento de alta que ocorreram no SMI do HGO entre 2020 e 2023. Os motivos que originam o maior número de dias de protelamento são: Aguarda admissão na RNCCI (3.365 dias), Aguarda apoio social/Familiar (2.998 dias) e Aguarda admissão ERPI/Seg Social (1.177 dias) (Figura 17).

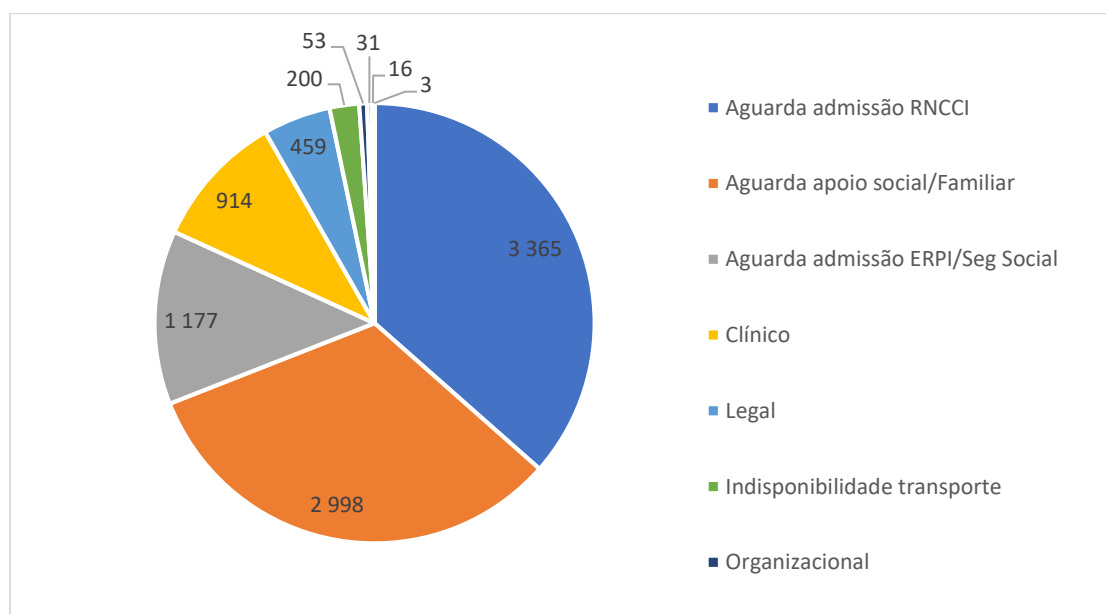


Figura 14 - Motivos do protelamento de alta por dias agregado entre 2020 e 2023

Esta observação vai de encontro à situação nacional, onde os mesmos motivos surgem no top das causas, tal como referido na revisão de literatura.

Os resultados observados vão de encontro ao cenário nacional, uma vez que também a “falta de resposta da RNCCI” é a principal causa para o protelamento das altas, seguida da “incapacidade de resposta de familiar ou cuidador” e “Aguarda resposta admissão na ERPI”. Ou seja, o SMI do HGO é uma amostra fidedigna do problema do protelamento da alta hospitalar quando enquadrado na situação macro do SNS.

Complementarmente, se analisarmos os motivos por ano, conseguimos verificar uma tendência de mudança, com o peso dos principais motivos a variarem face ao número total de dias de protelamento. Assim, é possível observar que o motivo “Aguarda apoio social/Familiar” tem vindo a ganhar mais expressão em 2022 e 2023, o que se poderá relacionar com maiores dificuldades e constrangimentos que as famílias enfrentam na sequência da inflação (Figura 18). Contrariamente, os dias de protelamento associados à RNCCI e a fatores do foro clínico têm vindo a diminuir (Figura 18).

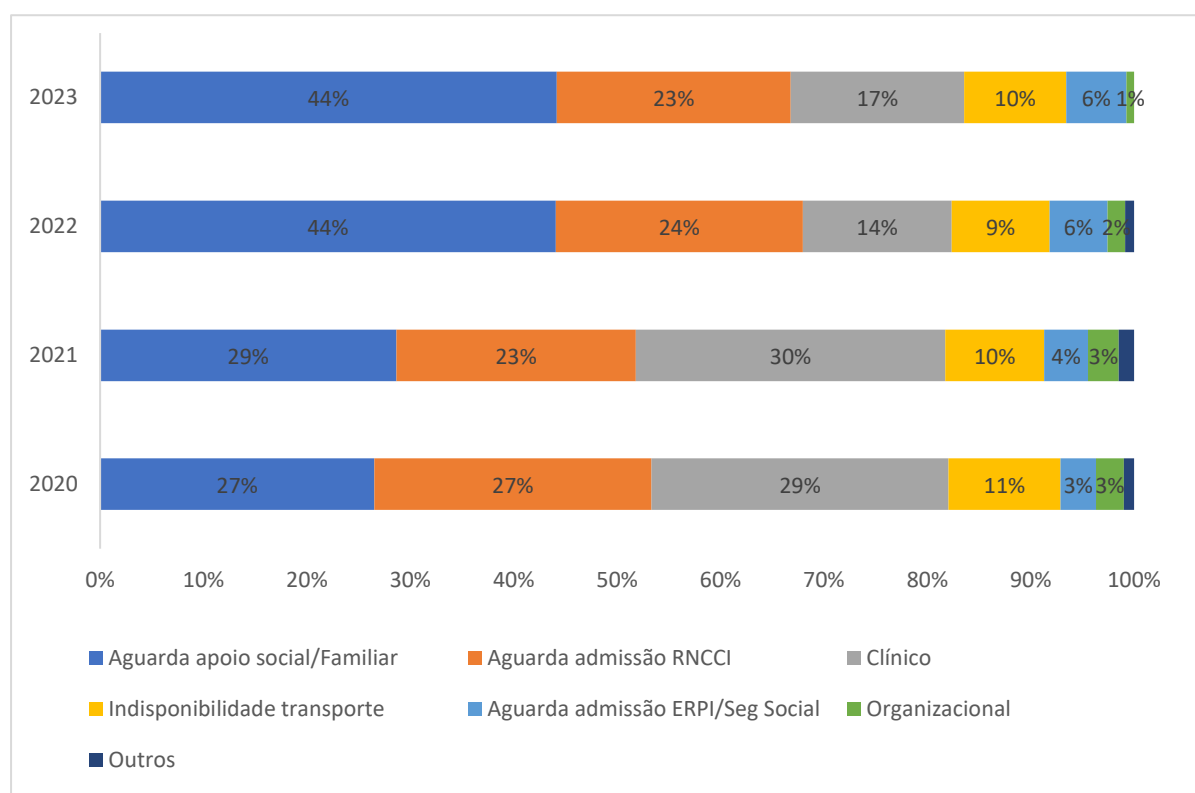


Figura 15 - Motivos do protelamento de alta por ano

Uma vez que os episódios com até 5 dias de protelamentos de alta são os que reúnem mais observações, importa perceber quais os motivos que lhes estão associados. Desta forma,

identificamos que os internamentos com menos dias de protelamento se devem essencialmente a motivo “clínico” e “aguarda apoio social/Familiar”.

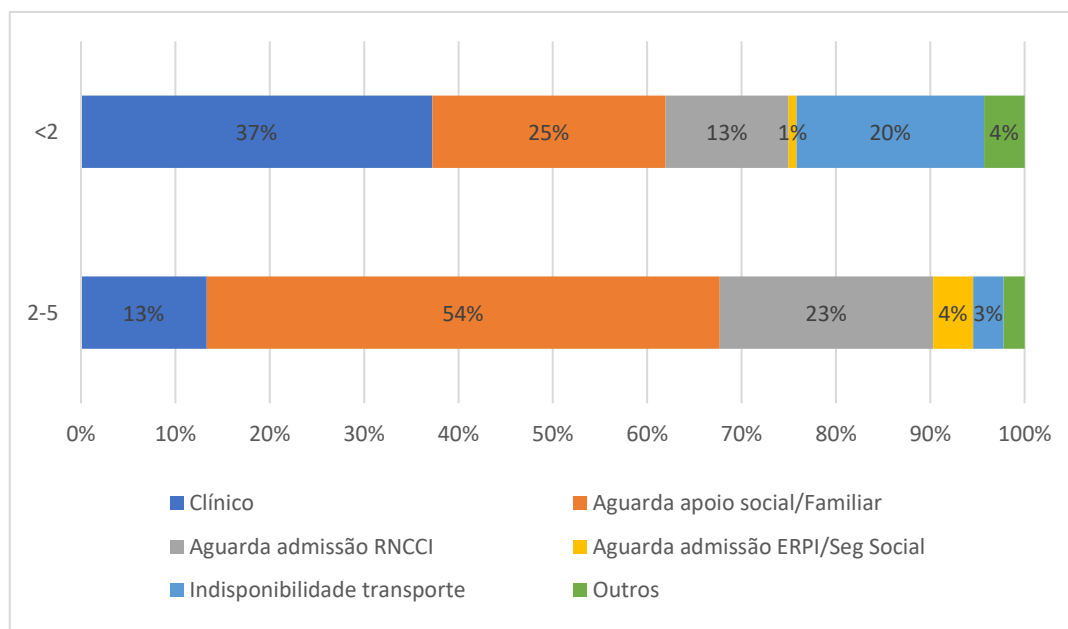


Figura 16 - Motivos do protelamento de alta inferior a 5 dias

Verifica-se que o motivo “clínico” é o principal responsável pelos episódios com menos de 2 dias de protelamento (Figura 16). Esta observação justifica o facto dos internamentos com menor duração de LOD terem vindo a diminuir, como se concluiu no subcapítulo anterior, visto que este motivo se registou menos vezes em 2022 e 2023 (Figura 15).

O conjunto de motivos de protelamento de alta referidos, apresentam níveis de complexidade diferentes, o que influencia a sua resolução. Os casos relacionados com motivos organizacionais prendem-se principalmente com utentes que são transferidos de unidade, nomeadamente para os hospitais da sua área de residência, ou que não dispõe de transporte próprio para regressar ao domicílio.

Já os casos de protelamentos de alta relacionados com motivo “clínico”, surgem em doentes que são avaliados por outros serviços que não apenas o serviço onde se encontram internados, neste caso o SMI. Esta causa é origem de atrasos de menor duração, uma vez que dizem respeito à espera pelo resultado de análises complementares ou pela comunicação entre serviços clínicos, no caso de haver necessidade de observação e parecer de outras especialidades para além daquela do serviço de internamento.

Registaram-se, ainda, 7 utentes cujo protelamento de alta teve duração superior a 100 dias. Estes casos de maior duração estão associados a motivos de maior complexidade,

nomeadamente de carácter legal. Estas situações surgem, sobretudo, em idosos dependentes para os quais é necessário solicitar o estatuto de maior acompanhado, uma vez que não estão cognitivamente íntegros, sendo necessário nomear alguém responsável por eles, visto que não são capazes de se gerir a si, nem aos seus bens.

É possível concluir que o motivo do protelamento depende em larga escala da situação socioeconómica e familiar de cada paciente, pelo que é essencial analisar o perfil do paciente para que a equipa clínica consiga procurar soluções para efetivar a alta e eventualmente antecipar casos de maior dificuldade e com potencial de protelamento.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÕES PARA REDUZIR O PROTELAMENTO DE ALTA DO SMI DO HGO

Com base nas problemáticas chave identificadas na revisão de literatura e nos resultados observados através dos dados do HGO, procura-se apontar propostas de solução eficazes na redução do protelamento da alta hospitalar, que se abordam de seguida.

A literatura consultada refere que nem todos os casos de protelamento de alta são necessariamente clinicamente complexos, pelo que algumas soluções são meramente de carácter organizacional e de gestão.

Motivo	Peso (LOD)	Dias Protelamento (LOD)	Peso (Episódios)	Nº Episódios	Propostas intervenção
Aguarda admissão RNCCI	37%	3 365	24%	391	Aumentar capacidade de resposta e internamento da RNCCI; Antecipar o processo de referência à RNCCI; Planeamento altas mais atempado e rigoroso;
Aguarda apoio social/Familiar	33%	2 998	35%	569	Envolvimento das famílias na alta e capacitação do Cuidador; Huddle meetings que incluam mais especialidades e áreas de suporte do hospital (serviço social); Aumentar capacidade do Apoio Domiciliário e integração com a ULS; Planeamento altas mais atempado e rigoroso; Estatuto Cuidador Informal.
Aguarda admissão ERPI/Seg Social	13%	1 177	5%	76	Aumentar capacidade de resposta das ERPI; Antecipar o processo de referência; Planeamento altas mais atempado e rigoroso;
Clinico	10%	914	23%	371	Melhorar articulação e comunicação entre serviços clínicos; Aumentar rapidez resultados exames e MCDTs; Planeamento altas mais atempado e rigoroso;
Indisponibilidade transporte	2%	200	10%	160	
Legal	5%	459	0%	5	
Organizacional	1%	53	2%	35	
Recusa doente	0%	31	0%	4	
Companhia Seguros	0%	16	0%	3	
Retorno Hosp área residência	0%	3	0%	3	
Total Geral	100%	9 216	100%	1 617	

Tabela 1 - Proposta de intervenções consoante o motivo de protelamento de alta

É amplamente comprovado que os tempos de internamento são determinantes para uma boa gestão dos hospitais. O protelamento da alta hospitalar compromete estes tempos, principalmente porque o paciente internado já não carece daquele nível de cuidados.

O trabalho multidisciplinar é indispensável na gestão dos tempos de internamento e no planeamento das altas não sendo este processo da responsabilidade exclusiva da equipa clínica em hospital. Neste sentido, uma das propostas de intervenção para reduzir o protelamento de alta hospitalar no SMI do HGO passa por incluir nas *Huddle meetings* profissionais de outras áreas de suporte do hospital, nomeadamente os assistentes sociais, uma vez que estes profissionais são o elo de ligação ao serviço social e às respostas que este setor oferece.

O planeamento da alta hospitalar, abordado num dos subcapítulos deste trabalho, prevê a transição para uma unidade que preste um nível de cuidados adequados à situação clínica de cada doente. Este planeamento é fundamental e engloba uma avaliação diagnóstica multidisciplinar para o posterior encaminhamento adequado à situação de cada pessoa, conduzindo a maior satisfação do utente e a uma eficaz adesão à solução encontrada.

A integração dos diversos níveis de cuidados de saúde proporciona aos doentes um percurso sem demoras desnecessárias, pelo que importa garantir que os doentes são tratados no tempo certo e no local adequado. Desta forma, é possível evitar o congestionamento provocado pelos internamentos inapropriados, melhorando o *patient flow* do hospital e os tempos de espera.

Para tal, é indispensável a interligação com os cuidados de saúde primários e o apoio domiciliário de forma a evitar novos internamentos, e/ou para os concretizar mais precocemente, encurtando o tempo de internamento e potenciais protelamentos de alta.

Este é um caminho que já se iniciou com a recente reorganização dos cuidados de saúde através da criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) que integram numa mesma entidade os cuidados prestados pelos centros de saúde e pelos hospitais. Esta integração pretende simplificar os processos e incrementar a articulação entre equipas de profissionais de saúde, promovendo a troca de informação entre os médicos do hospital e dos cuidados de saúde primários, aumentando a autonomia de gestão, maximizando o acesso e a eficiência do SNS. Desta forma, é indispensável o envolvimento dos assistentes sociais e da própria família do paciente.

Outra prioridade na resolução do protelamento de alta, prende-se com os processos de referenciação nos casos em que se verifica a necessidade de cuidados continuados. Quanto mais cedo for feita a referenciação poderá encurtar o tempo de espera de colocação dos doentes nos e, por sua vez, a redução dos dias de protelamento, uma vez que este é o maior entrave à efetivação das altas segundo observámos na literatura e nos resultados deste estudo. Os longos tempos de espera devem-se, sobretudo, ao número insuficiente de camas da RNCCI e aos longos períodos de internamento nestas unidades, pelo que é preciso aumentar a capacidade de resposta, de forma a admitir mais utentes. Tendo em conta os longos tempos de espera para admissão na RNCCI, seria benéfico permitir o recurso a um acolhimento temporário e transitório em ERPI ou Lar Residencial enquanto aguarda a colocação na RNCCI, libertando uma cama de internamento em hospital.

Complementarmente, o aumento do número de altas com apoio domiciliário e familiar é a alternativa mais rápida e segura para a grande maioria dos utentes. A literatura apresenta o SAD como uma melhor ferramenta para reduzir o protelamento de alta uma vez que a maioria dos

pacientes de risco de internamento inapropriado não tem necessidade de cuidados suficientemente elevados que justifiquem beneficiar dos cuidados em ERPI ou RNCCI. Esta deverá ser uma prioridade política no melhoramento dos cuidados e no alívio da pressão dos hospitais e dos Cuidados Continuados, dada a atual incapacidade de resposta do SAD e a indisponibilidade de muitas famílias em prestar apoio a idosos ou doentes semiautónomos.

Desde cedo os familiares devem ser chamados e orientados para colaborar na prestação de cuidados no seu contexto familiar tornando-se, assim, elementos indispensáveis na equipa de prestação de cuidados de saúde. A literatura, no entanto, afirma que os familiares não se sentem apoiados neste processo. É importante que a capacitação do cuidador seja vista como um caminho seguro para se obterem melhores resultados na reabilitação, níveis superiores de autonomia e diminuição de custos e reinternamentos. Neste âmbito, deve ser também referida, a importância que o reconhecimento do estatuto de cuidador informal pode representar no combate ao protelamento de alta por indisponibilidade familiar, ou seja, nos casos em que a alta para o domicílio se torna inviável pela indisponibilidade dos familiares em prestar assistência. Assim, maior celeridade no processo de reconhecimento do estatuto do cuidador informal, com um conjunto de normas mais flexíveis que regulem os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada.

No entanto, os estudos já realizados sobre esta temática demonstram que os cuidadores informais raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação e apoio para os cuidados. Desta forma, é importante que os familiares integrem o processo de planeamento da alta e que haja partilha de informação por parte dos profissionais. As equipas de enfermagem devem, portanto, efetuar o ensino de cuidados de higiene, estratégias para alimentação (tipo de alimentos e consistência), alimentação por sonda naso-gástrica, estratégias para mudança de fralda, etc. O objetivo é que o cuidador/pessoa de referência se sinta seguro para prestar cuidados no domicílio, desmistificando o "cuidar".

Num cenário de recursos limitados, uma gestão e planificação das altas hospitalares permite otimizar os recursos disponíveis. Esta é já uma prática habitual de grande parte dos hospitais, contudo, a implementação de diretrizes gerais pode auxiliar na orientação das equipas clínicas e na uniformização de boas práticas nos hospitais do SNS, contribuindo para que o processo de planeamento da alta e de referenciação se inicie o mais cedo possível e envolva todas as partes necessárias. Cabe ao governo a regulação desta cooperação institucional, o que aliás já levou à elaboração do Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social - para o Planeamento das Altas Hospitalares, também citado na revisão de literatura. No entanto, não é feita nenhuma auditoria quanto à sua aplicação.

Por outro lado, considerando o impacto financeiro dos internamentos inapropriados, comprovado pelos dados analisados, verifica-se uma disponibilidade orçamental cujo impacto será mais benéfico caso seja aplicada na prevenção. Idealmente, a atual despesa com os internamentos inapropriados deveria ser investida nas causas de origem dos atrasos, de forma a evitar os tempos de espera e progressão do protelamento de alta. Sendo o setor social e a indisponibilidade das famílias as principais causas, o foco do investimento deverá ser no melhoramento das unidades de cuidados continuados e intermédios, como o aumento da capacidade de resposta da RNCCI e do SAD, e, por outro lado, o apoio às famílias na criação de condições laborais e habitacionais favoráveis para prestar apoio aos seus familiares.

Destaca-se, nesta vertente, o importante papel da equipa de família, constituída pelo enfermeiro e Médico de Família. As listas de utentes devem estar devidamente identificadas, sobretudo os idosos e pessoas vulneráveis, que devem ser rastreadas e visitadas periodicamente. De forma a identificar precocemente os utentes mais complexos que, como vimos, estão associados a uma maior duração do protelamento de alta, deve ser aplicada a escala de fragilidade de Edmonton (EFS) referida na literatura, aos doentes com mais de 70 anos, quer quando se dirigem ao Serviço de Urgência, quer pelos Médicos de Família quando estão a trabalhar as suas listas. Assim, a equipa de família, pode acompanhar de forma mais próxima os doentes com maior risco, nomeadamente através da verificação das condições físicas da casa dos idosos mais frágeis e apontar soluções na adaptabilidade da habitação. Por exemplo, podem verificar se a casa de banho predispõe a quedas e se os idosos evitam o banho para não caírem, e acabam por se expor a outros problemas decorrentes da falta de higiene, como fungos, feridas mais frequentes nas zonas de pele seca/não tratada, má condição psicológica derivada da ausência da sensação de bem-estar do banho, etc.

A realidade do isolamento de muitos idosos, muitas vezes por sua própria vontade, com índices de dependência grandes, justifica a criação desta base de dados atualizada pelas ULS, com este grupo de utentes bem identificado. Uma vez identificados, é necessário que na comunidade se comece a trabalhar precocemente na melhoria dos apoios. Assim, seria possível garantir uma intervenção precoce, evitando falhas na terapêutica, erros e incumprimentos, desidratações (por ausência de aporte hídrico), quedas, etc, evitando o internamento do doente sem possibilidade de recuperação de autonomia e do retorno ao domicílio.

Outra forma de aliviar a pressão dos serviços clínicos e do espaço físico dos hospitais passa pelo desenvolvimento da hospitalização domiciliária. Esta é uma alternativa na prestação de cuidados de saúde a doentes com patologia aguda ou crónica agudizada que exijam cuidados

hospitalares e cumpram critérios clínicos, sociais e geográficos que permitam o internamento no domicílio. Este é um cenário que, quando reunidas as condições, é benéfico quer para o prestador de cuidados como para o paciente, tendo também vantagens económicas. Esta alternativa reduz significativamente as infeções hospitalares e permite também ensino aos cuidadores no próprio domicílio. Esta componente de ensino traz segurança ao cuidador para que adquira ferramentas para ultrapassar situações que doutra forma implicaria ida ao Serviço de Urgência. O doente no seu ambiente, com as pessoas de referência presentes, com uma alimentação adequada, tem potencial de recuperação muito mais precoce. Evita, igualmente, a deterioração cognitiva, mantendo-se no seu ambiente habitual. Assim, é possível privilegiar a permanência no domicílio, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais, mantendo a segurança e continuidade dos cuidados necessários à sua reabilitação, e, simultaneamente, facilitar a conciliação da vida profissional e familiar do cuidador.

6. CONCLUSÃO

O protelamento da alta hospitalar, ou internamentos inapropriados, é um problema mundialmente reconhecido que se tem vindo a agravar.

Este trabalho inicia com a definição dos internamentos inapropriados e a caracterização da situação atual no mundo e a nível nacional, com recurso ao estudo publicado anualmente pela APAH e pela EY.

Embora existam pessoas com recursos e suporte familiar para a procura ativa de uma solução na continuidade de cuidados no pós alta, existem cidadãos que não reúnem condições para sair do hospital em segurança limitados pela situação de doença ou dependência, acrescido da insuficiente ou ausente rede de suporte familiar ou social. Apesar do contexto familiar e socioeconómico do utente que, como vimos, influencia a alta hospitalar, existem também questões organizacionais que impedem, por vezes, a efetivação da alta.

Foram abordadas as consequências do fenómeno do protelamento de alta, entre as quais se destaca as complicações que uma hospitalização prolongada acarreta para o doente, devido a maior exposição a microrganismos, à perda de mobilidade e dependência motora, e a deterioração cognitiva que resulta da ausência de estímulos sociais. Verificam-se também consequências do ponto de vista organizacional para os hospitais que resultam do agravamento da taxa de ocupação das camas e a consequente redução da capacidade de internamento e sobrelotação dos serviços de urgência. No cenário que Portugal atravessa atualmente, com insuficientes recursos e o encerramento de vários serviços de atendimento urgente, é necessário enfrentar problemas como o protelamento de alta que contribuem para o agravamento dos tempos de espera nos hospitais e comprometem a prestação de cuidados de saúde à população. Na vertente financeira, é importante salientar o enorme peso que os internamentos inapropriados representam no Orçamento do Estado para a saúde.

Analisaram-se os dados do protelamento da alta hospitalar no SMI do HGO entre 2020 e 2023. Foi solicitada informação sobre os tempos críticos de internamento dos casos de protelamento de alta, nomeadamente a data de internamento, da alta clínica e da alta administrativa, através das quais foi possível calcular os períodos temporais que nos permitiram tirar conclusões quanto à ocorrência e duração do protelamento da alta. Através dos dados sociodemográficos foi ainda possível traçar o perfil do utente com protelamento de alta do HGO, que se revelou idêntico ao observado a nível nacional.

A análise de acordo com a duração do LOD revelou que os episódios com até 5 dias de protelamento reuniram mais observações, sendo o principal motivo associado de carácter clínico,

cujos atrasos se prendem com espera pelo resultado de análises complementares ou pela comunicação entre serviços clínicos, no caso de haver necessidade de observação e parecer clínico de outras especialidades para além da do serviço de internamento. Estes casos configuram resolução menos complexa quando comparados com situações de mais dias de protelamento, uma vez que se prendem com fatores de caráter organizacional interno no próprio hospital.

Considerando o total de dias de protelamento registados no SMI do HGO entre 2020 e 2023, os motivos responsáveis pela maioria dos dias de atraso são o tempo de espera por admissão na RNCCI e por apoio social/Familiar.

Foi importante identificar as causas dos internamentos inapropriados, uma vez que diferentes motivos levam a diferentes abordagens de resolução.

A medida de intervenção transversal a todos os episódios de protelamento de alta, independentemente do motivo, é o planeamento da alta hospitalar uma vez que este método de intervenção estruturado e personalizado, permitir identificar desde cedo as prioridades atendendo ao contexto de cada doente. Este é um processo que se deve iniciar o mais cedo possível após o internamento hospitalar, com particular urgência para os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados e/ou apresentem um grau de dependência maior.

No âmbito do planeamento da alta hospitalar, os familiares devem ser chamados e orientados desde cedo a colaborar na prestação de cuidados no seu contexto familiar tornando-se, assim, elementos indispensáveis na equipa de prestação de cuidados de saúde. Para tal, é necessária a capacitação do cuidador como forma de obter melhores resultados na reabilitação, níveis superiores de autonomia e diminuição de custos e reinternamentos.

Os episódios de protelamento de maior duração implicam maior complexidade de resolução uma vez que dependem de fatores externos, nomeadamente da capacidade de resposta da RNCCI, ERPI e SAD. Nestes casos, importa assegurar a cooperação entre as entidades com competências nas áreas da saúde e do apoio social para proporcionar ao utente a saída do hospital e a sua integração numa resposta social. Nestes casos, as propostas de intervenção apontadas passam por aumentar a capacidade de resposta do setor social e dos cuidados continuados, indispensáveis na transição de cuidados dos utentes que não reúnem condições de segurança para regressar ao domicílio.

Uma das medidas mais consensuais referidas na literatura existente, consiste na articulação do trabalho multidisciplinar. O *modus operandi* das equipas multidisciplinares, envolvendo o corpo clínico, o apoio Social e familiar, permite melhorar a comunicação, a eficácia, e a

continuidade dos cuidados. Ao articular estas partes, é possível antecipar eventuais obstáculos e dificuldades, atender às necessidades e dúvidas que poderão surgir no domicílio, viabilizando uma alta segura e permanente. Assim, adequar o método de trabalho possibilita uma eficaz avaliação, referência, admissão na transferência do nível de cuidados.

Num tom de reflexão, o contexto pandêmico, que exigiu a adoção de medidas extraordinárias decorrentes do plano de contingência, possibilitou a rápida efetivação de altas hospitalares, revelando existir capacidade mas não prioridade. Assim, compreende-se que, com a devida articulação entre o sistema de Saúde e o sistema da Segurança Social, é possível criar um modelo assistencial que proteja os cidadãos e o seu bem-estar.

As causas principais do problema foram já repetidamente identificadas e, sem dúvida, estão muito dependentes do setor social. Desta forma, considera-se pertinente uma pesquisa futura que analise a evolução do tempo de demora média dos internamentos inapropriados relacionados com a RNCCI, no sentido de perceber se a resposta melhorou ou se foram desenvolvidas outras alternativas de apoio que retirem os doentes dos hospitais quando estes já não necessitem.

Referências Bibliográficas

- ACSS. (2019). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
- ACSS, & ISS. (2015). Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social - para o Planeamento das Altas Hospitalares.
- APAH. (2021). GESTÃO HOSPITALAR. www.bleed.pt
- APAH, & EY. (2023). 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais.
- Bejan, A. (2019). Why the Days Seem Shorter as We Get Older. *European Review*, 27(2), 187–194. <https://doi.org/10.1017/S1062798718000741>
- Borthwick, R., Newbronner, L., & Stuttard, L. (2009). “Out of hospital”: A scoping study of services for carers of people being discharged from hospital. *Health and Social Care in the Community*, 17(4), 335–349. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00831.x>
- Bosque-Mercader, L., & Siciliani, L. (2023). The association between bed occupancy rates and hospital quality in the English National Health Service. *European Journal of Health Economics*, 24(2), 209–236. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01464-8>
- Castro, M. de L., Alves, M., Martins, A., Luísa Papoila, A., Botelho, M. A., & Fragata, J. (2023). Reproducibility and validity of the Portuguese Edmonton Frail Scale version in cardiac surgery patients. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 42(4), 295–304. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2022.03.009>
- CFP. (2014). EVOLUÇÃO DO DESEMPENHO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM 2023. www.cfp.pt,
- Clancy, C., Shine, C., & Hennessy, M. (2022). Spending Review 2022 Hospital Performance: An Analysis of HSE Key Performance Indicators.
- Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). Custos e Preços na Saúde.
- David Foster. (2023). Delayed hospital discharges and adult social care.
- Deloitte. (2011). Saúde em análise, uma visão para o futuro.
- DGS. (2012). Eixo Estratégico - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde.
- Diário da República. (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

- Diário da República. (2017). Diário da República, 1.^a série-N.º 24-2 de fevereiro de 2017.
- Einav, L., Finkelstein, A., & Mahoney, N. (2018). Provider Incentives and Healthcare Costs: Evidence From Long-Term Care Hospitals. *Econometrica*, 86(6), 2161–2219. <https://doi.org/10.3982/ecta15022>
- Ferreira. (2009). Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família / Cuidador Principal no Suporte paliativo do Doente Oncológico.
- Ferreira, F., & Espírito Santo, M. Inês. (2018). Hospital discharge planning: Perspectives and reflections on social protections in Portugal. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.02>
- HANYS. (2022). The scope of complex case discharge delays in New York.
- Harper, S. (2014). Economic and social implications of aging societies. In *Science* (Vol. 346, Issue 6209, pp. 587–591). American Association for the Advancement of Science. <https://doi.org/10.1126/science.1254405>
- HGO. (2022). História do HGO. Retrieved from <https://www.hgo.min-saude.pt/2020/09/17/hgo/>
- HGO. (2022). Plano de Atividades e Orçamento .
- Holmås, T. H., Kamrul Islam, M., & Kjerstad, E. (2013). Between two beds: Inappropriately delayed discharges from hospitals. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(3–4), 201–217. <https://doi.org/10.1007/s10754-013-9135-4>
- Ibrahim, H., Harhara, T., Athar, S., Nair, S. C., & Kamour, A. M. (2022). Multi-Disciplinary Discharge Coordination Team to Overcome Discharge Barriers and Address the Risk of Delayed Discharges. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15, 141–149. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S347693>
- ISS. (2018). GUIA PRÁTICO REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. www.seg-social.pt,
- ISS. (2024). Guia Prático: Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal. www.seg-social.pt,
- Katikireddi, S. V., & Cloud, G. C. (2009). Planning a patient's discharge from hospital. In *BMJ* (Online) (Vol. 338, Issue 7692, pp. 472–475). <https://doi.org/10.1136/bmj.a2694>
- Kuluski, K., Cadel, L., Marcinow, M., Sandercock, J., & Guilcher, S. J. (2022). Expanding our understanding of factors impacting delayed hospital discharge: Insights from patients, caregivers,

- providers and organizational leaders in Ontario, Canada. *Health Policy*, 126(4), 310–317.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.001>
- Lees-Deutsch, L., Yorke, J., & Caress, A.-L. (2016). Principles for discharging patients from acute care: a scoping review of policy. *British Journal of Nursing*, 25(20), 1135–1143.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.20.1135>
- Li, J., Talari, P., Kelly, A., Latham, B., Dotson, S., Manning, K., Thornsberry, L., Swartz, C., & Williams, M. V. (2018). Interprofessional Teamwork Innovation Model (ITIM) to promote communication and patient-centred, coordinated care. *BMJ Quality & Safety*, 27(9), 700–709.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007369>
- Lin, S. P., Chang, C. W., Wu, C. Y., Chin, C. S., Lin, C. H., Shiu, S. I., Chen, Y. W., Yen, T. H., Chen, H. C., Lai, Y. H., Hou, S. C., Wu, M. J., & Chen, H. H. (2022). The Effectiveness of Multidisciplinary Team Huddles in Healthcare Hospital-Based Setting. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 2241–2247. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S384554>
- Manzano-Santaella, A. (2008). “Bed-blocking”: an Evaluation of the Role of Financial Incentives in the Community Care (Delayed Discharges etc.) Act 2003.
- Micallef, A., Buttigieg, S. C., Tomaselli, G., & Garg, L. (2022). Defining Delayed Discharges of Inpatients and Their Impact in Acute Hospital Care: A Scoping Review. In *International Journal of Health Policy and Management* (Vol. 11, Issue 2, pp. 103–111). Kerman University of Medical Sciences. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.94>
- Ministério da Saúde, do T. S. e S. S. (2023). Portaria n.º 38-A/2023.
- Ministério da Saúde. (1994). Portaria n.o 388/94.
- Ministério da Saúde e do Trabalho, S. e S. S. (2023). Portaria n.º 256/2023.
- Moura, A. (2022a). Do subsidized nursing homes and home care teams reduce hospital bed-blocking? Evidence from Portugal. *Journal of Health Economics*, 84.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102640>
- Moura, A. (2022b). Does long-term care provision reduce hospital bed-blocking? Evidence from a policy reform in Portugal. *OPEN Health*, Rotterdam, The Netherland.
<https://apah.pt/portfolio/barometro-de-internamentos-sociais/>.

- Mur-Veeman, I., & Govers, M. (2011). Buffer management to solve bed-blocking in the Netherlands 2000-2010. Cooperation from an integrated care chain perspective as a key success factor for managing patient flows (Vol. 11).
- NHS. (2022). Addressing the challenges in social care.
- Nnate, D. A., Barber, D., & Abaraogu, U. O. (2021). Discharge Plan to Promote Patient Safety and Shared Decision Making by a Multidisciplinary Team of Healthcare Professionals in a Respiratory Unit. *Nursing Reports*, 11(3), 590–599. <https://doi.org/10.3390/nursrep11030056>
- OECD. (2023). Length of hospital stay. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/length-of-hospital-stay.html>
- OMS. (2011). Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal.
- Pellico-López, A., Cantarero, D., Fernández-Feito, A., Parás-Bravo, P., De Las Cuevas, J. C., & Paz-Zulueta, M. (2019). Factors associated with bed-blocking at a university hospital (Cantabria, Spain) between 2007 and 2015: A retrospective observational study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph16183304>
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 32(1), 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
- Rojas-García, A., Turner, S., Pizzo, E., Hudson, E., Thomas, J., & Raine, R. (2018). Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review. In *Health Expectations* (Vol. 21, Issue 1, pp. 41–56). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/hex.12619>
- SMPI. (n.d.). O que é a Medicina Interna? Retrieved January 28, 2024, from <https://www.spmi.pt/o-que-e-a-medicina-interna/>
- SNS. (2023). Portal da Transparência. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified>
- Souza, I. C.-P., Silva, A. G., Quirino, A. C. dos S., Neves, M. S., & Moreira, L. R. (2014). Profiles of dependent hospitalized patients and their family caregivers: knowledge and preparation for domiciliary care practices. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1). <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140013>

ULS Almada Seixal. (2024). Ministério da Saúde - ULS Almada Seixal. (2024, 5 de janeiro). Medicina Interna. <https://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-clinica/>.

Wong, E. L., Yam, C. H., Cheung, A. W., Leung, M. C., Chan, F. W., Wong, F. Y., & Yeoh, E. K. (2011). Barriers to effective discharge planning: A qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-242>