



Caracterização Internacional do problema “Protelamento de Alta Hospitalar”

Relatório de Estágio Profissionalizante em Gestão em Saúde

Licenciatura em Gestão em Saúde

Elaborado por: Célia Maria Pedroso Luís

Aluno Nº 20151961

Orientador: Prof. Doutor Paulo Moreira

Barcarena, Junho 2018

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório “

“A mente que se abre a uma nova ideia, jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

Abreviaturas

ACES	AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE
ARS	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
AVD	ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA
CP	CUIDADOS PALIATIVOS
CH	CENTRO HOSPITALAR
CS	CENTRO DE SAÚDE
CSP	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
CCI	CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
ECCI	EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
ECL	EQUIPAS DE COORDENAÇÃO LOCAL
ECR	EQUIPAS DE COORDENAÇÃO REGIONAL
ECSCP	EQUIPAS COMUNITÁRIAS SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS
EGA	EQUIPAS DE GESTÃO DE ALTAS
EIHSCP	EQUIPAS INTRA-HOSPITALARES SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS
LVT	LISBOA E VALE DO TEJO
PNCP	PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS
PPP	PARCERIA PÚBLICO PRIVADA

RNCCI REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

SIGIC SISTEMA INTEGRADO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UC UNIDADE DE CONVALESCENÇA

UDPA UNIDADES DE DIA E PROMOÇÃO DE AUTONOMIA

ULS UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

UMDR UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

ULDM UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

UCP UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Índice

	Introdução	8
	Resumo e Abstract	9
I	Revisão da Literatura	10,11
II	Artigos Identificados	
1.1	Artigo 1 “ <i>An Integrative Literature Review of Organizational Factors associated with admission and Discharge Delays in Critical Care</i> ”	12,13
1.2	Artigo 2 “ <i>Análise da Revisão Cochrane: Alta Hospitalar Precoce para Hospitalização Domiciliária</i> ”	14,15
1.3	Artigo 3 “ <i>Could the rise in mortality rates since 2015 be explained by changes in the number of delayed discharges of NHS Patients</i> ”	15
1.4	Artigo 4 “ <i>Hospital readmission following discharge from inpatient rehabilitation for older adults with Debility</i> ”	15,16
1.5	Artigo 5 “ <i>Impact and experiences of delayed discharge: A mixed- studies systematic review</i> ”	16,17
1.6	Artigo 6 ““ <i>Out of Hospital’: A Scoping study of services for carers of people being discharged from hospital</i> ”	17,18,19
1.7	Artigo 7 “ <i>Role of Physical Therapists in Reducing Hospital Readmissions: to Community</i> ”	19,20,21
1.8	Artigo 8 “ <i>Understanding the relationship between physical therapist participation in interdisciplinary rounds and hospital readmission rates: preliminary study</i> ”	21,22
1.9	Artigo 9 “ <i>Principles for discharging patients from acute care: a scoping review of policy</i> ”	22,23

1.10	Artigo 10 <i>“Using Shock Index to Evaluate Patients for Transfer to a Higher Level of Care”</i>	23
III	Tabela de análise de artigos	24,25,26
IV	Hospitais Europeus	
1.1	Causas identificadas	27,28
1.2	Perceção dos autores	28,29,30
V	Sistema de Saúde em Portugal	
1.1	Subsistemas de Saúde	31,32,33
1.2	RNCCI	34
1.2.1	Missão da RNCCI	35
1.2.2	Perspetivas futuras	35,36
VI	Notas Sumárias	37
PARTE II		
I	Altas Hospitalares em Contexto Português	39,40
	Abstract	39,40
II	Hospital Beatriz Ângelo	42
1.1	Visão e Missão do HBA	43,44
1.2	Código de Conduta	44
1.3	Programa de Compliance Corporativo	47,48
1.4	Regras HBA	45
1.5	Auditoria	46
1.5.1	Auditoria Interna	46

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

1.5.2	Auditoria Externa	46
1.6	Valência HBA	47-48
1.7	Dimensão HBA	49-50
III	Equipa de Gestão Internamento HBA	51
IV	RNCCI	51
a)	Enquadramento	52-53
b)	Missão	53
c)	Unidades de Internamento	54
d)	Unidades de Ambulatório	55
e)	Equipas Domiciliárias	56
f)	Equipas Hospitalares	56
V	HBA-Gráfico protelamento de altas 2014 - 2017	
1.1	Protelamento hospitalar faixa etária 0-14 anos	57
1.2	Protelamento hospitalar faixa etária 15-24 anos	58-59
1.3	Protelamento hospitalar faixa etária 25-54 anos	59-60
1.4	Protelamento hospitalar faixa etária 55-64 anos	61-62-63
1.5	Protelamento hospitalar faixa etária» 65anos	63-64
VI	Análise das causas protelamento hospitalares UK e Portugal	65-66-67-68-69
VII	Problemas identificados e perspetivos de melhoria	70-71-72
	Bibliografia	73-74-75-77

INTRODUÇÃO

O protelamento das altas hospitalares é um problema transversal na Europa e é um tema de extrema importância.

O aumento do envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida, reflete a realidade de Portugal onde os Hospitais nos últimos anos debatem-se com o aumento de ocupação de camas por doentes que permanecem internados após alta clínica e que aguardam respostas sociais várias.

Planear a alta com eficiência e eficácia será a melhor solução para as instituições e para a sociedade em geral e o que pretendo com este trabalho é fazer uma análise dos fatores que são causadores desse protelamento assim como sugerir algumas alternativas de melhoria.

O trabalho divide-se em duas partes, que apesar de distintas complementam-se. A primeira parte está enquadrada no âmbito da cadeira de Seminário de Estágio de Gestão em Saúde, onde elaborei uma pesquisa mediante a metodologia Systematic Literature Review sobre as causas e perspetivas de soluções dos autores nos Hospitais Europeus.

A segunda parte foi elaborada mediante uma análise dos casos registados no HBA, durante os anos 2014 a 2017, que demonstra as dificuldades da instituição e dos doentes.

Vou reportar a evolução dos casos no período 2014 a 2017, assim como as causas mais frequentes e as que reportam um maior número de protelamento de dias de alta. No final farei as minhas considerações acerca de todas as informações às quais tive acesso, tanto da literatura como nos dados do Hospital Beatriz Ângelo.

RESUMO

No âmbito da cadeira de Seminário de Estágio, propus-me identificar os problemas e causas resultantes das altas hospitalares que são dadas no “*timing*” errado quer por antecipação ou protelamento da mesma e as consequências que resultam para o doente e família.

O tema do meu trabalho é *Caracterização Internacional do problema “Protelamento de Alta Hospitalar”* e a questão que coloquei para a pesquisa de forma a desenvolver o tema, foi “Quais são os fatores que protelam a alta dos doentes”?

ABSTRACT

Within the final year protect seminar of the Degree in Health Management, I proposed to identify the problems and causes resulting from hospital discharges that are given in the wrong timing either by anticipation or delay of the same and the consequences that result for the patient and family.

The theme of my work is the International Characterization of the problem "Hospital discharge" and the question that I put to the research in order to develop the theme was "What are the factors that delayed the discharge of patients"?

I _ REVISÃO DA LITERATURA

Iniciei a procura na PUBMED, e EBSCO, as Keywords utilizadas foram a) delayed transfers of hospital care, b) delayed transfers of care, c) delayed transfers of helthcare, d) delayed hospital discharges, e) Patient discharges, f) Policy, g) Scoping Review, h) Discharge Planning

Utilizei como critérios de inclusão de pesquisa artigos com anos de publicação a partir de 2013, (01 de Janeiro de 2013 a 30 de Abril de 2018), contexto organizacional no setor da saúde, contexto geográfico Europa, língua da publicação português, espanhol e inglês e a metodologia aplicada foi Systematic Literature Review.

Os critérios de exclusão que apliquei foi para artigos anteriores a 2013, contexto organizacional de instituições não associadas á área da saúde, contexto geográfico Ásia, África e Estados Unidos, língua de publicação em francês e a metodologia Narrative Review.

As primeiras pesquisas foram efetuadas a 07 de Abril 2018 na Ebsco, keyword a) delayed transfers of hospital care, foram devolvidos 63 artigos, no entanto apenas um deles correspondia em pleno ao pretendido. O artigo devolvido tem como título “*Could the rise in mortality rates since 2015 be explained by changes in the number of delayed discharges of NHS Patients?*”

Pesquisando artigos com a Keyword e) Delayed hospital discharges na Pubmed, foram encontrados 03 artigos e considerei dois deles. “*An Integrative Literature Review of Organisational Factors Associated with Admission and Discharge Delays in Critical Care*” e “*Análise da Revisão Cochrane: Hospital de alta precoce em casa*”.

A 11 de Abril de 2018 foi efetuada pesquisa com a keyword b) Delayed transfers of care. Ebsco, surgiram em pesquisa 111 artigos e três deles serão apresentado neste trabalho “*Impact and experiences of delayed discharge, a mixed studies systematic review*”, “*Out of Hospital': a scoping study of services for careers of people being discharged from*

hospital” e “Using Shock Index to Evaluate Patients for Transfer to a Higher Level of Care”.

No dia 17 de Abril de 2018 na Ebsco, com as Keywords e) +f) +g), surgiram 6 artigos, um dos quais *“Principles for discharging patients from acute care: a scoping review of policy”* é o artigo que foca o tema pretendido.

No dia 13 de Maio de 2018, na Ebsco, com as Keywords h) Discharge Planning, encontrei 66 artigos, dois dos quais vou utilizar no meu trabalho *“Role of physical therapists in reducing hospital readmission: Optimizing outcomes for older adults during care transitions from hospital to Community”* e *“Understanding the relationship between physical therapist participation in interdisciplinary rounds and hospital readmission rates: preliminary study”*.

II _ ARTIGOS IDENTIFICADOS

O artigo *An Integrative Literature Review of Organisational Factors Associated with Admission and Discharge Delays in Critical Care*, produzido pelos autores Peltonen et al (2015), evidenciam que, de acordo com os artigos revistos, os atrasos para a admissão na unidade de cuidados intensivos (ICU) e atrasos de alta da unidade de terapia intensiva (UTI) estão associados com o aumento de eventos adversos e custos mais elevados.

Identificar fatores associados a atrasos irá fornecer informações para a prática de melhorias, que contribuem para melhores resultados dos pacientes. O objetivo desta revisão integrativa foi explorar a incidência de admissão dos pacientes e o protelamento de alta no atendimento crítico, identificando os fatores organizacionais associados a estes atrasos.

Os sete estudos que foram incluídos nesta revisão, um foi qualitativo focou os atrasos de admissão e os outros seis estudos foram quantitativos focaram os atrasos de alta.

Quatro dos estudos tiveram de descrever as causas e os fatores relacionados com admissão e o atraso das altas, enquanto três dos estudos tiveram o propósito de avaliar o efeito de uma intervenção no atraso da alta.

Com base nas perguntas que norteiam esta revisão integrativa, os resultados foram organizados em três áreas temáticas

- (1) A incidência e os custos de admissão UTI e atrasos de alta
- (2) As causas de admissão e do protelamento de altas na UTI
- (3) As intervenções realizadas para melhorar a admissão e as altas atrasadas

Os resultados dos artigos indicam que a pesquisa de motivos sobre atrasos de alta é escassa e apenas um estudo sobre os atrasos de admissão foi encontrado, no entanto, os atrasos são um problema comum na maior parte devido a fatores organizacionais, que ocorre em 38%

das admissões e 22-67 % de altas e devem ser redesenhados os processos de atendimento, melhorando a gestão da informação e coordenação entre unidades e equipas interdisciplinares podendo reduzir os atrasos de alta.

Entre as recomendações deste artigo os autores Peltonen et al (2015) incluem a necessidade da melhoria dos resultados dos pacientes através de processos de cuidados eficientes e seguros. Mais pesquisa exploratória será necessária para identificar fatores que contribuem para admissão e atrasos das altas para fornecer evidências de melhorias de prática clínica. Encurtar atrasos requer uma abordagem interdisciplinar e análise do processo de fluxo de pacientes.

O artigo *Análise da Revisão Cochrane: Alta Hospitalar Precoce para Hospitalização Domiciliária*, dos autores Alves et al (2017) resultou de uma revisão sistemática sobre a alta hospitalar para a hospitalização domiciliária.

A hospitalização domiciliária é um serviço que proporciona tratamento a doentes com doença aguda no próprio domicílio, os quais noutras condições necessitariam de internamento hospitalar em enfermaria de agudos.

No entanto, o benefício clínico desta intervenção e o seu efeito nos custos em saúde não se encontram estabelecidos. Os resultados pretendidos através desta revisão sistemática Cochrane tiveram como objetivo avaliar a eficácia e custos associados aos cuidados de doentes admitidos no serviço de hospitalização domiciliária em comparação com o internamento hospitalar habitual.

Os autores Alves et al (2017) elaboraram uma revisão sistemática da literatura através de pesquisa nas seguintes bases de dados - The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) register, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, Embase, CINAHL, e EconLit - até 9 de janeiro de 2017. Foram incluídos 32 ensaios clínicos aleatórios (2 dos quais não publicados), incluindo 4746

doentes. A presente revisão detetou evidência insuficiente do benefício económico (através de uma redução no período de internamento hospitalar) ou melhoria dos resultados clínicos da hospitalização domiciliária.

Os resultados do artigo indicam que a maioria dos cuidados eram providenciados pela equipa de enfermagem com apoio de outros profissionais (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais). Num dos estudos efetuados, de reabilitação, o apoio era prestado por voluntários da Cruz Vermelha.

Apesar do crescente interesse no potencial de serviços de hospitalização domiciliária como uma alternativa menos dispendiosa ao internamento hospitalar, a presente revisão identificou que a evidência existente sobre o benefício clínico e económico (através de uma redução no período de internamento hospitalar) desta intervenção é insuficiente. Este modelo resultou da necessidade de gerir um recurso limitado que são as camas de internamento de curta duração no hospital. No entanto, é importante avaliar se esta mudança no tratamento não acarreta aumento de risco dos cuidados clínicos prestados durante o episódio agudo, ou posteriormente no número de readmissões hospitalares e institucionalizações. Outro fator que os autores consideraram importante para análise é a potencial vantagem económica na redução dos custos do internamento hospitalar. Também pretenderam avaliar o efeito da hospitalização domiciliária na mortalidade e reinternamento hospitalar nos 3 a 6 meses após o evento agudo. Paralelamente, foi avaliada a institucionalização, bem como a satisfação dos doentes, duração de internamento e custos em saúde.

Segundo os autores Alves et al (2017), a evidência existente é incerta relativamente ao benefício económico ou melhoria dos resultados clínicos na utilização de recursos de saúde com a hospitalização domiciliária, no entanto, apesar de considerarem com grau de evidência baixo a moderado, que estes cuidados de saúde não afetam a mortalidade, reinternamento hospitalar ou *status* funcional, podem melhorar ligeiramente a satisfação dos doentes.

-.-.Entre as recomendações deste artigo, a hospitalização domiciliária parece ser uma opção válida, no entanto, necessitam de mais informações sobre o impacto desta medida.

Atendendo ao envelhecimento da população e ao crescente consumo de cuidados de saúde pela população idosa, é desejável a continuação da realização de ensaios clínicos nesta população de doentes de modo a avaliar o impacto de diferentes intervenções (ex: hospitalização domiciliária) nos custos em saúde.

O artigo *Could the rise in mortality rates since 2015 be explained by changes in the number of delayed discharges of NHS Patients*, elaborado pelos autores Verde, et al (2015) refere que o ano 2015 foi responsável pelo maior aumento anual das taxas de mortalidade na Inglaterra em quase 50 anos. As análises efetuadas sobre as mudanças das taxas de mortalidade incluem um indicador de mau funcionamento da saúde e assistência social.

Foi estimado que cada dia adicional de internamento agudo que resultou numa alta tardia, que ficou associado a um aumento de 0,394 mortes (95% cls 0,220 a 0,569).

Para cada paciente cuja alta foi protelada, observaram um aumento de 7.322 mortes (95% de cls 1,754-12,890).

Os resultados do artigo indicam que, em 2015, o aumento da prevalência de pacientes quando adiada a sua alta hospitalar foi associada e responsável pelo aumento em 1/5 da mortalidade.

As recomendações deste estudo incluem evidências de que uma menor qualidade de desempenho do SNS e assistência social do adulto, resultante da austeridade, pode ter um impacto adverso sobre a saúde da população.

O artigo *Hospital readmission following discharge from inpatient rehabilitation for older adults with Debility*, dos autores Galloway, et al (2015), teve como objetivo examinar as taxas, distribuição temporal e fatores associados à readmissão hospitalar para pacientes com debilidade até 90 dias após alta da reabilitação em regime de internamento.

O estudo efetuado sobre as taxas de readmissão hospitalares para doentes com debilidade foram de 19% durante 30 dias e 34% durante 90 dias. A maior quantidade de readmissão

ocorreu no 3º dia após a alta, e 56% de readmissões ocorreram dentro de 30 dias. Um maior número de altas foi associado com menor risco para readmissão antes de decorridos 60 dias (razão de risco de 30 dias 0,987; 95% de intervalo de confiança 0,986, 0,989). Comorbidades com taxas de risco 1,0 incluído camada risco de 30 dias 0,987; 95% de intervalo de confiança 0,986, 0,989) incluído 11 motivos, três dos quais (insuficiência cardíaca, insuficiência renal, e doença pulmonar crônica) estavam entre as razões mais comuns para readmissão.

Os resultados do artigo indicam que um terço dos pacientes foram readmitidos para hospitais de agudos no prazo de 90 dias após a reabilitação de debilidade. O efeito protetor da maior função motora foi reduzida por 60 dias após a alta de reabilitação em regime de internamento.

No artigo *Impact and experiences of delayed discharge: A mixed- studies systematic review*, dos autores Rojas-Garcia, et al (2015), o enfoque foi o resultado de uma revisão sistemática sobre as experiências dos atrasos das altas, visto pela perspectiva dos pacientes e profissionais de saúde dos hospitais, demonstrando qual o impacto nos resultados dos pacientes e custos.

Os trinta e sete artigos de trinta e cinco estudos, foram identificados como 10 quantitativos, 8 qualitativos e 19 de análise de custos. Sete dos dez estudos quantitativos foram de qualidade metodológica moderada / baixa, 6 estudos qualitativos foram considerados confiáveis e os 19 estudos sobre custos foram de qualidade moderada.

Os resultados deste estudo associa a alta tardia à mortalidade, infecções, depressão, reduções na mobilidade dos pacientes e suas atividades diárias. Os estudos qualitativos destacaram a pressão que existe para reduzir os atrasos na alta, o *stress* dos profissionais de saúde e as relações interprofissionais, com implicações para o cuidado e o bem-estar dos pacientes. As camas extras podem ser responsáveis até 30,7% dos custos totais, causar cancelamentos de operações eletivas, atraso no tratamento e repercussões para os serviços subsequentes, especialmente para pacientes idosos.

Os autores têm a percepção que os efeitos adversos do atraso na alta são diretos (por meio do aumento das oportunidades que os pacientes têm de adquirir doenças evitáveis) e indiretos, secundários às pressões exercidas sobre os funcionários. Essas descobertas fornecem um impulso para adotar uma perspectiva mais holística para lidar com o atraso nas altas.

O artigo *Out of Hospital': A Scoping study of services for carers of people being discharged from hospital*, dos autores Borthwick, et al (2015) referem as políticas governamentais que, sucessivamente têm destacado a necessidade de informar e envolver os cuidadores no processo de alta hospitalar. No entanto, algumas pesquisas sugerem que muitos cuidadores se sentem suficientemente envolvidos, mas sem apoio, neste processo. Este artigo resume uma revisão de escopo para identificar o que a literatura Reino Unido nos diz sobre a prestação de serviços para os cuidadores, e sua eficácia, em todo o momento da alta hospitalar e também descreve um exercício de mapeamento do trabalho que está sendo feito pela *Princess Real Trust Carears Centers* em Inglaterra para apoiar os prestadores de cuidados em todo o momento da alta hospitalar. A restrição à literatura Reino Unido foi ditada pela natureza do projeto; uma revisão modesta realizada por uma organização UK baseado no sector voluntário. Cinquenta e três documentos foram revistos, dos quais 19 trabalhos (que representam 17 estudos) foram relatórios sobre a pesquisa primária. Como apenas cinco destes estudos focaram a importância de apoio específico ao doente aquando a alta, os resultados demonstram que no Reino Unido há pouca pesquisa que avalia as intervenções específicas para apoiar os prestadores de cuidados em todo o momento da alta hospitalar do doente. Os resultados da pesquisa demonstraram que em algumas áreas existem serviços e / ou iniciativas em curso que foram projetados para melhorar o processo de alta, para os cuidadores, mas, em muitos lugares, ainda existe uma lacuna entre o que a política e a pesquisa sugerem acerca do que deve acontecer e o que realmente acontece com os cuidadores neste momento. Apesar de existirem serviços e iniciativas para apoiar os cuidadores durante o processo de alta, há evidências de uma pesquisa limitada ou avaliação da mesma, para demonstrar o seu impacto na experiência do cuidador.

Muitos dos documentos revistos descreveram serviços específicos disponíveis para apoiar os prestadores de cuidados através do processo de alta hospitalar ou discutiram o efeito sobre o cuidador de determinados serviços relativos à alta hospitalar. Os tipos de serviços descritos incluíram a atribuição de alta, pacotes informativos para os pacientes e seus cuidadores, trabalhadores e prestadores de cuidados especializados, procedimentos de alta para coordenadores, formação de pessoal e / ou cuidadores, esquemas para apoiar os prestadores de cuidados em casa, imediatamente após a alta, alta hospitalar com acordos / políticas, 'hospitalar em casa' , esquemas de alta precoce e visitas domiciliares pré-alta. Cinquenta e um dos 87 centros PRTC na Inglaterra retornaram um questionário preenchido, dando uma taxa de resposta de quase 60%. Dezanove dos centros que responderam relataram que fornecem um serviço destinado a apoiar os cuidadores quando existe uma transferência de cuidados após a alta hospitalar. Outros vinte e dois centros afirmaram que não tinham planos para desenvolver serviços direcionados, mas os mesmos foram sendo desenvolvidos em fases distintas do processo. Muitos dos outros centros, embora não tenham serviços dedicados, os seus serviços centrais prestaram apoio aos prestadores de cuidados no momento da alta hospitalar.

As recomendações deste artigo têm enfoque em cinco principais 'alvos', tais como a identificação e sinalização de cuidadores, apoio direto e conselhos para o cuidador, sensibilização e sistemas apropriados, fornecimento de informações e formação para os cuidadores.

Os resultados deste estudo exploratório revelam que há pouca pesquisa primária a partir do Reino Unido, que avalia as intervenções específicas para apoiar os cuidadores durante o processo do cuidado destinatário da alta hospitalar. Devido à natureza limitada desta revisão, não é possível fazer qualquer comentário sobre a qualidade da pesquisa, portanto, esta continua a ser uma área que requer uma investigação mais aprofundada. O valor potencial de trabalho conjunto entre a saúde, serviços sociais e de organizações voluntárias devem ser considerados em relação à garantia de uma alta bem-sucedida do hospital, não só para o paciente, mas também para o cuidador.

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 hospital e também recomenda que um bom serviço de planeamento de alta deve incluir um conjunto de profissionais, incluindo enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas. A prestação dos coordenadores relativamente à alta também podem ter um papel a desempenhar nesta área, mas não foram encontrados nenhuns dados avaliativos para apoiar este ponto de vista. Há uma necessidade de mais pesquisas a realizar para fornecer evidências dos benefícios de parceria e trabalho conjunto para cuidadores cujos doentes estão a ter alta do hospital.

Dever-se-á ter em consideração os possíveis benefícios, tanto para o cuidador como para o doente, na aposta da formação dos cuidadores, quer nos aspetos físicos, psicológicos e emocionais do papel que representam, enquanto os doentes ainda estão no hospital ou quando eles regressam a casa.

O artigo *“Role of Physical Therapists in Reducing Hospital Readmissions: Optimizing Outcomes for Older Adults During Care Transitions From Hospital to Community”* dos autores Falvey, et al (2016), analisa as readmissões hospitalares dos doentes mais idosos, pois refletem um indicador de qualidade emergente para hospitais de cuidados agudos.

As evidências recentes ligaram o declínio funcional durante e após a hospitalização com um risco elevado de readmissão hospitalar. No entanto, os modelos de atendimento que foram desenvolvidos para reduzir as taxas de readmissão hospitalar não abordam adequadamente os *deficits* funcionais. Os fisioterapeutas, como especialistas em otimizar a função física, têm uma forte oportunidade de contribuir significativamente para o atendimento de modelos de transição e demonstram o valor das intervenções fisioterapêuticas na redução das readmissões. Assim, os autores pretendem com este artigo, descrever a necessidade de intervenção do fisioterapeuta durante transições de cuidados para idosos e delinear estratégias com um objetivo geral de reduzir readmissões hospitalares evitáveis de 30 dias.

Os fisioterapeutas de cuidados agudos devem reconhecer quando um paciente pode necessitar de serviços de fisioterapia para evitar um declínio adicional da função ou uma

queda da mesma, que resultará numa readmissão hospitalar evitável. Além disso, um fisioterapeuta pode advogar explicitamente aos cuidados paliativos ou à equipa de cuidados paliativos para que o paciente receba fisioterapia de manutenção.

Muitos idosos beneficiam dos serviços de fisioterapia durante os cuidados paliativos e esses serviços também podem ajudar a reduzir as readmissões evitáveis durante as transições da hospitalização aguda.

Os idosos que relatam baixos níveis de atividade física durante as visitas pós-hospitalares de acompanhamento têm 64% aumento da hipótese de readmissão hospitalar, o que significa que a falta de uma avaliação funcional de rotina pelo médico, durante o acompanhamento em ambulatório, é uma omissão especialmente preocupante para os idosos que recebem alta sem encaminhamento ou acesso aos serviços do fisioterapeuta como ferramenta de avaliação.

Os resultados do artigo referem que, os fisioterapeutas, podem contribuir de forma significativa para os modelos de transição de cuidados existentes e trabalhar de forma colaborativa com outras disciplinas de cuidados de saúde para reduzir as readmissões hospitalares evitáveis. Eles também são singularmente qualificados para avaliar a função física, o que representa um forte fator de risco independente para a readmissão hospitalar. No entanto, os fisioterapeutas não têm sido incluídos nos esforços de transição de cuidados, além das recomendações de localização de alta - uma utilização importante, mas limitada, das competências que têm como profissionais de saúde, para idosos.

Entre as recomendações deste artigo, incluem três principais direções futuras para um maior envolvimento do fisioterapeuta nas transições de cuidados:

(1) Desenvolver ferramentas padronizadas para comunicar *deficits* funcionais a múltiplos transtornos.

(2) Desenvolver iniciativas de pesquisa e melhoria da qualidade que testem o impacto de diferentes modelos de prestação de serviços do fisioterapeuta nas readmissões hospitalares.

(3) Expandir a educação interprofissional para expor mais médicos, farmacêuticos e enfermeiros ao papel dos fisioterapeutas no tratamento de idosos após hospitalização aguda. Essas iniciativas ajudarão os fisioterapeutas a responder melhor às metas atuais relacionadas à comunicação e à coordenação dos cuidados durante as transições de cuidados estabelecidas pela The Joint Commission, demonstrar como a fisioterapia afeta os resultados dos pacientes após a hospitalização e melhorar o reconhecimento de como os fisioterapeutas podem melhorar significativamente os resultados.

No artigo “*Understanding the relationship between physical therapist participation in interdisciplinary rounds and hospital readmission rates: preliminary study*”, da autoria de Kadivar, et al (2016), foi focada a necessidade de proporcionar aos doentes uma proposta de alta ideal e serviços de acompanhamento, para evitar as readmissões não planeadas. Apesar das suas qualificações, os fisioterapeutas raramente são representados nas equipas multidisciplinares.

Este estudo teve como objetivo determinar a relação entre a participação de fisioterapeutas no processo de alta multidisciplinar e as taxas de readmissão e, neste contexto, foram observados dois grupos distintos, os pacientes que receberam alta por duas equipas multidisciplinares, com ou sem participação de fisioterapeuta e o seu acompanhamento pelo período de cinco meses. A aderência às recomendações do fisioterapeuta para serviços de acompanhamento e readmissões não planeadas de 30 dias foram rastreadas. A regressão logística múltipla e modelos aleatórios foram utilizados para determinar os fatores que contribuíram para as taxas de readmissão de 30 dias.

Os resultados do artigo demonstraram que as probabilidades de readmissões de 30 dias foram 3,78 vezes maiores quando um fisioterapeuta estava ausente da equipa multidisciplinar em comparação com as probabilidades de readmissões de 30 dias, quando um fisioterapeuta participou na decisão da equipa multidisciplinar. Além disso, as probabilidades de readmissão de 30 dias para os doentes que receberam alta em sua casa foram 2,47 vezes maiores do que aqueles que não receberam alta em sua casa. Um

aumento da falta de serviços de pós-alta foi observado quando um fisioterapeuta não foi incluído na equipe multidisciplinar.

Verificou-se de forma significativa que, as maiores taxas de readmissão foram observadas para os doentes cuja equipa multidisciplinar não tinha um fisioterapeuta e para os doentes que receberam alta para as suas casas. Estas descobertas preliminares sugerem que a alta do cenário de cuidados intensivos é um processo elaborado e deve ser planeado com cuidado, a fim de identificar o processo ideal de alta, as pesquisas futuras devem considerar as complexidades dos pacientes, além da composição da equipa multidisciplinar para a alta.

O artigo *Principles for discharging patients from acute care: a scoping review of policy*, dos autores Lees-Deutsch, et al (2016), foca as Unidades de medicina agudas, que fazem parte dos cuidados hospitalares agudos, onde tempo de permanência do paciente é curto e a rotatividade é alta. Acelerar a alta do paciente com segurança é uma das principais funções desta unidade, que precisam de orientação específica.

Para levar a cabo uma revisão de escopo da política de altas do UK, os autores consideraram necessário analisar criticamente, comparar e contrastar as políticas de alta implementadas assim como as orientações relevantes que sustentam a avaliação da alta do paciente agudo.

Os resultados do artigo indicam que a política de altas da UK atual fornece pouca orientação acessível específica para o pessoal clínico acelerar a alta do paciente. A complexidade das políticas de alta do Reino Unido é criado por uma grande amplitude e sobreposição de normas, acabando por dificultar a perceção de como formar um processo coerente e orientado. Se a política atual fôr alterada, então deverá ser a própria equipa clínica a adotar medidas de orientação e colocá-las em prática nas Unidades Médicas Agudas (*Amus*).

Entre as recomendações deste artigo, os autores Lees-Deutsch, et al (2016) incluem a necessidade de melhoria no processo de alta dos doentes nos cuidados hospitalares agudos e referem que as Unidades Médicas Agudas são imprescindíveis nos cuidados hospitalares agudos, com a necessidade de uma melhor orientação em todo o processo de alta. A

criação de princípios sob medida deve reduzir a variação de readmissões e melhorar a qualidade de alta do doente, incluindo o envolvimento com o doente e a família.

No artigo do autor Tara N. Francis-Lau (2016), *Using Shock Index to Evaluate Patients for Transfer to a Higher Level of Care* é abordada a necessidade de critérios específicos para a transferência de um doente. A decisão de transferir um doente a um maior nível de cuidados (HLOC) de uma unidade médico-cirúrgica deve ser feita com cuidado, mas eficientemente. O índice de choque pode ser benéfico na avaliação de doentes em uma unidade médico-cirúrgica para transferência para um HLOC, particularmente quando os seus sinais vitais parecem estáveis.

O autor, Tara N. Francis-Lau (2016) considera o Si (índice de choque) como uma ferramenta importante e menciona no artigo que vários pesquisadores já analisaram a correlação entre Si, triagem pré-hospitalar e mortalidade, nomeadamente (McNab, Burns, Bhullar, Chesire, e Kerwin (2012)). O Si é utilizado como uma ferramenta de triagem e um indicador da utilização dos recursos e mortalidade. Em uma análise retrospectiva de 16.269 pacientes de trauma, foi identificado que um SI de 0,9 ou mais apresentou uma correlação positiva com totalidade mortalidade e os recursos utilizados para pacientes adultos menos de 80 anos, no entanto, nenhuma correlação foi encontrada em pacientes com idade superior a 80.

Os resultados do artigo revelam que o SI, como uma ferramenta para avaliar o cuidado do paciente, está crescendo em popularidade. Ela tem um valor preditivo de mortalidade como parábola para outras ferramentas validadas (por exemplo, critérios SIRS) (Berger et al., 2012). A precisão do SI para prever a mortalidade dos pacientes, combinado com a facilidade de cálculo e capacidade de tendência valores faz com que esta ferramenta seja uma alternativa atrativa para os métodos atualmente utilizados. No entanto, as recomendações do autor incluem a necessidade de mais investigação para validar uso de SI na avaliação de um paciente para a transferência para um HLOC. Através de uma identificação correta, a avaliação dos doentes pode resultar num tratamento mais rápido e melhores resultados, assim como poderá reduzir transferência desnecessárias, resultando menos desperdício de recursos e diminuição do custo dos cuidados de saúde.

III – TABELA ANÁLISE DE ARTIGOS

TABELA COM ANÁLISE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE PROTELAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

Autores	Nome do artigo	Problema Abordado	Causas	Conclusões	Recomendações
Laura-Maria Peltonan Louise McCallum Eriikka Siirala Marjaana Hataja Helja Lundgren-Laine Sanna Salanterä Frances Lin	<i>An Integrative Literature review of Organisational factors associated with Admission and discharge delays in critical care</i>	Os atrasos para a admissão na unidade de cuidados intensivos (ICU) e atrasos de alta da unidade terapia intensiva (UTI) estão associados a eventos adversos e custos mais elevados	-Atraso da alta associada ao aumento da mortalidade -Aumento da ocupação de camas UTI associada ao risco de aumento da mortalidade e aumento da taxa de readmissões hospitalares	Os fatores organizacionais responsáveis pelos atrasos nas altas estão relacionados com falta de gestão, informação, trabalho de equipa e falta de recursos.	A abordagem interdisciplinar assim como a transdisciplinar deverá ser multifacetada para o processo de fluxo de doentes, para que o processo de tomada de decisão tanto na admissão como na alta seja partilhado por vários profissionais de diferentes especialidades e serviços. A abordagem transdisciplinar reflete um nível mais profundo de colaboração entre todos os profissionais em proveito do doente.
Mariana Alves Miguel Bigotte Vieira João Costa António Vaz Carneiro	<i>Análise da revisão Cochrane: Alta hospitalar precoce para hospitalização domiciliária</i>	Qual é a efetividade e o impacto nos custos da alta precoce para o tratamento de doentes no próprio domicílio, com apoio do serviço de hospitalização domiciliária? Avaliação da eficácia e custos de doentes com hospitalização domiciliária em comparação com o internamento hospitalar.	-Risco de mortalidade associado na hospitalização domiciliária - Risco de reinternamento hospitalar nos 3 a 6 meses pós o evento agudo	Os autores concluíram que a evidência sobre os benefícios económicos ou melhoria dos resultados clínicos na hospitalização domiciliária é incerta. A conclusão com grau de evidência baixo refere que estes cuidados não afetam a mortalidade ou o status funcional.	Atendendo ao envelhecimento da população e ao crescente consumo de cuidados de saúde da população mais idosa, seria importante a continuação da realização de ensaios clínicos nesta população de modo a avaliar o impacto das diferentes intervenções, hospitalização domiciliária e os custos associados. A hospitalização domiciliária demonstrou com evidência baixa a moderada qualidade, que não altera a taxa de mortalidade ou status funcional e é um método válido para redução da pressão para utilização de camas no internamento.
Mark A Green Danny Dorling Jonathan Minton Kate E Pickett	<i>Could the rise in mortality rates since 2015 be explained by changes in the number of delayed discharges of NHS patients</i>	O ano de 2015 teve o maior aumento anual das taxas de mortalidade na Inglaterra em quase 50 anos. A análise dos autores identificou um indicador de mau funcionamento da saúde e assistência social – Atraso nas altas hospitalares	- Altas em atraso para os cuidados adequados - Atrasos podem resultar em stress e ansiedade - A falta de camas devido ao atraso das altas, prejudica os que aguardam internamento e cuidados de saúde	O estudo indica que a associação entre o número de pacientes agudos com alta atrasada reflete o aumento da taxa de mortalidade. Reflete também a pouca qualidade de desempenho entre o SNS e a Assistência Social.	Maior investimento no SNS e Assistência Social para lidar com o aumento das altas em atraso de forma a diminuir as taxas de mortalidade

TABELA COM ANÁLISE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE PROTELAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

Lucy Stuttard	<i>discharged from hospital</i>	informar e envolver os cuidadores plenamente no processo de alta hospitalar	Doentes mas referem falta de apoio	fases do processo de alta é destaque na orientação do governo do UK. A interatividade entre os serviços de saúde e sociais devem ser plenos para garantir que a alta é bem-sucedida para o doente e para o cuidador	e emocional), enquanto o doente permanece no hospital e quando regressam a casa. A confiança que os cuidadores possam demonstrar no desempenho da prestação dos cuidados é importante para o mesmo e também haverá benefício para o doente, físico e mental.
Jason R. Falvey Robert E. Burke Daniel Malone Kyle J. Ridgeway Beth M. McManus Jennifer E. Stevens-Lapsley	<i>Role of physical therapists in reducing hospital readmission: Optimizing outcomes for older adults during care transitions from hospital to community</i>	Enfoque nas readmissões hospitalares dos mais idosos Evidências recentes ligaram o declínio funcional durante e após a hospitalização com um elevado risco de readmissão	A necessidade de intervenção do fisioterapeuta durante a transição de cuidados dos idosos e delinear estratégias para expandir a participação da fisioterapia	É necessário recorrer à ajuda de apoios sociais e comunitários, assim como determinar quais as necessidades de assistência contínua na comunidade que os idosos necessitam após a alta hospitalar A avaliação da independência funcional por fisioterapeutas de cuidados agudos ajuda a orientar a localização da alta	Maior envolvimento dos fisioterapeutas na transição de cuidados Desenvolver iniciativas de pesquisa e melhoria da qualidade que testem o impacto de diferentes modelos de prestação de serviços do fisioterapeuta nas readmissões hospitalares Expandir a educação interprofissional para expor mais médicos, farmacêuticos e enfermeiros ao papel dos fisioterapeutas no tratamento e processo de alta
Zahra Kadivar Alexis English Brian D. Marx	<i>Understanding the relationship between physical therapist participation in interdisciplinary rounds and hospital readmission rates: preliminary study</i>	Proporcionar aos doentes a alta ideal e serviços de acompanhamento, pode evitar readmissões não planeadas. Apesar das suas qualificações, os fisioterapeutas raramente são representados na equipe interdisciplinar	Determinar a relação entre a participação de fisioterapeutas no plano de alta interdisciplinar e as taxas de readmissão hospitalar	A identificação precisa da capacidade funcional do doente, assim como as necessidades de reabilitação e segurança na alta, são exclusivas dos fisioterapeutas. Há um aumento significativo na hipótese de readmissão não planeada e falta de serviços de acompanhamento ao doente quando os fisioterapeutas estão ausentes da equipa interdisciplinar, do que quando o fisioterapeuta participa na mesma.	Pesquisas adicionais podem fornecer evidências muito concretas sobre o papel indispensável dos fisioterapeutas no planeamento de alta dos doentes dos cuidados agudos
Liz Lees-Deutsch Janelle Yorke Ann-Louise Caress	<i>Principles for discharging patients from acute care: a scoping review of policy</i>	As Unidades de Medicina Agudas (Amus), fazem parte dos cuidados hospitalares agudos, onde o tempo de permanência do doente é curto e a rotatividade é alta.	- Identificar quais as políticas de transferências corretas aplicadas á alta dos doentes	- A política de altas do UK fornece pouca orientação ao pessoal clínico. - Foi criada uma tabela com 10 princípios de alta (orientação política) que são:	Os autores consideram que o envolvimento dos profissionais de saúde com o doente e a família/cuidador, é importante para o desenvolvimento do processo de alta. Também identificaram que apesar de ser importante as diretivas políticas implementadas para os processos de alta, a

TABELA COM ANÁLISE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE PROTELAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

		<p>A missão da <i>Amus</i> é assegurar a alta do doente de forma segura, identificando políticas e orientações para os profissionais de saúde.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento de alta na admissão procurando informações várias sobre o doente. - Categorizar as necessidades do doente aquando a alta, envolvendo-o assim como a família. - Desenvolver o plano de acção clínico para cada doente após 24H de admissão. - Coordenar a alta e providenciar uma assistência através de uma liderança eficaz. - Definir uma data de alta ou de transferência e discutir a mesma com o doente e família/cuidador. - Rever o plano de acção clínica com o doente diariamente para ajuste de medidas que se considerem necessárias. - Envolver o doente e cuidador nas decisões informadas e escolhas que possam maximizar a sua independência. - Dar conhecimento do plano de transferência ao doente quando a permanência ocorre mais do que sete dias. - Utilizar uma lista de verificação do processo de alta 24-48H antes da mesma. - Tomar decisões para a alta e transferências a cada dia. 	<p>realidade é que a política colocada em prática é fundamentada através das contingências adotadas pela equipa clínica. Os princípios adotados fornecem um padrão de qualidade e credibilidade em <i>Amus</i> para atingir a "prática perfeita".</p>
<p>Tara N.Francis-Lau</p>	<p><i>Using shock index to evaluate patients for transfer to a higher level of care</i></p>	<p>A decisão de transferir um paciente a um maior nível de cuidados (HLCO) de uma unidade médico-cirúrgica deve ser realizada com cuidado e de forma eficiente. O índice de choque pode ser benéfico na avaliação dos pacientes, particularmente quando os seus sinais vitais se encontram estáveis.</p>	<p>- A segurança do doente requer uma tomada de decisão rápida e por vezes existem poucos dados para analisar fatores de risco, que poderão dificultar a alta do mesmo</p>	<p>O Si (índice de choque) é uma ferramenta para avaliar a acuidade do paciente e tem um valor preditivo de mortalidade. A precisão do SI, combinado com a facilidade de cálculo e capacidade de avaliar a tendência de valores, faz com que seja uma ferramenta alternativa para os meios utilizados até então. O Si pode reduzir transferências desnecessárias, resultando menos desperdício de recursos e redução de custos nos cuidados de saúde.</p>	<p>O autor considera que são necessárias mais pesquisas, de forma a estabelecer uma correlação entre o aumento de SI e o impedimento da transferência do doente para a UTI, assim como o significado e ajustes para a mudança do mesmo. Como ferramenta indicadora para avaliação de pacientes para HLCO, será necessária mais investigação, utilizar os resultados para avaliar a custo-eficácia.</p>

IV_ HOSPITAIS EUROPEUS

1.1 _ Causas identificadas

Os atrasos para a admissão de doentes na UCI (Unidade de cuidados intensivos) e UTI (Unidade de terapia intensiva), estão associados a diversos adventos adversos e aos custos mais elevados que daí advêm. Também é identificado o impacto dos custos de alta precoce para o tratamento de doentes no domicílio com o apoio do serviço de hospitalização domiciliária, assim como a avaliação de eficácia e custos entre hospitalização domiciliária e o internamento hospitalar.

A análise dos indicadores da interação entre os serviços de saúde e assistência social referem um mau funcionamento e responsabilizam-nos pelo atraso nas altas hospitalares.

Foram identificadas readmissões até 90 dias pós alta de doentes com debilidades várias. Os critérios de alta deveriam ser alvo de uma reavaliação, quer do ponto de vista dos profissionais quer dos doentes e avaliar o impacto nos resultados e custos.

Também foram analisadas as readmissões hospitalares dos doentes mais idosos, pois refletem um indicador de qualidade emergente para hospitais de cuidados agudos.

As evidências recentes ligaram o declínio funcional durante e após a hospitalização com um risco elevado de readmissão hospitalar. No entanto, os modelos de atendimento que foram desenvolvidos para reduzir as taxas de readmissão hospitalar não abordam adequadamente os *deficits* funcionais.

Foi considerado importante a necessidade de proporcionar aos doentes uma proposta de alta ideal e serviços de acompanhamento, para evitar as readmissões não planeadas, porque, apesar das suas qualificações, os fisioterapeutas raramente são representados na equipa multidisciplinar.

Nos cuidados hospitalares agudos o tempo de permanência dos doentes é curto e a rotatividade dos doentes é alta. A *Amus* (Unidades de Medicina Aguda) têm a função de assegurar que a alta dos doentes é feita de forma segura, identificando políticas e orientações para os profissionais de saúde.

Quando um doente tem de ser transferido de uma unidade médico-cirúrgica para um maior nível de cuidados de saúde, a mesma deverá ser realizada com cuidado e eficiência, existindo uma ferramenta de avaliação dos doentes denominada *Índice de Choque* que poderá ser benéfica na avaliação dos mesmos, principalmente quando os sinais vitais estão estáveis.

1.2 _ Perceção dos autores

Entre os fatores organizacionais responsáveis pelos atrasos nas altas, os autores identificam a falta de gestão de informação, trabalho de equipa ineficiente, falta de recursos, dificuldade de integração dos doentes noutras instituições, entre outros.

No que diz respeito aos benefícios económicos ou a melhoria dos cuidados clínicos na hospitalização domiciliária os resultados são incertos uma vez que o grau de evidência é baixo. Neste caso, os autores concluíram que os cuidados prestados em hospitalização domiciliária não alteram dados relativos á mortalidade, reinternamento ou *status* funcional.

No entanto, um estudo identifica o aumento da taxa de mortalidade associada a doentes agudos que vêm a sua alta protelada. Também reflete a pouca interação e desempenho entre o SNS e os serviços de assistência social.

Os doentes com debilidades e cormobilidade associadas, devem ser monitorizados quando são transferidos, pois têm um aumento de risco de readmissão hospitalar, assim como os doentes com menor função motora devem ser monitorizados durante a sua reabilitação hospitalar e na pós-alta.

Num dos artigos foi mencionado que 8,6% dos doentes morreram após estarem clinicamente aptos para a alta hospitalar e que existe uma associação significativa entre o

aumento do risco da mortalidade e a permanência inadequada durante o primeiro ano após alta, pois 12,1% desenvolveram pelo menos uma complicação, motivo pelo qual tiveram de prolongar a sua estadia no hospital. Os atrasos nas altas afetam o estado emocional dos doentes e os profissionais que, por vários motivos geraram pressão para as altas hospitalares, também sentem frustração e culpa. Foi identificada a necessidade de comunicação e envolvimento entre os profissionais de saúde e os cuidadores, em todas as fases do processo de alta e esse objetivo é destaque nas orientações do governo do UK.

A interatividade entre os serviços de saúde e sociais são fundamentais para garantir que a alta é bem-sucedida tanto para o doente como para o cuidador.

Os resultados do artigo referem que, os fisioterapeutas podem contribuir de forma significativa para os modelos de transição de cuidados existentes e trabalhar de forma colaborativa com outras disciplinas de cuidados de saúde para reduzir as readmissões hospitalares evitáveis. Eles também são singularmente qualificados para avaliar a função física, o que representa um forte fator de risco independente para a readmissão hospitalar. No entanto, os fisioterapeutas não têm sido rotineiramente incluídos nos esforços de transição de cuidados além das recomendações de localização de alta - uma utilização importante, mas limitada, apesar da qualificação destes profissionais de saúde.

Verificou-se de forma significativa que, maiores taxas de readmissão foram observadas para os doentes cuja equipa multidisciplinar não tinha um fisioterapeuta e para os doentes que receberam alta para sua casa. Estas descobertas preliminares sugerem que a alta do cenário de cuidados intensivos é um processo elaborado e deve ser planeada com cuidado, a fim de identificar o processo ideal de alta, as pesquisas futuras devem considerar as complexidades dos pacientes, além da composição da equipa multidisciplinar para a alta.

Para orientação aos profissionais de saúde, a política de altas no UK criou uma tabela com 10 princípios:

- 1-Planear a alta na admissão procurando informações sobre o doente;
- 2-Categorizar as necessidades do mesmo e envolve-lo, assim como a família;

- 3-Desenvolver plano de ação clínico para cada doente após 24 h da admissão;
- 4-Coordenar a alta com liderança e eficácia;
- 5-Definir uma data de alta e discuti-la com o doente e familiares ou cuidador;
- 6-Rever o plano com o doente diariamente;
- 7-Envolver o doente e cuidador nas decisões informadas e escolhas que possam beneficiar e maximizar a sua independência;
- 8-Quando a permanência no internamento ocorre mais do que sete dias o doente deverá ter conhecimento do plano de transferência;
- 9-Os profissionais de saúde devem utilizar uma lista de verificação do processo de alta 24-48 horas antes da mesma;
- 10-Tomar decisões para as altas e transferência a cada dia;

V- SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

O sistema de saúde em Portugal é composto pela junção de três sistemas distintos, Serviço Nacional de Saúde (SNS), Subsistemas de Saúde, (SAMS, PT, CTT entre outros, que se encontram associados a determinadas profissões) e os Seguros de Saúde Privados.

Em Portugal, após o 25 de Abril de 1974 e até ao final da década de 70, os Portugueses ganharam direito ao acesso de cuidados de saúde com a criação de um Serviço de Nacional de Saúde universal, geral e gratuito, no entanto, com a segunda revisão constitucional, em 1989, o SNS gratuito foi ajustado para “Serviço Nacional de Saúde Universal e Geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

Os cidadãos que têm dificuldades económicas, com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, comprovada por Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, grávidas, crianças e jovens até aos 18 anos, entre outros, estão isentos do pagamento das taxas moderadoras.

O SNS, criado em 1979 passou a ser o serviço responsável pelo acesso aos cuidados de saúde de toda a população, os subsistemas são responsáveis por determinado grupo específico de profissionais, enquanto a responsabilidade das seguradoras provém de quem contrata os seus serviços.

1.1 _Subsistemas de saúde

Aos Subsistemas de saúde, com atividade efetiva em 1998 através do D. L. n.º 401/98, foi-lhes permitida a transferência de responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde para entidades públicas ou privadas. O Ministério da Saúde estabeleceu um protocolo com o IGIF (Instituto de gestão informática e financeira da saúde), mediante acordo de comparticipação financeira, ficando assim transferida a responsabilidade para os mesmos no que diz respeito ao pagamento dos encargos da saúde dos seus beneficiários, deixando os mesmos de poder ter acesso ao benefício na compra de medicamentos e prestações de cuidados de saúde do SNS.

Com o protocolo estabelecido, o Estado Português transfere anualmente um valor correspondente a uma capitação por beneficiário, ficando estas entidades responsáveis pelo pagamento dos cuidados prestados e medicamentos aos mesmos.

O sistema de saúde em Portugal oferece aos cidadãos cuidados de saúde em três áreas distintas:

- Cuidados de saúde Primários
- Cuidados hospitalares
- Cuidados integrados

As parcerias público privadas têm sido um elo de ligação entre os setores público-privado, onde os cidadãos podem recorrer aos serviços privados, com acordo dos serviços públicos (cheque cirurgia é um dos exemplos).

Enquanto prestadores de cuidados de saúde, o SNS tem apostado na prevenção, cuidados de saúde primários, vacinação, cuidados da grávida e da criança, hospitais de agudos, enquanto os privados focam-se em modelos diferenciadores e investem em tecnologia de ponta, equipamentos de diagnóstico e terapêutica, consultas de especialidade, medicina dentária e estomatologia, e no setor do medicamento (farmácias comunitárias).

Todas estas valências tornaram o privado numa escolha mais apetecível, captando mais clientes, devido à sua vasta diferenciação e especialização.

Um fator que se tornou visível no comportamento da oferta público/privada é o número de camas existentes, uma vez que os hospitais públicos reduziram a oferta e os privados investiram no aumento das mesmas.

Entretanto, o Estado Português também tem reformulado as suas políticas de saúde em programas específicos, e pode-se verificar a tentativa de recuperação de listas de esperas em cirurgias, denominado SIGIC (Sistema Integrado Gestão de Inscritos para Cirurgia), o incentivo á mobilidade de funcionários do SNS para o setor privado, implementação de incentivos fiscais para que os contribuintes possam deduzir os gastos que têm em saúde, programa cheque dentista para grávidas, crianças e idosos, tratamento a doentes portadores infeção por VIH/Sida, Rede de cuidados continuados integrados e as PPP.

“ É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público”
Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto Lei de Bases da Saúde _ Base II_ Política da Saúde alínea (f)

É importante o apoio e competitividade entre os setores distintos, público, privado e social, no entanto os critérios de controlo de qualidade, padrões de acesso aos cuidados de saúde deverão assentar no princípio da equidade.

Fazendo uma retrospectiva às unidades que prestavam cuidados de saúde em Portugal, pode-se verificar que em 1970 existiam 615 Hospitais, associados às Misericórdias. Entretanto com a criação do SNS em 1979 os referidos hospitais passaram a ser propriedade do Estado, transformando os de menor dimensão em centros de saúde.

Em 2002 foram imputadas medidas de alteração quanto à organização e gestão hospitalar, tendo em vista a adoção de práticas de gestão empresarial, e três anos mais tarde, foi efetuada nova alteração ao estatuto jurídico para Entidades Público-privadas, o que originou um processo de fusão de unidades hospitalares, procurando a promoção de melhores recursos técnico-financeiros, sem descurar a qualidade dos serviços ou o acesso aos mesmos.

O sistema de saúde português, da mesma forma que os outros países europeus, tem-se defrontado com problemas de eventual insustentabilidade financeira. O receio que num futuro próximo não seja financeiramente sustentável, a menos que sejam introduzidas medidas de funcionamento para que o crescimento da despesa pública com a saúde diminua, é uma das preocupações de Estado Português. A aposta está centrada num processo de empresarialização dos hospitais públicos (SNS), focado numa gestão empresarial, e uma aposta nos sistemas de informatização com monitorização dos indicadores de referência assim como o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

1.2 _ RNCCI

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional, um processo reformador desenvolvido por dois setores distintos, que visa o melhor acompanhamento e tratamento de cuidados de saúde aos cidadãos: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social.

O objetivo é encontrar respostas e apoiar pessoas em situação de dependência, reabilitá-las e proporcionar o acompanhamento a nível global e particular, dependendo da necessidade de cada cidadão.

A Rede está segmentada em diversas tipologias, que oferecem cuidados diferenciados de acordo com as necessidades da população, no entanto, também está focada no apoio domiciliário, ajudando pessoas com dependência de saúde e apoio social.

As unidades da rede dividem-se:

- Unidades de Internamento e convalescença
- Unidades de Internamento de média duração e reabilitação
- Unidades de Internamento de longa duração e permanente
- Unidade de Internamento de cuidados paliativos

1.2.1 _Missão da RNCCI

A RNCCI tem por missão a prestação de cuidados adequados, de saúde e apoio social a todas as pessoas, sem critério de idade, que se encontrem em situação de dependência, a qual se concretiza através de vários objetivos, nomeadamente a necessidade de diminuir internamentos desnecessários e evitar o recurso às urgências, reduzir o reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença das pessoas mais idosas, assim como a

redução do número de altas hospitalares, uma vez que muitos destes doentes ocupam camas de hospitais por não terem recursos alternativos.

Também prestam apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica, à recuperação pós internamento hospitalar, organização e planeamento das necessidades da população local/regional.

Consideram importante o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados. É de extrema importância a articulação e coordenação entre diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação.

1.2.2_Perspetivas Futuras

No plano nacional de cuidados de saúde, têm existido várias mudanças ao longo das últimas décadas, no entanto, existem preocupações objetivas e concretas que num futuro próximo devem estar solucionadas para melhorar as condições de vida de cada indivíduo, trazendo benefício para o próprio e para a sociedade.

Como perspectiva de melhoria considero que será necessário que as autoridades competentes continuem a intervir na promoção da saúde, nos doentes crónicos e na saúde mental.

O cidadão é a prioridade, e para que exista uma melhoria da saúde em Portugal, um dos principais focos deverá estar centrado na promoção da Saúde. É importante que cada um tenha consciência do papel que deve representar na sociedade, além dos cuidados que deve ter para consigo próprio. A literacia da população tem de ser cultivada com programas próprios específicos, direcionados a todas as idades e classes sociais, é importante que sejam levadas a cabo ações de informação e aconselhamento no domicílio e na comunidade, assim como em hospitais e centros especializados.

Ter consciência dos próprios problemas, acesso ao seu historial clínico e capacidade para poder fazer as próprias escolhas, quer das unidades como dos profissionais de saúde é um progresso qualitativo.

Os cidadãos com doenças crónicas deveriam ter serviços específicos para o acompanhamento da doença, sendo importante a criação de mais equipas para acompanhamento domiciliário e de proximidade, criando redes de especialidades, para que por intermédio das mesmas e através de protocolos e tecnologia, existisse uma partilha de conhecimento.

Este projeto de desenvolvimento deveria ter como objetivo a parceria entre os dirigentes da comunidade e os centros de saúde.

Grande parte dos custos em saúde estão associados a doenças crónicas e á morbidade associada às mesmas, pelo que, projetos específicos para o tratamento das mesmas aumentam a qualidade de vida e diminuem os custos efetivos.

Saúde Mental é outro problema emergente na nossa sociedade, existem problemas de acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados prestados. Os recursos estão alocados nas cidades, poucos cidadãos têm acesso às consultas de especialidade e o internamento é uma das soluções, não existindo nenhuma alternativa de acompanhamento destes mesmos doentes na comunidade.

É importante para a viabilidade de qualquer projeto a cooperação entre cidadão, autarquia, estado e profissionais de saúde.

A DGS, como serviço central do Ministério da Saúde, também procura promover o envolvimento dos três setores, público, privado e social, no sentido de implementar o Plano Nacional de Saúde, executando as suas orientações, estratégias e operacionais, de modo a obter mais ganhos em saúde para os portugueses, assegurando a equidade, qualidade e sustentabilidade do Sistema de Saúde.

VI _ NOTAS SUMÁRIAS

Do trabalho apresentado e após a pesquisa e análise dos artigos incluídos no mesmo, registro a preocupação demonstrada pelos diversos autores, perante o cenário das altas nos Hospitais da Europa.

Vários fatores estão associados à problemática do protelamento das altas, uns mais recorrentes, como a falta de recursos e dificuldade de integração dos doentes noutras instituições, assim como a dificuldade de interação entre os serviços de saúde e os serviços sociais.

A falta de cuidadores informais, a idade avançada de muitos doentes, doenças crónicas e cormobilidades associadas, entre outros, ditam em larga escala as readmissões hospitalares e o risco de mortalidade dos mesmos.

Tal como referido no PNS (2015), os ganhos em saúde maximizam-se através da integração de esforços sustentados nos diversos setores da sociedade e para que tal funcione, as estratégias devem estar assentes na cidadania, equidade de acesso, qualidade e nas políticas saudáveis.

Apesar das várias mudanças existentes nos últimos anos no que diz respeito ao plano nacional de cuidados de saúde, ainda existem lacunas que têm de ser preenchidas. Os cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados deveriam reunir as condições ideais de forma a cuidar em eficiência e eficácia dos cidadãos, porque as doenças crónicas, idade avançada, abandono, falta de acessibilidade e a falta de qualidade na prestação de serviços criam doenças físicas e emocionais e qualquer uma delas pode levar á morte.

PARTE II

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO – LOURES

I _ ALTAS HOSPITALARES EM CONTEXTO PORTUGUÊS

Os hospitais na Europa, nos últimos anos, debatem-se com o aumento da ocupação de camas por doentes que permanecem internados após alta clínica e que aguardam respostas para continuação de cuidados, Portugal não é exceção.

Perante este contexto foi necessário criar respostas adequadas e atempadas não só a nível dos cuidados de saúde como também a nível social, por parte de instituições, em meio hospitalar e na comunidade

Desta forma, em Portugal, foi definido no programa XVII Governo Constitucional a instauração de políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde e Segurança Social, tendo como objetivo a promoção ou a prevenção da funcionalidade dos doentes, permitindo desta forma uma melhor qualidade de vida para todos, de forma justa e equitativa e foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Este relatório de estágio reflete a análise efetuada nos hospitais europeus no contexto do protelamento da alta hospitalar e será também analisado um hospital português, Hospital Beatriz Ângelo em Loures, demonstrando a evolução ou permanência dos fatores responsáveis pelo protelamento das altas dos doentes que aguardam uma resposta para integrar na RNCCI.

Assistimos na EU nos últimos vinte anos a uma reforma contínua no sistema de saúde, considerando o envelhecimento da população e os desafios dos orçamentos públicos.

Em Portugal deparámo-nos com o aumento do envelhecimento da população e da esperança média de vida, mas também o aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes e com carências sócio económicas.

O surgimento das doenças crónicas aumentou exponencialmente, independentemente da idade, aumentando a permanência destes doentes nos hospitais. A perceção dos

profissionais de saúde em relação à qualidade da prestação de cuidados e da segurança do doente, tornou-se um assunto de extrema importância, uma vez que existem demasiados fatores que influenciam a permanência prolongada no internamento até à alta hospitalar.

A análise desses fatores é de extrema importância e para que possa ser melhorado o acesso aos serviços e à qualidade dos cuidados de saúde, terão de ser definidas estratégias para que os doentes obtenham a melhor assistência de cuidados no lugar certo e no tempo adequado.

ABSTRACT

Hospitals in Europe, in recent years, have been confronted with increased bed occupancy by patients who remain hospitalized after discharge from the clinic and who are awaiting responses to continued care, Portugal is not a exception.

In this context, it was necessary to create adequate and timely responses not only at the level of health care but also at the social level, from institutions, hospitals and the community.

In Portugal, the XVII Constitutional Government program defined the establishment of health policies integrated in the National Plan of Health and Social Security, with the objective of promoting or preventing the patients' functionality, thus allowing a better quality of life for all, in a fair and equitable way and the National Network of Integrated Continuing Care (RNCCI) was created, Decree-Law nº 101/2006, of June 6.

This stage report reflects the analysis carried out in European hospitals in the context of the postponement of hospital discharge, and a Portuguese hospital, Beatriz Ângelo Hospital in Loures, will also be analyzed, demonstrating the evolution or permanence of the factors responsible for postponing discharge of patients awaiting a response to join the RNCCI.

We have witnessed in the EU over the past twenty years a continuing reform in the health system, considering the aging of the population and the challenges of public budgets. In Portugal we faced increasing population aging and average life expectancy, but also an

increase in the prevalence of people with chronic disabling diseases and socioeconomic deficiencies.

The onset of chronic diseases increased exponentially regardless of age, increasing the permanence of these patients in hospitals. The perception of health professionals regarding the quality of care and patient safety has become a matter of extreme importance, since there are too many factors that influence the prolonged stay in hospital until discharge.

The analysis of these factors is of the utmost importance, and in order to improve access to services and the quality of health care, strategies will have to be defined so that patients get the best care in the right place at the right time.

Hospital Beatriz Ângelo – Loures, Portugal

Inaugurado a 19 de Janeiro de 2012, o Hospital Beatriz Ângelo (HBA) deve o nome à primeira mulher que votou em Portugal (1911), e que também foi a primeira médica a realizar uma cirurgia.

O HBA resulta de um contrato de parceria público privada (PPP) entre o Estado Português, a SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures (cujo acionista principal é a Espírito Santo Saúde, atualmente Luz Saúde) e a HL - Sociedade Gestora do Edifício (que tem por acionistas a Mota-Engil, Opway, Banco Espírito Santo, Espírito Santo Saúde e Dalkia). O acordo prevê a conceção, projeto, construção, financiamento, conservação e manutenção do Hospital pela HL, sob um contrato a 30 anos, e a gestão do estabelecimento, equipamento hospitalar e médico, e prestação de cuidados de saúde pela SGHL, por um período de 10 anos.



1.1 _ Visão e Missão do HBA

“A visão do Hospital Beatriz Ângelo é ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de elevada qualidade e pela excelência na coordenação e integração com os vários níveis de cuidados”

e como missão, *“Prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de atividade”*.

Os Valores desta Instituição ⁽¹⁾ baseiam-se em oito pilares que consideram fundamentais:

- Procura incansável de resultados
- Rigor intelectual
- Aprendizagem constante
- Responsabilidade pessoal
- Respeito e humildade
- Atitude positiva
- Integridade
- Espírito de equipa

O Hospital Beatriz Ângelo é um hospital público, integrado no Serviço Nacional de Saúde. A inauguração do hospital foi no dia 19 de janeiro de 2012, no entanto a abertura dos serviços foi feita

de forma faseada, tendo sido concluído em 27 de Fevereiro de 2012 com a abertura do serviço de Urgência Geral.

Esta unidade hospitalar teve o propósito de colmatar as necessidades da população com cerca de 278.000 habitantes, com uma requalificação da oferta de cuidados de saúde prestados na região de Lisboa e Vale do Tejo. A área de influência abrange os concelhos de **Loures**, (freguesias de Loures, Camarate, Bucelas, Unhos, Apelação, Santo António dos Cavaleiros, São Julião do Tojal, Fanhões, Lousa e Frielas), **Mafra** (freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estevão da Galés e Venda do Pinheiro), **Odivelas** e **Sobral de Monte Agraço**.

O Hospital Beatriz Ângelo é objeto de um contrato de parceria entre o Estado Português, a SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA e a HL – Sociedade Gestora do Edifício, SA.

O contrato estabelecido prevê a conceção, projeto, construção, financiamento, conservação e manutenção do hospital pela HL - Sociedade Gestora do Edifício, SA e a gestão do estabelecimento hospitalar e prestação de cuidados de saúde pela SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA.

1.2 _ Código de Conduta

A missão do HBA de “Prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de *atividade*” só poderá ser concretizado se existirem elevados padrões de ética e integridade.

Por esse fato, todos os colaboradores envolvidos, tal como os membros dos órgãos de administração, gestão e direção, voluntários, outros parceiros e consultores, têm um papel fundamental e indispensável, e o código de conduta do HBA (2) foi elaborado de fora a auxiliar e alcançar estes objetivos.

Também é objetivo da Instituição as regras de conformidade (3), pois nos cuidados de saúde é importante que todos sigam as regras instituídas na respetiva atividade diária.

1.3 _ Programa de Compliance Corporativo

Este programa é dirigido pela Direção Executiva com o apoio da Direção Jurídica e de Compliance da Luz Saúde. Tem como objetivo, detetar e prevenir inconformidades quer dos funcionários quer da Instituição, no cumprimento das leis estabelecidas, regras das entidades oficiais do setor da saúde, da Entidade Reguladora da Saúde ou das políticas, processos e procedimentos internos do HBA.

Desta forma, o programa compreende:

- Formação e treino dos colaboradores
- Monitorização de riscos
- Manutenção de sistema de reporte de acidentes, ou quase acidentes
- Resposta rápida a situações detetadas de não conformidade
- Proteção de todos os indivíduos que reportem, de boa-fé, preocupações de natureza ética
- Aplicação de planos de ação para quando as regras não são cumpridas

1.4 _ Regras no HBA

As regras (4) aplicáveis ao HBA e colaboradores resultam de duas fontes distintas:

- Internas e Externas

Anexo: (1)Valores (2) Código de conduta (3) Conformidade é obrigação de todos

1.5 _ Auditoria

As auditorias são responsáveis por fornecer informação de forma constante e relevante ao Conselho de Administração, Direção Executiva e serviços e colaboradores do HBA acerca do desempenho do hospital relativamente à identificação e controlo de riscos e cumprimento de disposições legais e regulamentares. As auditorias são internas e externas.

1.5.1 _ Auditoria Interna

É responsável pela auditoria interna do HBA a Direção de Acreditação e Certificação da Qualidade (DACQ), Direção de Operações e Processos (DOP), ambas da Luz Saúde, pela Comissão de Auditoria Clínica (CAC), pela Direção de Auditoria Interna, Planeamento e Controlo de Gestão (DAIPCG), pelo Gabinete de Gestão de Risco, pelo Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA), assim como também por outros serviços do HBA ou por consultores ou auditores contratados para o efeito.

1.5.2 _ Auditoria Externa

A auditoria externa é efetuada por entidades oficiais, designadamente a Direção-Geral de Saúde (DGS) a Administração Central do Sistema de Saúde, a Autoridade Tributária e Aduaneira, o Tribunal de Contas, a Entidade Reguladora da Saúde, as Inspeções Gerais da Saúde e das Finanças ou outros organismos oficiais.

No âmbito do contrato de gestão, se estiverem previstas contratualmente ou se fôr considerado pertinente, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo também desenvolve atividades de auditoria externa.

Anexo: (4) Regras aplicáveis HBA

1.6 _ Valências do HBA

O perfil assistencial do HBA envolve prestação e cuidados de saúde nas áreas de Especialidades Médicas, Cirúrgicas e Diagnóstico e Terapêutica.

Especialidades Médicas	Especialidades Cirúrgicas	Diagnóstico e Terapêutica
Cardiologia	Anestesiologia	Anatomia Patológica
Doenças Infeciosas	Angiologia e Cirurgia Vascular	Imunohemoterapia
Endocrinologia	Cirurgia Geral	Medicina Física e Reabilitação
Imunoalergologia	Cirurgia Plástica e Reconstructiva	Medicina Nuclear (inclui PET)
Medicina Interna	Dermato-Venerologia	Patologia Clínica
Nefrologia	Gastrenterologia	Radiodiagnóstico - TAC e RM
Neurologia	Obstetrícia/Ginecologia	Ecografia
Oncologia Médica	Oftalmologia	Litotricia
Pediatria	Ortopedia-Traumatologia	
Pneumologia	Otorrinolaringologia	
Psiquiatria	Urologia	

Psiquiatria Infância e
Adolescência

Reumatologia

1.7 _ Dimensão do HBA

O Internamento Médico-Cirúrgico do Hospital Beatriz Ângelo (HBA) distribui-se pelos pisos 2, 3 e 4 e está dividido em 10 alas, cada uma com 30 camas, maioritariamente em quartos duplos com casa de banho privativa. Em cada ala existem também três quartos de isolamento.

Quanto á dimensão na sua globalidade, a mesma divide-se da seguinte forma:

- Internamento é composto por 418 camas
- Consulta Externa tem 44 gabinetes de consulta e 23 salas de exame
- Bloco Operatório é composto por 8 salas de BO + 1 de Urgência
- Maternidade tem 5 quartos de parto + 2 salas de operações
- Hospital de Dia tem à disposição 93 postos médicos, incluindo Oncologia e Diálise), Pediátrico e Psiquiátrico.

Urgências:

- Geral (médico-cirúrgica)
- Obstétrica/Ginecológica
- Pediátrica

III _ EQUIPA DE GESTÃO DE INTERNAMENTO DO HBA

No HBA o Centro de Gestão I, representado pela Dra. Rita Sousa Machado, é responsável pelo Internamento e pelas Especialidades Médicas.

Importa também referir que é igualmente responsável por equipas transversais que são fulcrais no planeamento de alta do utente, Equipa de Gestão de Altas (EGA) e Serviço Social e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos (EIHSCP).

A EGA tem carater multidisciplinar e tem como principais competências identificar e avaliar precocemente os doentes que necessitam de cuidados diferenciados, elaborando propostas à Equipa Coordenadora Local (ECL), para que sejam encontradas as unidades corretas para admissão do doente na RNCCI.

A EGA também tem como função estabelecer a ligação entre o doente e os familiares, garantindo o acompanhamento dos mesmos durante o processo de ligação com os recursos da comunidade.

Existe um aumento de casos sociais no internamento dos hospitais portugueses, nomeadamente no HBA, deparamo-nos com o aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes e com carências sócio económicas, independentemente da idade.

Desta forma é necessário existir respostas adequadas e atempadas não só a nível dos cuidados de saúde mas também sociais por parte das instituições, em meio hospitalar e na comunidade.

Há um aumento constante e significativo da ocupação de camas por doentes que permanecem internados após alta clínica e que aguardam respostas sociais e/ou integração na RNCCI.

No HBA existem alas específicas para internamento dos casos sociais no piso 3, nomeadamente alas 3.3 e 3.4. Estas duas alas acolhem os doentes com critérios de

referenciação para outras unidades. São considerados casos sociais e semanalmente é feito um balanço das altas clínicas, readmissões e novos casos.

É realizada uma reunião de cariz multidisciplinar, onde se encontram entre outros, médico diretor do serviço, enfermeira coordenadora, médico fisiatra, técnico de fisioterapia e responsável pelo centro de gestão.

Assisti a algumas reuniões e percebi que nas mesmas é avaliado cada utente, individualmente, tendo em conta a situação de saúde, evolução ou regressão da mesma, fatores que condicionam a alta, como barreiras de cariz familiar, desenvolvimento motor inadequado que permita ao doente a sua sustentabilidade fora do contexto hospitalar, dificuldade de integração da RNCCI, entre outros.

RNCCI

Foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, RNCCI, no âmbito da problemática vivida com a dificuldade de integração dos doentes nos pós hospitalar. Desta forma, o programa XVII Governo Constitucional, definiu como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde e Segurança Social, que permitem promover a funcionalidade, reduzindo as incapacidades, de forma a contribuir para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Como objetivos propostos, destacam-se o investimento no desenvolvimento de cuidados de longa duração, a qualificação e humanização na prestação de cuidados de saúde e criação de laços de proximidade com a comunidade, de forma a criar resposta à diversidade de situações que caracterizam o envelhecimento e alterações de saúde ou doença na população. Este modelo de intervenção, pressupõe uma integração dos cuidados de saúde e sociais, assim como a natureza preventiva, paliativa, envolvendo os diversos profissionais de saúde, familiares e o Estado como principal incentivador.

a) Enquadramento

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e publicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional, um processo reformador desenvolvido por dois setores distintos, que visa o melhor acompanhamento e tratamento de cuidados de saúde aos cidadãos: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social.

O objetivo é encontrar respostas e apoiar doentes em situação de dependência, que precisem de cuidados de saúde e apoio social, quer sejam de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa. O foco é assegurar o acompanhamento prestado em ambulatório, no internamento ou por equipas hospitalares e domiciliárias, consoante cada necessidade e independentemente da idade.

As respostas são ajustadas a cada doente, dependendo das circunstâncias da doença e da evolução da mesma, da condição social e estrutura familiar. O importante é a permitir que os cuidados pós hospitalares sejam efetuados de forma eficaz. É fundamental o apoio aos familiares ou prestadores informais, por forma a capacitá-los e qualifica-los para a prestação de cuidados que irão prestar.

A RNCCI assegura quatro tipos de resposta, tal como indicado no quadro seguinte:

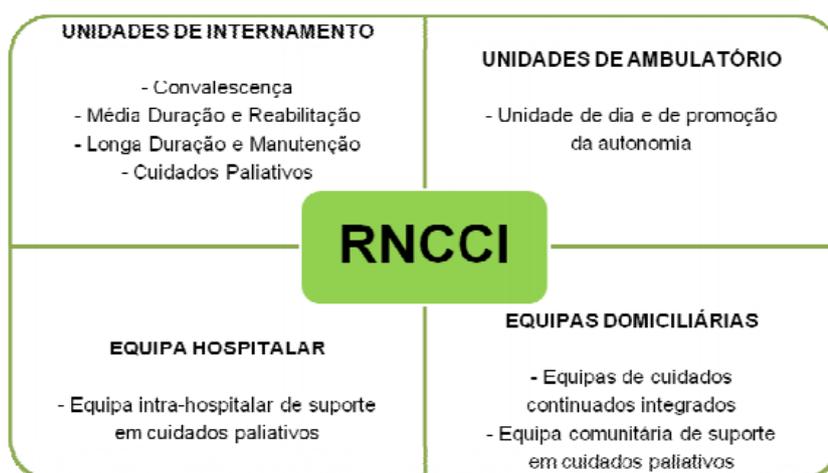


Figura 1 Manual prestador UMCCI Agosto 2011

Os cuidados continuados integrados podem ser definidos como “ a *reabilitação, a readaptação e a reintegração social*” assim como “*provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis*“

(alíneas a) e b) do nº 1 do artigo 5º do Decreto- Lei nº 101/2006, de 06 de Junho _ responsável pela criação da RNCCI)

E também como:

“ *Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social*”

(alínea k da Base II da Lei nº 52/2012, de 5 de Setembro – a Lei de Base dos cuidados paliativos)

b) Missão

O pressuposto definido como missão da RNCCI tem como finalidade o seguinte:

- Diminuição de internamentos desnecessários
- Redução do reinternamento hospitalar ou internamento para convalescença de idosos
- Aumento do apoio social e serviços de saúde para reabilitação e promoção de autonomia
- Diferenciação de estruturas para reabilitação nos cuidados pós internamento hospitalar
- Interação com Centros de saúde através da identificação das necessidades e cuidados da população
- Incrementar uma maior eficiência na resposta de cuidados agudos hospitalares

c) Unidades de Internamento

As unidades de internamento são constituídas:

- UC _ Unidades de convalescença

Estas unidades têm como objetivo a estabilização do doente quer a nível clínico quer funcional. Habitualmente são doentes que estão em fase de recuperação de um processo agudo ou de um problema crónico recorrente com probabilidade de recuperação até 30 dias.

- UMDR _ Unidades de Média Duração e Reabilitação

São as indicadas para doentes que precisam de um tempo de transição necessário para a sua reabilitação e independência, proveniente de uma situação clínica aguda ou descompensação de um problema crónico, cuja reabilitação seja previsível entre 30 a 90 dias.

- ULDM _ Unidades de Longa Duração e Manutenção

A finalidade desta unidade prende-se com a necessidade de prevenir ou retardar o agravamento da situação de dependência do doente, cujo nível de dependência é elevado e complexo, não podendo ser tratado no domicílio. Nesta unidade a permanência em regra é superior a 90 dias.

- UCP _ Unidades de Cuidados Paliativos

As unidades de cuidados paliativos destinam-se a doentes com patologias em estado avançado ou em fase terminal de vida e que necessitam de uma prestação de cuidados e terapêutica com plano paliativo.

d) Unidades de Ambulatório

As unidades de ambulatório são constituídas por Unidades de dia e de Promoção de autonomia, cuja função é apoiar os doentes cujas condições físicas e de saúde lhe permite a permanência no domicílio.

Os cuidados prestados são facultados em regime de dia e ajudam a promover a autonomia destes doentes.

e) Equipas domiciliárias

Entende-se como Equipas Domiciliárias as Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Integrados e as Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Paliativos.

Estas equipas são da responsabilidade das UCC e do ACES conforme nº 4 do art.º 11º do DL nº 28/2008 de 22 de fevereiro, e têm uma intervenção multidisciplinar junto dos doentes que se encontram em dependência funcional ou doença terminal. Também são responsáveis pelo cuidado dos que se encontrem em convalescença, com apoio social, mas que não requer internamento.

Os profissionais de saúde que integram as Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Paliativos têm formação especializada e específica em cuidados paliativos, de forma a prestar os cuidados de saúde quer em contexto domiciliário, quer nas Unidades de Reabilitação.

As equipas são provenientes dos Cuidados de Saúde Primários em cooperação com os serviços sociais.

f) Equipas Hospitalares

Equipas Hospitalares são compostas por Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e também pela Equipa de Gestão de Altas (EGA).

As Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos estão presentes nos hospitais de agudos, e são compostas por diferentes grupos de profissionais com formação específica em cuidados paliativos.

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar, orientada para a preparação e gestão das altas hospitalares e faz a interação com outros serviços, para onde os doentes necessitam de ingressar, dando continuidade dos seus cuidados de saúde a apoio social, quer em regime de ambulatório ou internamento.

V_HBA – GRÁFICOS REPRESENTATIVOS ALTAS

1.1 _ Protelamento Hospitalar _ 2014 a 2017 na faixa etária 0-14 anos

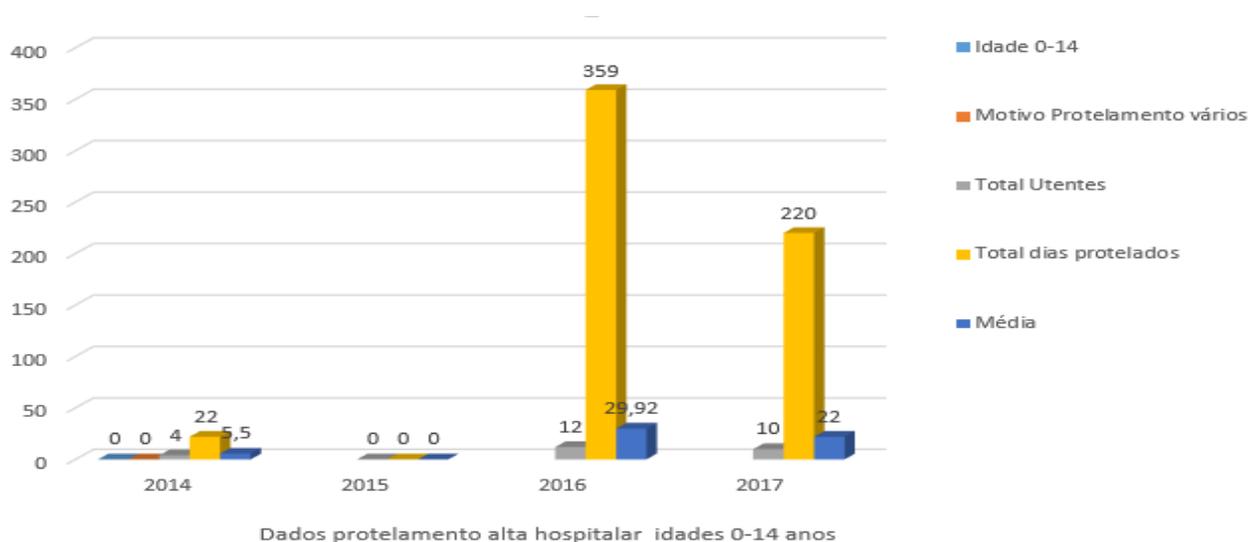


Gráfico elaborado através dados HBA

Durante o ano de 2014 verificou-se um total de protelamento de 4 utentes, a soma dos dias protelados foram 22, o que perfaz uma média de 5,5 dias para cada utente.

Em 2015 não ocorreu nenhuma situação de protelamento nesta faixa etária, no entanto o ano de 2016 foi o mais “complicado”, tendo registado o maior número de casos e dias de protelamento, tal como registado no gráfico, 12 utentes, 359 dias de alta em atraso, o que corresponde em média a 29,92 dias para cada utente.

Em 2017 estiveram 10 utentes a aguardar alta o que fez uma média de 22 dias em média/utente.

O motivo de protelamento baseia-se na disfuncionalidade familiar, existem casos de abandono, incapacidade institucional ou familiar, reorganização familiar, demora na resposta da CPCJ, entre outros.

1.2 _ Protelamento Hospitalar _ 2014 a 2017 na faixa etária 15-24 anos

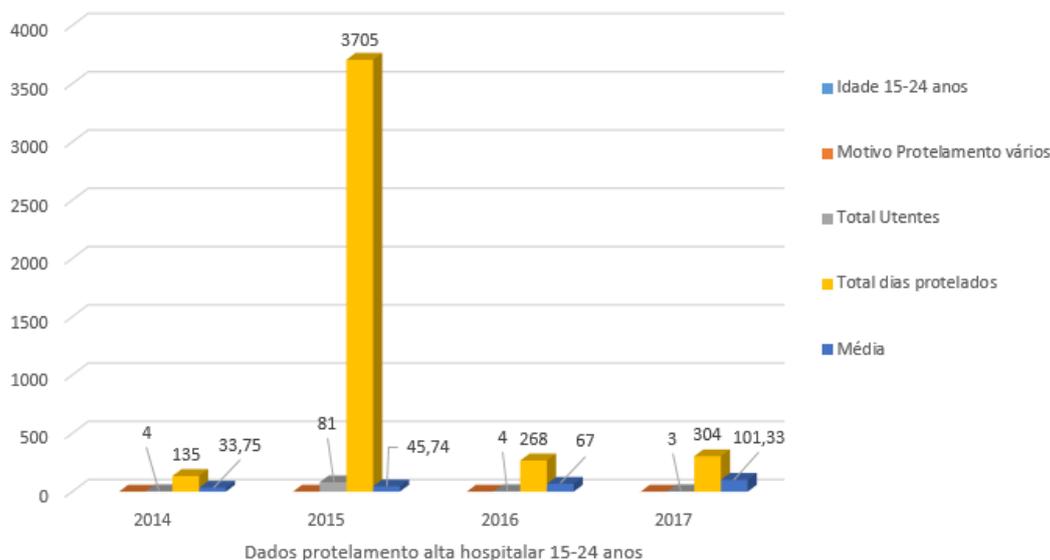


Gráfico elaborado através dados HBA

O gráfico representa a faixa etária 15-24 anos e reflete a realidade das altas dos casos sociais entre 2014 e 2017.

No ano 2014 verificou-se um protelamento de 3 utentes em que o motivo do mesmo deveu-se a problemas de disfunção familiar, originou um total de 121 dias de atraso na alta, o que corresponde a 40,33 dias por utente. Existiu também uma alta protelada em 14 dias cuja causa ficou a dever-se insuficiente suporte de rede. Em 2015 os utentes que aguardavam pela sua “organização familiar”, 8 no total, corresponderam a 44 dias totais de protelamento, no entanto, apenas 1 doente esteve a aguarda 300 dias para entrada numa ERPI, motivo, abandono.

Neste ano verificaram-se muitos casos de protelamento, 40 doentes aguardaram um total de 1340 dias por incapacidade familiar/institucional, 18 por indisponibilidade ou recusa da família, o que originou uma espera hospitalar em 1106 dias. Estes doentes aguardaram entrada em ERPI, Lar, acordo entre as equipas de alta e a família ou resposta da comunidade. O motivo de Isolamento sem rede de suporte originou o protelamento em 504 dias e os doentes eram 6, nestas condições.

Outros seis doentes aguardaram no hospital que existisse acordo entre a família e a equipa de gestão de altas, entrada Lar e recusa de alta por familiares, num total de espera de mais 64 dias. Outra situação surgiu como recusa de familiar no que diz respeito à alta e o doente aguardou 297 dias para entrar numa ERPI.

Internamento devido a violência familiar também consta nos registos do HBA e este doente aguardou 50 dias até conseguir entrada numa ERPI.

O ano de 2016 registou o internamento de dois doentes que aguardavam institucionalização, num total de 250 dias, outro aguardou resposta da comunidade por 14 dias, e também a CPCJ demorou 4 dias a responder a um processo de um doente.

Em 2017, nesta faixa etária 15-24 anos, verificaram-se apenas 3 doentes a aguardar respostas da comunidade ou medidas da CPCJ, no entanto estiveram um total de 304 dias (indevidos) no internamento.

1.3 _ Protelamento Hospitalar _ 2014 a 2017 na faixa etária 25-54 anos

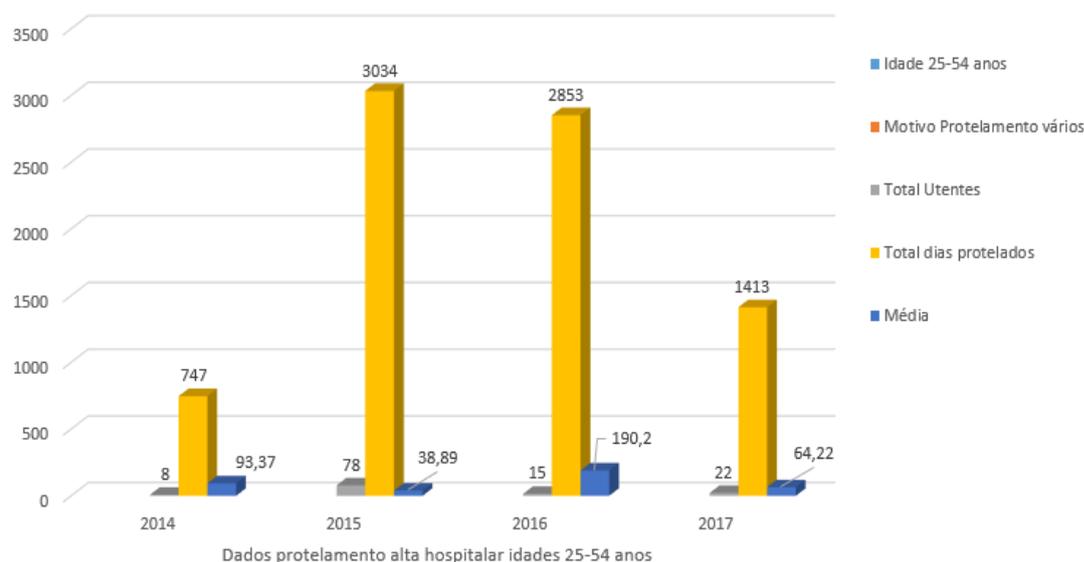


Gráfico elaborado através dados HBA

O protelamento de altas de utentes com idades compreendidas entre 25 e 54 anos, demonstra que o ano 2014, apesar de identificar 8 doentes a aguardar alta, totaliza 747 dias, o que de fato é um número muito elevado, sendo que, em média, cada um destes doentes representa uma espera de 93,37 dias.

A incapacidade e indisponibilidade familiar ou institucional tem como consequência esta espera onerosa para a instituição e “desumana” para o doente.

Em 2015 o HBA teve um utente protelado por abandono durante 300 dias, outro doente que viu protelada a sua saída em 297 dias, aguardando entrada numa ERPI pois a família recusou a alta para o domicílio. Juntando outros doentes que aguardavam institucionalização, acordo entre as famílias e as equipas hospitalares, o ano 2015 totalizou 78 doentes com um total de 3034 dias de protelamento. O ano de 2016 também foi deveras complicado, registando para esta faixa etária 25-54 anos a demora em 2853 dias para concretização da alta de 15 doentes, o que perfaz uma média de 190,2 dias por doente.

A incapacidade familiar ou institucional originou o protelamento de 5 doentes em 1572 dias e outros 7 em 1030 dias, por isolamento sem rede de suporte.

Mais um doente (sem-abrigo) internado nesse ano pelo período de 166 dias, entre outros que se encontravam protelados por indisponibilidade da família.

Em 2017, dos 22 casos sociais, a maior representação foi de 9 doentes que totalizaram 1094 dias de espera por aguardar resposta da comunidade para a sua integração e 2 sem-abrigo, um esteve 103 dias no internamento, também a aguardar resposta da comunidade, enquanto o outro permaneceu no internamento e no final do ano de 2017 continuava a aguardar resposta.

1.4 _ Protelamento Hospitalar _ 2014 a 2017 na faixa etária 55-64 anos

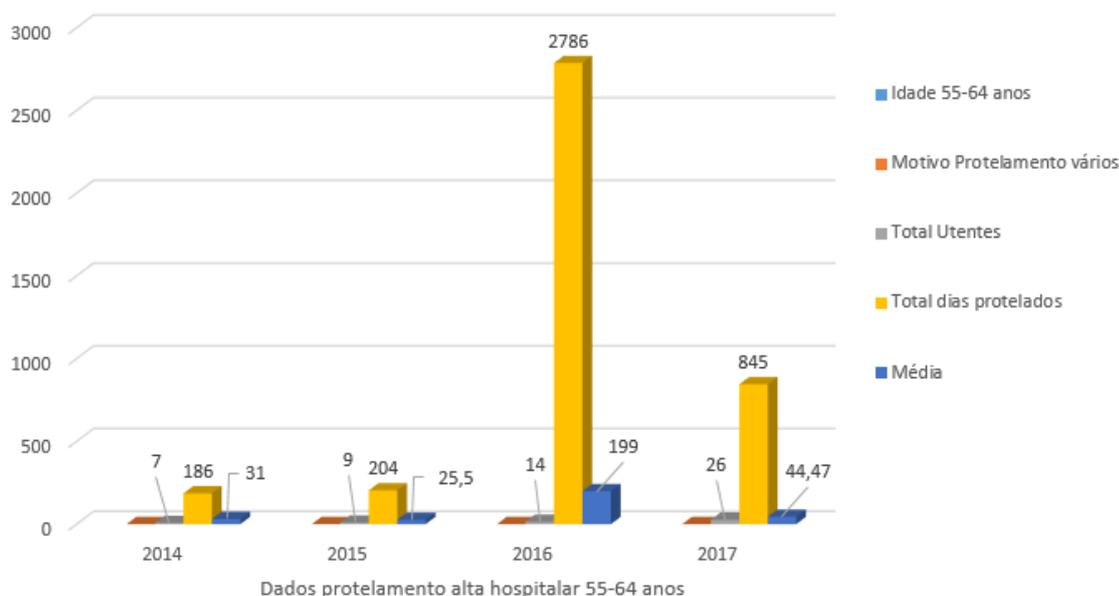


Gráfico elaborado através dados HBA

No gráfico que representa o protelamento, causas e dias de espera para os doentes com idades compreendidas entre os 55 e 64 anos no ano de 2014, verifiquei que uma das causas de protelamento incidiram na disfuncionabilidade familiar, um doente, que aguardou 37 dias, 3 doentes por incapacidade da família, no entanto apenas dois aguardaram um total de 40 dias, o que representou uma média de 20 dias. O outro doente, apesar de estar referenciado e que seria expectável o protelamento da sua alta, conseguiu sair do HBA no próprio dia.

Aconteceu também a mesma situação com dois doentes referenciados que aguardavam a data da sua alta devido ao insuficiente suporte da rede, no entanto apenas um ficou, infelizmente, por 60 dias. O outro doente conseguiu também alta no próprio dia.

Mais um sem abrigo foi retido na unidade hospitalar por 49 dias enquanto aguardava resposta da comunidade.

O ano de 2015 não foi muito diferente. Há a referenciação de um abandono familiar que conseguiu ter alta de seguida e foi intergrado na rede de cuidados, no entanto as respostas da comunidade demoraram a chegar 24 dias para um doente e 43 para outro.

O protelamento por indisponibilidade e/ou recusa da família assim como a demora das respostas da comunidade, custaram um espera de 58 dias a 3 utentes, que traduz uma demora de 19,33 cada.

Mais um sem-abrigo referenciado nesta instituição que aguardou 30 dias pela resposta da comunidade para institucionalização.

Nesta faixa etária 55 aos 64 anos, 2016 teve sem dúvida o pior resultado quanto á demora das altas. Quatorze doentes conseguiram o total de 2786 dias de protelamento, média 199 dias para cada um deles, o que de fato é preocupante.

Um doente esteve 40 dias “retido” no HBA a aguardar resposta na comunidade, uma vez que foi abandonado pela família. Outros 7 doentes ficaram um total de 1789 dias a aguardar resposta da comunidade e Ministério público, e 3 doentes por dificuldade de respostas da comunidade viram a sua alta protelada em 145 dias no total.

Encontram-se referenciados outros 2 doentes, onde as causas de internamento não são mencionadas, no entanto um deles aguardou 5 dias e o outro 803 dias para conseguirem resposta na comunidade. Esteve internado 1 doente por violência familiar durante 4 dias enquanto aguardava institucionalização.

Em 2017, o total de dias de protelamento de altas foi de 845, distribuido por 24 doentes.

O problema da reorganização familiar afetou 3 doentes, um deles ainda se encontrava internado no final de 2017, enquanto os outros dois doentes totalizaram 131 dias a aguardar respostas da comunidade. Incapacidade familiar ou institucional foi responsável pelo internamento de 11 doentes, 3 continuaram internados no final do ano e os outros 8 totalizaram 151 dias de espera. O mesmo aconteceu devido á causa indisponibilidade/recusa da familia, responsável pelo atraso da alta de 5 doentes, 2

continuaram internados no final do ano e os outros 3 doentes estiveram 221 dias no total a aguardar a sua transferência para outra instituição, prefazendo uma média de 73,66 dias cada. Abandono familiar encontra-se representado em 6 doentes, um continuou internado e 5 totalizaram 341 dias de protelamento. Foi registado mais um doente que apenas aguardou 1 dia pela decisão do Ministério público.

1.5 _ Protelamento Hospitalar _ 2014 a 2017 na faixa etária maior 65 anos

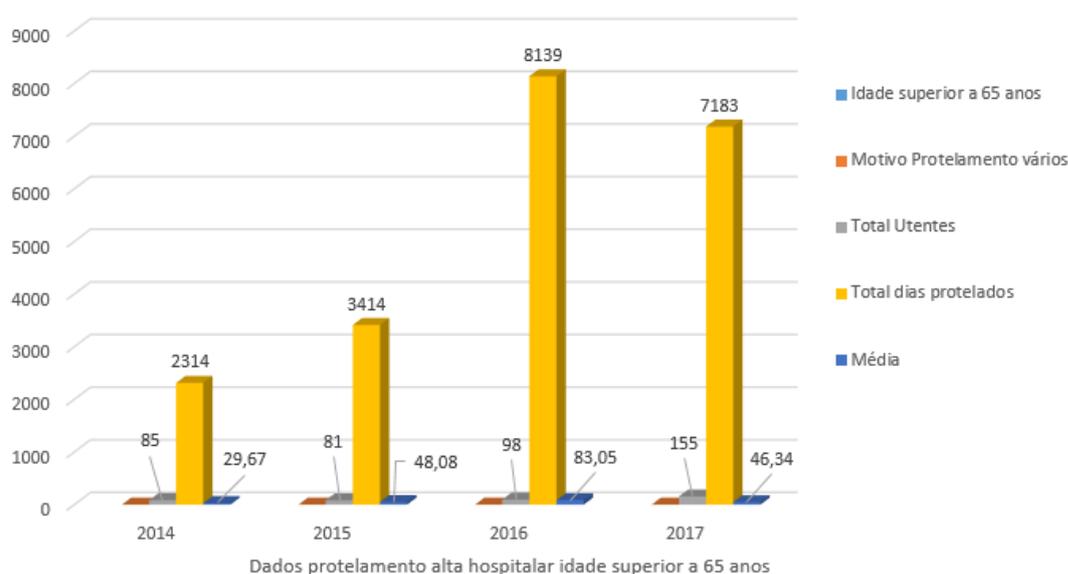


Gráfico elaborado através dados HBA

O gráfico que representa o numero de doentes internados com idade superior a 65 anos a aguardar a transferência para domicílio ou outras instituições é bastante representativo das dificuldades existentes quer para o doentes, quer para o Hospital.

É notória a evolução de casos e numero de protelamento entre 2014 a 2016. A incapacidade e indisponibilidade familiar é deveras preocupante, em 2014 o HBA registou 43 casos que resultou em 1202 dias de protelamento de alta, em 2015 foram proteladas 19 altas onde os doentes aguardaram (no total) 1107 dias.

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

Infelizmente em 2016 o motivo de protelamento incapacidade e indisponibilidade familiar não melhorou, até porque ficaram registados 38 doentes protelados, num total de 1392 dias e em 2017 por incapacidade familiar e institucional, ficaram internados 53 doentes num total de 1326 e no final do ano dois deles ainda não tinham conseguido a transferência de instituição.

São vários os motivos pelos quais os doentes ficam internados e não podem voltar ao domicílio. Uns são vítimas de abandono e ficam dezenas ou centenas de dias a aguardar uma resposta da comunidade, que tarda. A recusa da família em levar os seus familiares para casa é recorrente. Em 2016, 22 doentes viram a sua alta protelada representando um custo de 2291 (em dias) para o HBA e em 2016, 22 doentes totalizaram 2291 dias.

VI _ ANÁLISE DAS CAUSAS PROTELAMENTO HOSPITAIS UK E PORTUGAL

Ao fazer uma análise dos problemas e causas do protelamento de altas registadas na Europa, nomeadamente em UK e em Portugal (HBA), posso concluir que são semelhantes e transversais.

Nos diversos artigos pesquisados, foi identificada a necessidade de intervenção multidisciplinar aquando o internamento dos doentes, nomeadamente o Serviço Social e Fisioterapia. Nesse contexto, realizei uma pequena entrevista aos responsáveis desses serviços do HBA, para que se possa conhecer os procedimentos adotados e as dificuldades que surgem diariamente, nomeadamente com doentes que ficam retidos no internamento e apesar dos esforços dos profissionais para que os doentes sejam encaminhados de forma eficiente e eficaz para o domicílio ou outras instituições, muitos continuam com as suas altas proteladas. Vou denominar **E1** para a entrevista efetuada com o Serviço Social e **E2** com a Fisioterapia.

Quando o artigo *Análise da Revisão Cochrane: Alta Hospitalar Precoce para Hospitalização Domiciliária*, dos autores Alves et al (2017), refere que a hospitalização domiciliária é um serviço necessário para proporcionar tratamento aos doentes no seu próprio domicílio, consegue-se perceber que apesar da necessidade, ainda não existem recursos suficientes para o efeito.

Na (E1), a Dra. Rita Isabel Miranda, responsável pela coordenação do Serviço Social da Urgência do HBA, referia quando falava acerca de um doente:

- ... “o apoio domiciliário por si só não era suficiente, ou tinha de estar em casa com o apoio 24 horas/ dia, infelizmente também não existem essas respostas,.... mas para o apoio domiciliário, não existe ainda esta estrutura montada, de ter um cuidador a um preço que seja acessível para a família!” ... “por um lado, das estrutura não há resposta, mesmo quando se fala de cuidados continuados, não há camas suficientes para os pedidos, ou então deveriam criar novas resposta mais adequadas à realidade...devia-se apostar nos cuidadores informais, porque são poucas as instituições que têm esta resposta e são muito onerosas. Se estas duas respostas fossem melhoradas já aliviava bastante.”

Outro fator que os autores Alves et al (2017) evidenciam como importante para análise, é a potencial vantagem económica na redução dos custos do internamento hospitalar, assim como a

avaliação do efeito hospitalização domiciliário na mortalidade, reinternamento e satisfação dos doentes.

Quanto à vantagem económica na (E1), a Dra. Rita Isabel Miranda comentava :

- ... *“nas urgências o tempo é muito importante, porque os prazos são muito mais apertados, no espaço de horas temos de resolver a situação e o doente tem de sair do hospital.”*

Quanto á questão da mortalidade e reinternamento não me consigo pronunciar por falta de dados, mas quanto á satisfação dos doentes, é notório que os mesmos preferem sempre o domicílio, mesmo quando as situações não são as ideais ou seguras para a sua recuperação.

- ... *“este senhor dizia “ eu trabalhei a minha vida toda para ter a minha casa “... “eu sou feliz na minha casa”... “eu não vou”.*

Estas frases foram pronunciadas por um doente que precisava de ser integrado na rede de cuidados porque estava acamado e tinha sofrido vários AVC's. Foi difícil a equipa conseguir o consentimento do mesmo e fazer a sua integração, apesar de terem conseguido de uma forma expecional, uma vaga de emergência em ERPI. O doente não tinha família, o único filho que tinha estava preso e não tinha ninguém que pudesse cuidar dele, e, nas condições de saúde em que se encontrava era impossível voltar a casa.

O artigo *“Role of Physical Therapists in Reducing Hospital Readmissions: Optimizing Outcomes for Older Adults During Care Transitions From Hospital in Community”*, dos autores Falvey, et al (2016), analisa as readmissões hospitalares dos mais idosos, uma vez que as mesmas, refletem um indicador de qualidade emergente para os hospitais de cuidados agudos. As evidências que os autores verificaram, foi de um risco elevado de readmissões por défice funcional, o que liga a necessidade extrema da contribuição dos fisioterapeutas á otimização da função física.

No HBA, a fisioterapeuta Ana Filipa Regadas Pires, faz parte da equipa que cuida dos doentes que se encontram no internamento, incluindo as alas 3.3 e 3.4, que reportam os casos sociais. Na conversa que tivémos, foi notória a preocupação do pouco tempo dispensado a cada doente, o que reflete o suporte inadequado e conseqüente défice funcional, que poderá originar readmissões hospitalares num curto espaço de tempo.

Quando lhe coloquei a questão de quando eram iniciados os tratamentos de fisioterapia ou se existia alguma dificuldade em iniciar o tratamento de forma imediata, a resposta foi:

(E2)

- ... *“Os pedidos são feitos, por vezes ainda o doente está na urgência, antes de ir para o internamento... e os doentes iniciam o mais precocemente possível. Muitas vezes nós não temos recursos suficientes para conseguir garantir esse início e então, por esse motivo, iniciam tardiamente... não porque o pedido seja feito tarde demais, mas porque muitas vezes nós não temos recursos para isso, sobretudo nos meses de pico, entre Outubro e Março, Abril, temos muitos doentes e há um pico imenso no internamento. Quando o pedido é feito, devíamos iniciar no dia seguinte, e por vezes só conseguimos iniciar um ou dois dias depois, mas por causa de recursos...”*

Questionei também se tinha indicação que os doentes por vezes são readmitidos porque a sua mobilidade encontra-se afetada.

(E2)

- ... *“Sim. Eu acho que o que acontece pelo fato dos doentes terem esta falta de resposta é ficarem mais tempo internados... as famílias não os levam, o doente não vai para casa, prolonga-se mais o internamento... não estão bem funcionalmente e pronto... Ficam mais tempo internados.”*

No que diz respeito à falta de recursos que mencionou, a Fisioterapeuta Filipa explicou:

(E2)

- ...” *A ideia geral é que o trabalho devia ser feito com mais qualidade, com mais tempo para o doente, porque nós, nas oito horas de trabalho que temos, vimos vinte e um doentes, com tudo o resto que temos para fazer.... Além dos doentes, temos os registos informáticos para fazer, o que nos deixa vinte minutos para cada doente. Esses vinte minutos nunca são vinte minutos reais, porque por exemplo, chegamos ao internamento, o doente está a almoçar... vamos para outro doente, esse pode ter ido à casa de banho.... Portanto, o tempo real que temos para o doente andar nos dez minutos! Claro que quando temos de trabalhar com o doente do ponto de vista funcional, tirar o doente da cama, fazer treino de marcha, etc. etc. O tempo é completamente insuficiente, o que faz com que depois se perca um bocadinho os ganhos que se poderiam ter, obviamente.”*

Quando entrevistava a Filipa, surgiu-me a questão da interação multidisciplinar necessária para que a alta fosse dada de forma consciente, com a contribuição de todos os profissionais de saúde. Coloquei a questão “ Como a fisioterapia está integrada na equipa multidisciplinar, quando se reúnem para efetivar o processo de alta, a vossa opinião é considerada?”

(E2)

- ... “Não..”

Voltei a questionar se a interação era apenas considerada nos casos sociais, uma vez que existem outros doentes no internamento.

(E2)

- ...”Neste momento, lá está..., há a nossa opinião e há a nossa intervenção, principalmente nos serviços 3.3 e 3.4, onde é feita a reunião, e aí sim, é feito um plano em conjunto com o fisioterapeuta e fisiatra, relativamente a cada doente. Os outros doentes, a grande maioria... têm alta e nós nem sabemos que havia uma alta programada, ou que o doente ia ter alta nesse dia... mais uma vez, por falta de recursos... pois temos muitos doentes por dia.

Cada um de nós, trata vinte e um doentes por dia e isso também não nos dá margem para poder discutir com os médicos, com a equipa de enfermagem, ou seja, existe de facto a equipa multidisciplinar, mas durante o nosso dia de trabalho não está contemplado tempo para podermos discutir todos os doentes.

... ou se nos cruzamos com o médico e o caso seja falado..., ou quando os médicos tentam procurar e falar. Nós também devíamos falar e consultar os processos mais vezes, mas não há tempo, e porque não há recursos, não há tempo.

O artigo “*Could the rise in mortality rates since 2015 be explained by changes in the number of delayed discharges of NHS patients*”, refere o aumento da prevalência de pacientes quando associada a sua alta hospitalar, foi responsável pelo aumento em 1/5 da mortalidade.

Este estudo refere também que um ineficiente desempenho do SNS e a assistência social, pode ter um impacto adverso sobre a saúde da população.

Pela conversa com a assistente social do HBA, percebi que os *timings* entre Instituições estão desalinhados, o que faz com que o doente tenha de aguardar cuidados, ficando com o risco acrescido de obter outras doenças enquanto aguarda hospitalização.

(E1)

- ... *“É difícil, porque as estruturas estão muito saturadas e o problema é, ou estarem saturadas, ou a resposta possível é dada num tempo que não é compatível com o nosso. Porque a grande dificuldade, aqui, no hospital é que os nossos tempos nunca são compatíveis.*

O hospital funciona 24 h por dia e estamos sempre a trabalhar, embora no serviço (social) não estamos as 24 horas por dia, mas estamos todos os dias da semana, no entanto, os tempos, lá fora, na comunidade são sempre diferentes.

Quando eu faço um pedido a uma colega, por exemplo a uma quinta-feira, e ela diz-me que só atende uma vez por semana e por exemplo é à quarta-feira, isso significa que só na semana seguinte é que ela vai atender.”

Existe a dificuldade de integração dos mais idosos na Rede de Cuidados Continuados, mas também existe um problema deveras preocupante com os doentes mais novos, com doenças crónicas incapacitantes, sem aptidão para se cuidarem sozinhos, mas sem critérios de idade para integração na rede.

A Dra. Rita Miranda demonstrou essa preocupação e relatou que, infelizmente, surgem muitos casos cuja resolução é deveras difícil.

(E1)

- ... *“Eu preocupo-me com todos, mas se nós formos ver as respostas que foram criadas, são para crianças e para idosos, no entanto, cada vez mais temos pessoas com idade ativa que têm doenças com sequelas. É claro que há muito a fazer nas crianças e nos idosos, mas depois há aqui uma fatia que não se enquadra... Se houver um doente dependente que não tenha a idade para ser considerado idoso, pessoas com 55, 56 anos, que não são consideradas idosas mas estão dependentes, não podem ficar sozinhas... se eu fizer um pedido de integração em Lar dizem que não o podem aceitar pelo critério da idade.”*

Nos gráficos representados é notório o aumento de número de doentes a partir da faixa etária 25-54 anos.

Existe um aumento de casos em que cidadãos em idade ativa no mundo laboral, devido a problemas estruturais ficam retidos numa unidade hospitalar a aguardar uma resposta da comunidade.

VII _ PROBLEMAS IDENTIFICADOS/PERSPETIVA DE MELHORIA

Do trabalho apresentado e após a pesquisa e análise dos artigos incluídos no mesmo, registo a preocupação demonstrada pelos diversos autores, perante o cenário das altas nos Hospitais da Europa. A falta de cuidadores informais, idade avançada dos doentes e doentes crónicos ditam muitas readmissões hospitalares.

Deveriam existir programas específicos para capacitar cidadãos e motivá-los no apoio nesta área que direta ou indiretamente afeta toda a população.

Os Ministérios da Saúde e Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, deveriam proporcionar programas específicos, dando formação a cidadãos que se interessam e tenham motivação nesta área dos cuidados de saúde.

O problema do desemprego é real, continuam a existir muitos cidadãos que vêm rejeitados os seus CV pelo fator idade e muitas dessas pessoas estão em idade ativa para trabalhar e evidentemente precisam de se sentir úteis e realizadas. Ao existir um programa de incentivo nesta área dos cuidadores informais, dois problemas seriam resolvidos em conjunto, além dos problemas psicológicos, depressões entre outros, que seriam evitáveis e que estão associados ao fator desemprego.

Apesar das várias mudanças existentes nos últimos anos no que diz respeito ao plano nacional de cuidados de saúde, ainda existem lacunas que têm de ser preenchidas. Os cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados deveriam reunir as condições ideais de forma a cuidar em eficiência e eficácia dos cidadãos, porque as doenças crónicas, idade avançada, abandono, falta de acessibilidade e a falta de qualidade na prestação de serviços criam doenças físicas e emocionais e qualquer uma delas pode levar á morte.

Os doentes crónicos são outro problema emergente na nossa sociedade. Cada vez mais existem cidadãos com doenças crónicas, nomeadamente, hipertensão, diabetes mellitus, doenças autoimunes, cancro, entre outros.

Muitas delas não colocam o doente em risco de vida num curto espaço de tempo e nem sempre se manifestam em episódios agudos, no entanto podem ser muito dolorosas, o que faz com que os doentes sejam hospitalizados.

Torna-se necessário investir nestes doentes, criar serviços específicos onde possam ser monitorizados e assistidos, para que não seja necessário as idas frequentes ao hospital, que infelizmente podem causar risco de outras infeções e morbilidade associada, devido á fragilidade imunitária em que se encontram.

Apesar de todos os esforços e iniciativas governamentais assim como as alterações do plano nacional de saúde, existe necessidade de continuar a intervir nos doentes crónicos.

Vários fatores estão associados à problemática do protelamento das altas, uns mais recorrentes, como a falta de recursos e dificuldade de integração dos doentes noutras instituições, assim como a dificuldade de interação entre os serviços de saúde e os serviços sociais.

Tal como referido no PNS (2015), os ganhos em saúde maximizam-se através da integração de esforços sustentados nos diversos setores da sociedade e para que tal funcione, as estratégias devem estar assentes na cidadania, equidade de acesso, qualidade e nas políticas saudáveis.

Quanto aos recursos hospitalares, consegue-se perceber notoriamente que são insuficientes e são responsáveis pelos atrasos nas altas, deveriam ter uma gestão mais ativa, informação e trabalho de equipa.

Será necessário uma abordagem diferente por parte dos profissionais de saúde. Os nossos gestores têm de se focar no doente e os profissionais de saúde deverão ter uma abordagem interdisciplinar no processo de admissão e na alta do doente. No final do processo, se o processo fôr encaminhado de forma eficiente e eficaz, os resultados serão também melhores, quer para o doente quer para a instituição.

A cooperação entre profissionais de saúde deve ser extrema e quer da análise dos artigos, quer dos relatos das profissionais do HBA, consegue-se perceber que na realidade, em muitos casos, não existe mais cooperação porque não existem recursos suficientes. A questão que coloco é se a falta de investimento nos recursos profissionais consegue combater o deficit financeiro das readmissões hospitalares dos doentes, as altas proteladas dos mesmos, não mencionando sequer a dignidade humana e a qualidade de vida que todos os cidadãos merecem.

É muito importante que os profissionais de saúde se envolvam de forma correta e coerente com os familiares dos doentes. Todas as informações são importantes e de alguma forma podem ajudar na recuperação e alta do mesmo.

Os doentes quando estão internados sentem-se fragilizados, e nem sempre é apenas pelo problema que os levou ao Hospital. A tristeza pode gerar estado de ansiedade que poderá trazer outro tipo de problemas aos profissionais. Daí ser muito importante que profissionais de várias especialidades possam ver o doente, falar com ele e perceber se existe mais algum problema para além do físico. Os familiares ou cuidadores também devem estar presentes com o doente e profissionais de saúde, discutir os progressos e expectativas de alta.

De todas estas considerações gostaria de terminar o meu trabalho mencionando as orientações políticas criadas em UK no artigo “Principles for discharging patients from acute care: a scoping review of policy” dos autores Lees-Deutsch, et al (2016),as quais considero de extrema importância e que deveria ser implementada nos hospitais portugueses.

1. Planeamento de alta na admissão procurando informações várias sobre o doente;
2. Categorizar as necessidades do doente aquando alta, envolvendo-o assim como a família;
3. Desenvolver o plano de ação clínico para cada doente após 24 H de admissão;
4. Coordenar a alta e providenciar uma assistência através de uma liderança eficaz;

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

5. Definir uma data de alta ou de transferência e discutir a mesma com o doente e família/cuidador;
6. Rever o plano de ação clínica para o doente, diariamente para o ajuste de medidas que se considerem necessárias;
7. Envolver o doente e cuidador nas decisões informadas e escolhas que possam maximizar a sua independência;
8. Dar conhecimento do plano de transferência ao doente quando a permanência ocorre mais do que sete dias;
9. Utilizar uma lista do processo de alta 24-48 h antes da mesma;
10. Tomar decisões para a alta e transferência a cada dia;

Em Portugal temos a RNCCI que considero um excelente investimento do XVII Governo Constitucional. Este governo definiu a RNCCI como uma das políticas sociais que mais pode contribuir para uma maior qualidade de vida assim como a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária, no entanto, considero que é insuficiente.

A falta de camas nestas unidades tornou-se notória, o que implica também a permanência indevida dos doentes nas unidades hospitalares.

Se existirem unidades intermédias como sugeri anteriormente, formação e incentivo a cuidadores informais, aumento de recursos (profissionais de saúde), multidisciplinaridade e entajuda desses mesmos profissionais em prole do doente, certamente muitos deles não precisariam de integrar na rede de cuidados e as vagas existentes estariam disponíveis para aqueles que de fato necessitam.

É importante a criação de novas estruturas, no entanto terá de existir uma reorganização de todas as existentes, de forma a rentabilizá-las, reestruturando-as de forma eficaz e eficiente.

Como futura Gestora em Saúde gostaria de assistir a algumas destas mudanças que considero serem benéficas para toda a população.

BIBLIOGRAFIA

An Integrative Literature Review of Organisational Factors Associated with Admission and Discharge Delays in Critical Care

Peltonen, L.-M., McCallum, L., Siirala, E., Haataja, M., Lundgren-Laine, H., Salanterä, S., & Lin, F. (2015). Revisão Integrativa de Literatura de Fatores Organizacionais Associados a Atrasos na Admissão e Descarga em Cuidados Críticos. *BioMed Research International*, 2015, 868653. <http://doi.org/10.1155/2015/868653>

Análise da Revisão Cochrane: Alta Hospitalar Precoce para Hospitalização Domiciliária

[Artigo em Português; Resumo disponível em Português da editora]

Alves M 1 , Bigotte Vieira M 2 , Costa J 3 , Vaz Carneiro A 3 *Acta Med Port.* 29 de dezembro de 2017; 30 (12): 835-839. doi: 10.20344 / amp. 9791 Epub 2017 29 de dezembro.

Could the rise in mortality rates since 2015 be explained by changes in the number of delayed discharges of NHS Patients

MA Verde , Dorling D , Minton J , e outros

J Epidemiol Community Health Publicado on-line em primeiro lugar: 02 de outubro de 2017. doi: 10.1136 / jech-2017-209403

Hospital readmission following discharge from inpatient rehabilitation for older adults with Debility

Rebecca V. Galloway, Amol M. Karmarkar, James Graham E., Alai Tan, Mukaila Raji, Carl V. Granger, Kenneth J. Ottenbacher; Readmissão Hospitalar após a alta da reabilitação de internação para idosos com debilidade, fisioterapia , volume 96, edição 2, 1 de fevereiro de 2016, páginas 241 – 251, <https://doi.org/10.2522/ptj.20150030>

Impact and experiences of delayed discharge: A mixed- studies systematic review

Rojas-García, A., Turner, S., Pizzo, E., Hudson, E., Thomas, J. e Raine, R. (2018). Impacto e experiências de alta atrasada: Uma revisão sistemática de estudos mistos. Expectativas de Saúde: Revista Internacional de Participação Pública em Cuidados de Saúde e Políticas de Saúde , 21 (1), 41-56.<http://doi.org/10.1111/hex.12619>

‘Out of Hospital’: A Scoping study of services for carers of people being discharged from hospital

Borthwick, R., Newbronner, L., & Stuttard, L. (2009). 'Out of Hospital': a scoping study of services for carers of people being discharged from hospital. Health & Social Care In The Community, 17 (4), 335-349. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00831.x

Role of Physical Therapists in Reducing Hospital Readmissions: Optimizing Outcomes for Older Adults During Care Transitions From Hospital to Community

Falvey, J. R., Burke, R. E., Malone, D., Ridgeway, K. J., McManus, B. M., & Stevens-Lapsley, J. E. (2016). Role of Physical Therapists in Reducing Hospital Readmissions: Optimizing Outcomes for Older Adult. During Care Transitions From Hospital to Community. *Physical Therapy*, 96 (8), 1125-1134.

Understanding the relationship between physical therapist participation in interdisciplinary rounds and hospital readmission rates: preliminary study

Falvey, J. R., Burke, R. E., Malone, D., Ridgeway, K. J., McManus, B. M., & Stevens-Lapsley, J. E. (2016). Role of Physical Therapists in Reducing Hospital Readmissions: Optimizing Outcomes for Older Adult. During Care Transitions From Hospital to Community. *Physical Therapy*, 96 (8), 1125-1134.

Principles for discharging patients from acute care: a scoping review of policy

Lees-Deutsch, L., Yorke, J., & Caress, A (2016). Principles for discharging patients from acute care: a scoping review of policy. *British Journal of Nursing*, 25 (20), 1135-1143.

Using Shock Index to Evaluate Patients for Transfer to a Higher Level of Care

Francis-Lau, T. N. (2016). Using Shock Index to Evaluate Patients for Transfer to a Higher Level of Care. *MEDSURG Nursing*, 25 (5), 301-318.

Relatório Primavera 2016 OPSS 14-06-2016 disponível

<http://www.aenfermagemasleis.pt/relatorio-de-primavera-2016-opss-14-06-2016/>

Hospitais e Combinação Público-Privada no Sistema de Saúde Português

Acta Med Port. 2016 mar; 29 (3): 217-23. doi: 10.20344 / amp.6712. Epub 2016 31 de março.

https://www.researchgate.net/publication/301544965_Hospitals_and_the_Public-Private_Combination_in_the_Portuguese_Health_System

ARS_LVT Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo IP disponível

<http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/215>

Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020_Maio 2015 disponível

<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>

Diário da República, 1.^a série — N.º 172 — 5 de setembro de 2012 disponível

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Lei-n-52-2012-%E2%80%93-Assembleia-da-Rep%C3%BAblica-%E2%80%93-Lei-de-Bases-dos-Cuidados-Paliativos.pdf>

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Decreto-Lei nº 101/2006
disponível

<http://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/p/cons/20171229/pt/html>

RNCCI - Manual do Prestador Maio 2011 disponível

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf

IP Espaços/Edifícios/Empresas Janeiro 2013 disponível

http://www.hbeatrizangelo.pt/fotos/clipping/hba_ip_janeiro_2013_5908510965119113825184.pdf

Hospital Beatriz Ângelo - Código de Conduta disponível

http://www.hbeatrizangelo.pt/fotos/editor2/codigo_de_conduta_hba_versao_1_1.pdf

ANEXOS

(1) **Hospital Beatriz Ângelo – Valores**

Os Valores do Hospital Beatriz Ângelo

O HBA rege-se por valores que devem ser partilhados e observados por todos os seus colaboradores:

-Aprendizagem constante: refletimos e aprendemos com a nossa experiência, por forma a melhorar o nosso desempenho futuro.

-Responsabilidade pessoal: damos o melhor de nós próprios e assumimos a responsabilidade por atingir os nossos objetivos na nossa área de atuação.

-Respeito e humildade: respeitamos os outros e as suas ideias e contamos com o seu contributo. Assumimos as limitações da nossa experiência e valorizamos outras perspetivas. Reconhecemos que não existem tarefas inferiores. Asseguramos a existência de um ambiente de trabalho agradável e um relacionamento cordial e cortês entre todos.

-Atitude positiva: somos ambiciosos nos objetivos, acolhemos novas ideias com entusiasmo e temos orgulho nos resultados.

-Integridade: somos honestos, leais e sérios em tudo o que fazemos, tendo sempre presente os valores e expectativas dos nossos acionistas e, acima de tudo, dos nossos doentes.

-Espírito de equipa: acreditamos que o esforço coletivo é a melhor forma de alcançar os nossos objetivos e potenciar o impacto da nossa ação na comunidade. **-Procura incansável de resultados:** estamos determinados a atingir resultados ambiciosos e mensuráveis na concretização da nossa missão. Assim, continuaremos a perseguir com empenho os nossos objetivos finais, mesmo que encontremos dificuldades e constrangimentos ao longo do percurso.

-Rigor intelectual: obrigamo-nos a ser críticos em relação a tudo o que fazemos, abordando cada assunto e decisão com rigor e de forma racional, procurando sempre a melhor ideia ou solução.

(2) **Código de Conduta**

As normas do Código de Conduta são imperativas para todos os colaboradores do HBA, independentemente do vínculo, e a sua violação poderá ser suscetível de levar à abertura de procedimento disciplinar nos termos legalmente previstos, podendo ainda acarretar outras consequências contratual ou legalmente previstas. Desta forma, é essencial a adesão de cada colaborador aos princípios e regras estabelecidas.

A inobservância das normas de conduta do presente Código implica a responsabilidade dos infratores, nos termos das normas gerais legais e regulamentares em vigor.

A aplicação do presente Código de Conduta e o seu cumprimento não impede ou dispensa o colaborador de respeitar e cumprir outras leis, códigos e manuais de conduta específicos para determinadas funções, atividades ou grupos profissionais. O presente Código de Conduta não colide com as regras de ética e deontologia profissional dos diferentes grupos profissionais que colaboram com o HBA.

(3) **Conformidade: Saber o que é Devido. Fazer o que está Certo.**

A conformidade é obrigação de todos. A conformidade nos cuidados de saúde significa que todos seguem as regras instituídas na respetiva atividade diária. Assim, é necessário o compromisso de todos para:

-Evitar comportamentos que violem essas regras ou que, apenas, pareçam que as violem;

-Reportarem às chefias apropriadas qualquer atuação relevante que viole as leis, as regras regulamentares ou as políticas, processos e procedimentos do HBA. As atuações que violem as leis, as regras regulamentares ou as políticas, processos e procedimentos do HBA devem ser reportadas. As chefias que recebam o reporte de uma atuação que viole as leis, as regras regulamentares ou as políticas, processos e procedimentos do HBA ou suspeitas de que tal tenha acontecido, têm a obrigação de investigar e, caso se confirmem, de as comunicar ao nível organizacional acima do seu.

(4) **Regras no HBA**

Quem faz as regras?

As regras aplicáveis ao HBA e seus colaboradores resultam de dois tipos de fontes: **Externas**, integrando a legislação aplicável de âmbito geral, bem como a legislação específica respeitante ao setor da saúde, as normas emanadas pelas entidades oficiais, como por exemplo, a Direção-Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde, a Autoridade Tributária e Aduaneira ou

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

outros organismos oficiais, as normas emitidas pelas Ordens profissionais no exercício da sua competência legal ou as determinações das Entidades Reguladoras competentes. O Contrato de Gestão entre a SGHL e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo constitui-se, igualmente, como fonte de regras externas a cumprir.

Internas, compreendendo todas as políticas, processos, procedimentos, orientações clínicas e técnicas, bem como as deliberações dos órgãos sociais competentes, produzidas internamente no HBA ou, caso sejam de aplicação transversal às diversas unidades, no Grupo Luz Saúde.

Entrevista 1 (E1)

Transcrição da Entrevista com a Coordenador Serviço Social da Urgência do HBA

C (Célia)

R (Dra. Rita Miranda)

C- Fale me um bocadinho do seu dia-a-dia. Em que situações o serviço social é ativado aqui na urgência?

R- No meu dia-a-dia sou eu que tomo sempre a iniciativa de procurar se há doentes, não fico á espera que o doente seja sinalizado, mas talvez por ser no serviço de urgência, porque cada serviço pode fazer de maneira diferente.

Como eu sei que de manhã eles passam visita, (a equipa de médicos e de enfermagem), quando chego, vou ter com os responsáveis e pergunto se existem situações novas, porque eles podem ter acabado de as receber e podem não dizer de imediato. Assim sei quais são as situações para avaliar, para começar o quanto antes a avaliá-las.

Então, ou me passam uma situação que já está com alta, que veio de madrugada e vai ter alta e esse doente tem prioridade, (porque na urgência conta muito o tempo), ou são situações que começamos a investigar e não sabemos muito bem se vai ter alta ou não, mas começamos a fazer algumas diligências. Depois, se o doente fôr internado passamos o trabalho às colegas, mas a primeira coisa que faço é ir ter com a equipa e perceber o que é que há. Também pode não haver nada no início do dia, mas a meio podem surgir algumas situações. O ideal é perceber cedo se há alguém para avaliar, para começarmos quanto antes com as diligências, porque na urgência o tempo é muito importante, porque os prazos são muito mais apertados, no espaço de horas temos de resolver a situação e o doente tem de sair do hospital.

C- E a primeira abordagem que faz é tentar saber se o doente tem família?

R- A primeira abordagem é ver a ficha de identificação do doente, se é nosso, se é fora da área ou não, se já foi avaliado pelo serviço social, o que o trouxe à urgência.

Faço uma avaliação do processo clínico e processo social, se está dependente ou não, saber se o doente está capaz de fornecer dados, se estiver, a primeira pessoa com quem nós falamos é com o doente, e, depois, de acordo com o que falamos com o doente, se tiver família, entramos em contacto com a família ou com as redes de apoio, ou com redes de apoio novas que vamos pedir e criar, mas o ponto de partida é o doente, a não ser que o mesmo não esteja capaz.

C- Quais são as maiores dificuldades que sente para quando é necessário dar alta no serviço de urgência e não há a possibilidade de o fazer com rapidez?

R- *É difícil, porque as estruturas estão muito saturadas e o problema é, ou estarem saturadas, ou a resposta possível é dada num tempo que não é compatível com o nosso. Porque a grande dificuldade, aqui, no hospital é que os nossos tempos nunca são compatíveis.*

O hospital funciona 24 h por dia e estamos sempre a trabalhar, embora no serviço (social) não estamos as 24 horas por dia, mas estamos todos os dias da semana, no entanto, os tempos, lá fora, na comunidade são sempre diferentes.

Quando eu faço um pedido a uma colega, por exemplo a uma quinta-feira, e ela diz-me que só atende uma vez por semana e por exemplo é à quarta-feira, isso significa que só na semana seguinte é que ela vai atender.

C- O que é feito aos utentes que têm alta para sair da urgência mas não se consegue resolver a situação dos mesmos?

R- *Se não se conseguir resolver, se não houver uma resposta, se for de todo impossível, quer pela situação clínica, que pela necessidade de continuidade de cuidados que o doente necessita mas que não se consegue assegurar..., em última instância, depois de uma avaliação, sempre multidisciplinar, tem de se optar por internar o doente, mas isso é sempre a última alternativa e é uma decisão partilhada.*

Depois de avaliar tudo, se o doente estiver em risco de voltar para onde estava e não houver solução, tem de ficar.

C- Qual foi o processo de alta mais difícil que se recorda?

R - *Eu aqui na urgência, só estou há um mês, por isso não tenho muita bagagem de experiência de altas muito difíceis. Aquilo que eu tenho tido, que não é o ideal, é pedido para os doentes permanecerem mais tempo na urgência para evitar o internamento, e como nós apostamos muito que o doente vá para casa quando o apoio está a ser iniciado..., tem acontecido muito isso, permanecem mais tempo na urgência.*

Todos os dias tenho de fazer um ponto de situação e justificar, dizendo que na minha opinião o ideal seria o doente ficar, no entanto, a equipa pode concordar ou não. Felizmente têm colaborado e os doentes também têm saído.

Tem corrido bem porque os doentes saem com as respostas.

A alta mais difícil que tive (e é muito difícil trabalhar isto), é quando onde o doente não aceita o apoio. Tive um doente amplamente conhecido pelo serviço social e pelo hospital, veio do serviço de urgência, uma situação já com risco de vida, estava em casa,

dependente, veio á urgência por acompanhamento de porta por parte da polícia e dos bombeiros, porque os vizinhos fizeram queixa (não sabiam que o senhor estava isolado, não sabiam se estava vivo ou não ... e chegou num péssimo estado, uma situação de risco.

Consegui uma coisa que quase é impossível, uma vaga de emergência em ERPI, pela Segurança Social, uma vaga de emergência...que nunca há... conseguimos o impossível, vou falar com o senhor e ele diz “não vou!”.

Tivemos com ele uma hora e tal, a falar e a explicar o porquê... e ele dizia “eu sou feliz na minha casa”, portanto ele considera que é feliz no sítio onde é mal cuidado e onde precisa de cuidados.

Eu dizia que compreendia perfeitamente que ele se sentisse feliz, mas que ele estava em risco e que não podíamos deixar que voltasse para onde estava... e, se um dia fosse possível, tinha de ter a casa reorganizada, ter muito apoio e isso até podia ser possível mas neste momento não era.

O filho tinha sido detido, (o filho que ele tanto gosta e que tanto quer, está preso), por isso está completamente sozinho... Depois de uma hora de conversa, ele disse “não concordo, não assino”.

O que é que vamos fazer ao senhor, se ele tem uma vaga de emergência onde pode estar protegido, (porque ele não precisava de cuidados de saúde muito diferenciados) mas que ele recusa e eu também não o podia deixar ir para casa...

Foi difícil e depois de uma nova intervenção, juntamente com a equipa, a médica esteve a falar com ele e então assinou a tal declaração em como consentia ir para o Lar... Teve de permanecer mais um dia porque a vaga só estava disponível no dia seguinte, e, antes de ir, uma vez que tivemos de fazer um papel por causa da proteção de dados (e que ele teve de assinar), voltou a dizer que não queria ir... voltamos a falar com ele, voltamos a explicar tudo e ele acabou por sair.

O mais habitual é o problema das estruturas, mas o que também é muito difícil é a própria pessoa, ou não reconhecer que precisa de ajuda e por isso não aceita, ou quando não quer...se calhar já está a desistir um bocadinho da vida e por isso não quer.

No caso deste senhor, ele não podia mesmo voltar para casa. Se há situações em que nós percebemos que a situação não é a ideal mas é a possível, que o doente também quer mas não há risco, (porque é importante a avaliação do risco), neste caso era de todo impensável, não podia estar sozinho, um doente acamado, com vários AVC's.

O apoio domiciliário por si só não era suficiente, ou tinha de estar em casa com apoio 24h por dia, (infelizmente também não existem estas respostas),ou são os extremos, o tirar de casa e ir para um Lar, mas, para o apoio domiciliário, não existe ainda esta estrutura montada de ter um cuidador a um preço que seja acessível para as famílias.

O que este senhor dizia era "eu trabalhei a minha vida toda, para ter a minha casa" (percebo que queira estar na casa dele), e nós estávamos quase a fazer uma maldade que era tira-lo da casa dele... mas ele também não podia lá estar sozinho.

C- Para terminar, (porque havendo muita coisa para falar, vamos ter de terminar) queria perguntar, na sua opinião, o que é que poderia melhorar no SNS para agilizar as situações de alta? Considera que o principal problema são as estruturas?

R- *Sim, por um lado, das estruturas não há resposta, mesmo quando se fala dos cuidados continuados não há camas suficientes para os pedidos, ou então deveriam criar novas respostas mais adequadas às realidades... porque nós temos o extremo, temos de tirar as pessoas de casa quando a vontade delas é ficar em casa.*

Devia-se apostar mais nos cuidadores informais, porque são muito poucas as instituições que têm esta resposta e são muito onerosas.

Se estas duas respostas fossem melhoradas já aliviava bastante.

Aqui, neste hospital que já existe á seis anos, temo-nos esforçado muito para criar boas relações com os nossos parceiros, de os conhecer, de ver situações em conjunto e isso temfacilitado muito, mas quando as próprias estruturas não têm resposta, por muito boa vontade que tenham, não se consegue.

C- A maior parte desses utentes são idosos, ou também há pessoas mais novas?

R- *Eu preocupo-me com todos, mas se nós formos ver as respostas que foram criadas, são para crianças e para idosos, no entanto, cada vez mais temos pessoas com idade ativa que têm doenças com sequelas. É claro que há muito a fazer nas crianças e nos idosos, mas depois há aqui uma fatia que não se enquadra... Se houver um doente dependente que não tenha a idade para ser considerado idoso, pessoas com 55, 56 anos, que não são consideradas idosas mas estão dependentes, não podem ficar sozinhas... se eu fizer um pedido de integração em Lar dizem que não o podem aceitar pelo critério da idade.*

É um assunto delicado e complicado!

Entrevista 2 (E2)

Transcrição da Entrevista com a Fisioterapeuta responsável pelos doentes internados nas alas sociais do HBA

C (Célia)

F (Ana Filipa Regadas Pires)

C- Considera que os utentes que se encontram no internamento e necessitam de fisioterapia, iniciam as sessões de tratamento no *timing* certo, ou existe alguma dificuldade em iniciar o tratamento de forma imediata?

F- *Durante o internamento iniciam na grande maioria das vezes no timing certo.*

Os pedidos são feitos, por vezes ainda o doente está na urgência, antes de ir para o internamento... e os doentes iniciam o mais precocemente possível. Muitas vezes nós não temos recursos suficientes para conseguir garantir esse início e então, por esse motivo, iniciam tardiamente... não porque o pedido seja feito tarde demais, mas porque muitas vezes nós não temos recursos para isso, sobretudo nos meses de pico, entre Outubro e Março, Abril, temos muitos doentes e há um pico imenso no internamento. Quando o pedido é feito, devíamos iniciar no dia seguinte, e por vezes só conseguimos iniciar um ou dois dias depois, mas por causa de recursos...

C- Era isso que eu ia perguntar, se os recursos são suficientes... já percebi que não são...

Outra questão que quero colocar relativamente ao processo de alta. Como a fisioterapia está integrada na equipa multidisciplinar, quando se reúnem para efetivar o processo de alta, a vossa opinião é considerada?

F - *Não...*

C- Mas se o doente não está apto para a alta, poderá haver uma readmissão Hospitalar...

F- *Neste momento, lá está..., há a nossa opinião e há a nossa intervenção, principalmente nos serviços 3.3 e 3.4, onde é feita a reunião, e aí sim, é feito um plano em conjunto com o fisioterapeuta e fisiatra, relativamente a cada doente. Os outros doentes, a grande maioria... têm alta e nós nem sabemos que havia uma alta programada, ou que o doente ia ter alta nesse dia... mais uma vez, por falta de recursos... pois temos muitos doentes por dia.*

Cada um de nós, trata vinte e um doentes por dia e isso também não nos dá margem para poder discutir com os médicos, com a equipa de enfermagem, ou seja, existe de facto a equipa multidisciplinar, mas durante o nosso dia de trabalho não está contemplado tempo para podermos discutir todos os doentes.

C- Só mesmo os que são considerados casos sociais?

F- Neste momento sim, ou, obviamente algum caso pontual... ou se nos cruzamos com o médico e o caso seja falado..., ou quando os médicos tentam procurar e falar. Nós também devíamos falar e consultar os processos mais vezes, mas não há tempo, e porque não há recursos, não há tempo.

C- Quando os doentes, têm alta, e falo especificamente dos doentes do internamento que vão necessitar de cuidados pós alta, uns vão para casa outros para a rede. Onde é que os doentes continuam os tratamentos de fisioterapia?

F- O que acontece com os doentes que têm alta e vão para casa, é que podem voltar cá e fazer a fisioterapia em regime de ambulatório, quando vão para a rede, a fisioterapia é assegurada na rede.

C- E é fácil?

F- Têm de esperar. Há uma lista de espera, têm de ter uma consulta primeiro e aguardar. Os timings da consulta (por falta de recursos médicos) também são demorados e depois têm de esperar pelo tempo de iniciar a fisioterapia, que por vezes também é bastante tempo.

Em relação aos doentes de ambulatório, temos de fato uma lista extensa, mas nesta lista existem critérios estabelecidos de prioridade.

C- Têm alguma indicação que esses doentes por vezes acabam por ser readmitidos porque a sua mobilidade ficou afetada?

F- Sim. Eu acho que o que acontece pelo fato dos doentes terem esta falta de resposta é ficarem mais tempo internados... as famílias não os levam, o doente não vai para casa, prolonga-se mais o internamento... não estão bem funcionalmente e pronto... Ficam mais tempo internados.

C- Depois de saírem e não terem o apoio da fisioterapia em ambulatório também poderão voltar á urgência outra vez!

F- Sim

C- Acaba por ser um ciclo vicioso... Ou seja, a ideia é que deviam existir mais recursos!

F- A ideia geral é que o trabalho devia ser feito com mais qualidade, com mais tempo para o doente, porque nós, nas oito horas de trabalho que temos vimos vinte e um doentes, (cada fisioterapeuta) com tudo o resto que temos para fazer....Além dos doentes, temos os registos informáticos para fazer, o que nos deixa vinte minutos para cada doente. Esses vinte minutos nunca são vinte minutos reais, porque por exemplo, chegamos ao

internamento, o doente está a almoçar... vamos para outro doente, esse pode ter ido à casa de banho.... Portanto, o tempo real que temos para o doente andar nos dez minutos! Claro que quando temos de trabalhar com o doente do ponto de vista funcional, tirar o doente da cama, fazer treino de marcha, etc. etc. O tempo é completamente insuficiente, o que faz com que depois se perca um bocadinho os ganhos que se poderiam ter e faz com que depois se perca um bocadinho os ganhos que se poderiam ter, obviamente.

C- Este tipo de trabalho e a falta de recursos que existe, acaba por ser desmotivante?

F- *Muito.*

C- É como se fosse um trabalho inglório? Estão a dar o vosso melhor mas depois o doente não vai usufruir desse vosso esforço...

F- *Muito mesmo!*

C- Não vou ocupar mais o seu tempo..., obrigada pela colaboração!

F- *Obrigada.*

Planilha retirada Excel HBA 2014 - 2017

Altas de utentes/motivo Protelamento/total dias protelados por faixas etárias

Ano 2014

Idade 0-14 anos

Idade (Itens múltiplos)	
Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
Disfuncionalidade familiar	4
1	1
2	1
6	1
13	1
Total Geral	4

Ano 2014

Idade 15-24 anos

Idade (Itens múltiplos)	
Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
Disfuncionalidade familiar	3
3	1
30	1
88	1
Rede de suporte insuficiente/não funcional	1
14	1
Total Geral	4

Ano 2014

Idade 25-54 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
Incapacidade institucional	1

121	1
Incapacidade/indisponibilidade familiar	5
3	1
25	1
55	1
487	1
Continua Internado	1
Organização familiar	1
2	1
Recusa família+rnci	1
6	1
Recusa familiar	1
48	1
Total Geral	9

Ano 2014

Idade 55-64 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
Disfuncionalidade familiar	1
37	1
Incapacidade/indisponibilidade familiar	3
0	1
16	1
24	1
Rede de suporte insuficiente/não funcional	2
0	1
60	1
Sem abrigo	1
49	1
Total Geral	7

Ano 2014

Idade superior a 65 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
Abandono	4
26	1
54	1

163	1
Continua Internado	1
Cliente fora área, sinalizada após alta	3
2	1
32	1
81	1
Familiares recusam alta	3
1	1
15	1
23	1
Incapacidade institucional	4
7	1
11	1
47	1
61	1
Incapacidade/indisponibilidade familiar	43
0	1
1	3
2	3
3	4
4	2
5	3
7	4
8	2
15	1
21	1
23	1
24	1
27	1
29	2
30	1
42	1
50	1
56	1
63	1
65	1
76	1
86	1
101	1
128	1
336	1
Continua Internado	3
Isolamento	6

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

0	1
1	1
3	1
7	1
15	1
Continua Internado	1
Organização familiar	12
0	1
1	2
2	4
6	2
7	1
11	1
34	1
Recusa familia+rnci	3
28	1
83	1
117	1
Recusa familiar	4
1	1
2	1
3	1
7	1
Rede de suporte insuficiente/não funcional	2
1	1
6	1
Sem rede de suporte familiar	2
16	1
250	1
Sem rede suporte formal/informal	1
2	1
Sem suporte familiar	1
101	1
Total Geral	88

PLANILHA EXCEL 2015

Idade 0-14 não há registo protelamento altas

Ano 2015

Idade 15-24 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
(Re) Organização Familiar	8
1	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
5	1
Reorganização Familiar	1
6	3
Aguarda Lar lucrativo	1
Aguarda Respostas da Comunidade	2
8	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
9	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
15	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Abandono	1
300	1
Aguarda ERPI	1
Incapacidade familiar / institucional	40
0	2
Aguarda Respostas da Comunidade	2
1	4
Acordo entre Família e Equipa	1
Aguarda Lar lucrativo	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
2	1
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
3	3
Aguarda Lar lucrativo	2
Reorganização Familiar	1
4	3

Aguarda Respostas da Comunidade	3
5	2
Aguarda Respostas da Comunidade	2
6	1
Aguarda Lar lucrativo	1
7	2
Aguarda Lar lucrativo	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
8	1
Aguarda ERPI	1
9	2
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
10	1
Aguarda Lar lucrativo	1
11	1
Aguarda Lar lucrativo	1
12	1
Resposta insuficiente da rede social informal	1
14	3
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
19	2
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Indisponibilidade e incapacidade familiar	1
21	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
28	1
Aguarda Lar lucrativo	1
29	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
62	1
Aguarda ERPI	1
65	1
Aguarda Lar lucrativo	1
76	1
Aguarda ERPI	1
86	1
Aguarda ERPI	1
98	1
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1

125		1
Aguarda ERPI		1
303		1
Aguarda MP		1
336		1
Aguarda ERPI		1
Indisponibilidade / Recusa da família		18
0		3
Aguarda ERPI		1
Aguarda Respostas da Comunidade		1
Recusa de Alta pelo Doente / Família		1
1		2
Recusa de Alta pelo Doente / Família		2
2		1
Recusa de Alta pelo Doente / Família		1
4		1
Acordo entre Família e Equipa		1
5		1
Aguarda Respostas da Comunidade		1
7		1
Aguarda Lar lucrativo		1
8		1
Aguarda Respostas da Comunidade		1
17		1
Recusa de Alta pelo Doente / Família		1
23		1
Aguarda Lar lucrativo		1
45		1
Aguarda Lar lucrativo		1
59		1
Aguarda Respostas da Comunidade		1
83		1
Aguarda ERPI		1
117		1
Aguarda ERPI		1
207		1
Aguarda ERPI		1
528		1
Aguarda ERPI		1
Indisponibilidade/recusa família		1
0		1
Aguarda ERPI		1
Isolamento / sem rede de suporte		6
0		4

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

Aguarda ERPI	3
Aguarda MP	1
158	1
Aguarda ERPI	1
346	1
Aguarda ERPI	1
Outros	6
5	1
Aguarda Lar lucrativo	1
6	1
Acordo entre Família e Equipa	1
9	1
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
10	1
Acordo entre Família e Equipa	1
14	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
20	1
Acordo entre Família e Equipa	1
Recusa familiar	1
297	1
Aguarda ERPI	1
Violência Familiar	1
50	1
Aguarda ERPI	1
Total Geral	82

Ano 2015

Idade 25-54 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
(Re) Organização Familiar	8
1	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
5	1
Reorganização Familiar	1
6	3
Aguarda Lar lucrativo	1
Aguarda Respostas da Comunidade	2

8		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
9		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
15		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
Abandono		1
300		1
	Aguarda ERPI	1
Incapacidade familiar / institucional		41
0		3
	Aguarda ERPI	1
	Aguarda Respostas da Comunidade	2
1		4
	Acordo entre Família e Equipa	1
	Aguarda Lar lucrativo	1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
	Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
2		1
	Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
3		3
	Aguarda Lar lucrativo	2
	Reorganização Familiar	1
4		3
	Aguarda Respostas da Comunidade	3
5		2
	Aguarda Respostas da Comunidade	2
6		1
	Aguarda Lar lucrativo	1
7		2
	Aguarda Lar lucrativo	1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
8		1
	Aguarda ERPI	1
9		2
	Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
10		1
	Aguarda Lar lucrativo	1
11		1
	Aguarda Lar lucrativo	1
12		1
	Resposta insuficiente da rede social informal	1

14		3
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
	Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
19		2
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
	Indisponibilidade e incapacidade familiar	1
21		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
28		1
	Aguarda Lar lucrativo	1
29		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
46		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
62		1
	Aguarda ERPI	1
65		1
	Aguarda Lar lucrativo	1
76		1
	Aguarda ERPI	1
86		1
	Aguarda ERPI	1
98		1
	Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
125		1
	Aguarda ERPI	1
336		1
	Aguarda ERPI	1
Indisponibilidade / Recusa da família		19
0		3
	Aguarda ERPI	1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
1		2
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	2
2		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
4		1
	Acordo entre Família e Equipa	1
5		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
7		1

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

Aguarda Lar lucrativo	1
8	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
17	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
20	1
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
23	1
Aguarda Lar lucrativo	1
45	1
Aguarda Lar lucrativo	1
59	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
83	1
Aguarda ERPI	1
117	1
Aguarda ERPI	1
207	1
Aguarda ERPI	1
528	1
Aguarda ERPI	1
Indisponibilidade/recusa familia	1
0	1
Aguarda ERPI	1
Isolamento / sem rede de suporte	8
0	6
Aguarda ERPI	4
Aguarda MP	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
158	1
Aguarda ERPI	1
346	1
Aguarda ERPI	1
Outros	7
5	1
Aguarda Lar lucrativo	1
6	1
Acordo entre Família e Equipa	1
9	1
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
10	1
Acordo entre Família e Equipa	1
14	1

Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
20	1
Acordo entre Família e Equipa	1
70	1
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
Recusa familiar	1
297	1
Aguarda ERPI	1
Violência Familiar	1
50	1
Aguarda ERPI	1
Total Geral	87

Ano 2015

Idade 55-64 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
Abandono	1
0	1
Abandono Familiar	1
Incapacidade familiar / institucional	3
0	1
Aguarda MP	1
24	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
43	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
Indisponibilidade / Recusa da família	3
15	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
21	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
22	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Isolamento / sem rede de suporte	1
30	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Sem abrigo / desalojado	1

49		1
	Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
Total Geral		9

Ano 2015

Idade superior a 65 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
(Re) Organização Familiar	8
1	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
5	1
Reorganização Familiar	1
6	3
Aguarda Lar lucrativo	1
Aguarda Respostas da Comunidade	2
8	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
9	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
15	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Abandono	1
300	1
Aguarda ERPI	1
Incapacidade familiar / institucional	39
0	2
Aguarda Respostas da Comunidade	2
1	4
Acordo entre Família e Equipa	1
Aguarda Lar lucrativo	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
2	1
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
3	3

Aguarda Lar lucrativo	2
Reorganização Familiar	1
4	3
Aguarda Respostas da Comunidade	3
5	2
Aguarda Respostas da Comunidade	2
6	1
Aguarda Lar lucrativo	1
7	2
Aguarda Lar lucrativo	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
8	1
Aguarda ERPI	1
9	2
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
10	1
Aguarda Lar lucrativo	1
11	1
Aguarda Lar lucrativo	1
12	1
Resposta insuficiente da rede social informal	1
14	3
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
19	2
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Indisponibilidade e incapacidade familiar	1
21	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
28	1
Aguarda Lar lucrativo	1
29	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
62	1
Aguarda ERPI	1
65	1
Aguarda Lar lucrativo	1
76	1
Aguarda ERPI	1
86	1
Aguarda ERPI	1

98		1
	Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
125		1
	Aguarda ERPI	1
336		1
	Aguarda ERPI	1
Indisponibilidade / Recusa da família		18
0		3
	Aguarda ERPI	1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
1		2
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	2
2		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
4		1
	Acordo entre Família e Equipa	1
5		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
7		1
	Aguarda Lar lucrativo	1
8		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
17		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
23		1
	Aguarda Lar lucrativo	1
45		1
	Aguarda Lar lucrativo	1
59		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
83		1
	Aguarda ERPI	1
117		1
	Aguarda ERPI	1
207		1
	Aguarda ERPI	1
528		1
	Aguarda ERPI	1
Indisponibilidade/recusa família		1
0		1
	Aguarda ERPI	1
Isolamento / sem rede de suporte		6

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

0		4
	Aguarda ERPI	3
	Aguarda MP	1
158		1
	Aguarda ERPI	1
346		1
	Aguarda ERPI	1
Outros		6
5		1
	Aguarda Lar lucrativo	1
6		1
	Acordo entre Família e Equipa	1
9		1
	Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
10		1
	Acordo entre Família e Equipa	1
14		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
20		1
	Acordo entre Família e Equipa	1
Recusa familiar		1
297		1
	Aguarda ERPI	1
Violência Familiar		1
50		1
	Aguarda ERPI	1
Total Geral		81

PLANILHA EXCEL 2016

Ano 2016

Idade 0-15 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
(Re) Organização Familiar	4
17	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
21	1
Aguarda CPCJ	1
32	1
Aguarda CPCJ	1
35	1
Aguarda CPCJ	1
Abandono	1
14	1
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
Incapacidade familiar / institucional	4
9	1
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
10	1
Aguarda CPCJ	1
31	1
Aguarda CPCJ	1
115	1
Aguarda CPCJ	1
Isolamento / sem rede de suporte	1
16	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Outros	2
26	1
Aguarda CPCJ	1
33	1
Aguarda CPCJ	1
Total Geral	12

Ano 2016

Idade 15-24 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
Incapacidade familiar / institucional	2
45	1
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
205	1
Aguarda CPCJ	1
Indisponibilidade / Recusa da família	1
14	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Outros	1
4	1
Aguarda CPCJ	1
Total Geral	4

Ano 2016

Idade 25-54 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
Incapacidade familiar / institucional	5
7	1
Aguarda Lar lucrativo	1
60	1
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
64	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
482	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
959	1
Aguarda ERPI e MP	1
Indisponibilidade / Recusa da família	2
42	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
43	1

Aguarda Respostas da Comunidade	1
Isolamento / sem rede de suporte	7
5	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
6	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
15	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
26	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
69	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
343	1
Aguarda ERPI	1
566	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Sem abrigo / desalojado	1
166	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Total Geral	15

Ano 2016

Idade 55 – 64 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
Abandono	1
40	1
Abandono Familiar	1
Incapacidade familiar / institucional	7
23	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
35	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
86	1
Aguarda MP	1
88	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
301	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
595	1

Aguarda Respostas da Comunidade	1
661	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Isolamento / sem rede de suporte	3
30	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
55	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
60	1
Aguarda MP	1
Outros	2
5	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
803	1
Aguarda MP	1
Violência Familiar	1
4	1
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
Total Geral	14

Ano 2016

Idade superior a 65 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
(Re) Organização Familiar	19
2	2
Aguarda Lar lucrativo	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
4	4
Aguarda Lar lucrativo	1
Aguarda Respostas da Comunidade	2
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
6	1
Aguarda Lar lucrativo	1
7	1
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
8	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
9	3

Aguarda Respostas da Comunidade	2
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
10	2
Aguarda Respostas da Comunidade	2
11	1
Aguarda Lar lucrativo	1
12	1
Aguarda Lar lucrativo	1
13	1
Aguarda Lar lucrativo	1
43	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
156	1
Acordo entre Família e Equipa	1
Abandono	2
271	1
Aguarda ERPI	1
384	1
Aguarda ERPI e MP	1
Incapacidade familiar / institucional	38
1	3
Aguarda Lar lucrativo	1
Aguarda Respostas da Comunidade	2
2	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
3	2
Aguarda Lar lucrativo	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
4	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
5	4
Aguarda Lar lucrativo	1
Aguarda Respostas da Comunidade	3
6	2
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
7	2
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
9	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
11	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
14	1

Aguarda Lar lucrativo	1
15	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
16	3
Aguarda Lar lucrativo	2
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
17	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
18	1
Aguarda ERPI	1
19	2
Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
22	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
25	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
27	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
34	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
39	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
43	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
44	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
51	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
94	1
Aguarda ERPI	1
150	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
255	1
Aguarda ERPI	1
461	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Indisponibilidade / Recusa da família	22
2	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
3	1
Comunicação de alta após formalização de Nota de Alta	1
4	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1

6		1
	Aguarda Lar lucrativo	1
8		2
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	2
9		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
14		2
	Aguarda Lar lucrativo	1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
15		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
22		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
38		1
	Aguarda ERPI	1
45		2
	Acordo entre Família e Equipa	1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
72		1
	Aguarda ERPI	1
79		1
	Aguarda ERPI	1
84		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
234		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
251		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
312		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
337		1
	Aguarda ERPI	1
756		1
	Aguarda ERPI	1
Isolamento / sem rede de suporte		18
2		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
6		1
	Aguarda Respostas da Comunidade	1
11		1
	Aguarda ERPI	1
16		1
	Aguarda institucionalização (Casas de Saúde, Comunidade Terapêutica, Albergue)	1
41		1

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

Aguarda Respostas da Comunidade	1
51	1
Aguarda ERPI	1
71	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
77	1
Aguarda ERPI	1
119	1
Aguarda ERPI	1
123	1
Aguarda ERPI	1
183	1
Aguarda ERPI	1
192	1
Aguarda ERPI	1
226	1
Aguarda ERPI	1
282	1
Aguarda ERPI	1
307	2
Aguarda ERPI	2
673	1
Aguarda ERPI e MP	1
1228	1
Aguarda MP	1
Outros	1
12	1
Aguarda Respostas da Comunidade	1
Total Geral	100

PLANILHA EXCEL 2017

Ano 2017

Idade 0-14 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
(Re) Organização Familiar	1
23	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
Incapacidade familiar / institucional	6
2	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
5	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
18	1
Aguarda Medida CPCJ	1
33	1
Aguarda Medida CPCJ	1
39	1
Aguarda Medida CPCJ	1
52	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
Isolamento / sem rede de suporte	1
3	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
Outros	2
16	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
29	1
Aguarda Medida CPCJ	1
Total Geral	10

Ano 2017

Idade 15-24 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
Incapacidade familiar / institucional	3
25	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
74	1
Aguarda Institucionalização (Casas de Saúde; CT; Albergue)	1
205	1
Aguarda Medida CPCJ	1
Total Geral	3

Ano 2017

Idade 25-54 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
(Re) Organização Familiar	4
1	1
Necessidade de Apoio para Transporte no Dia da Alta	1
2	1
Aguarda Lar Lucrativo	1
3	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
8	1
Necessidade de Atribuição de Ajudas Técnicas no Dia da Alta	1
Abandono	1
8	1
Abandono Familiar	1
Incapacidade familiar / institucional	9
1	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
17	1
Aguarda Respostas Comunidade	1

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

24		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
29		1
	Aguarda Institucionalização (Casas de Saúde; CT; Albergue)	1
64		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
959		1
	Aguarda ERPI/MP	1
Continua Internado		3
	Aguarda Respostas Comunidade	3
Indisponibilidade / Recusa da família		1
42		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
Isolamento / sem rede de suporte		7
1		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
9		1
	Aguarda Institucionalização (Casas de Saúde; CT; Albergue)	1
14		1
	Aguarda Institucionalização (Casas de Saúde; CT; Albergue)	1
36		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
43		1
	Aguarda Institucionalização (Casas de Saúde; CT; Albergue)	1
58		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
Continua Internado		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
Outros		2
9		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
302		1
	Aguarda Institucionalização (Casas de Saúde; CT; Albergue)	1
Sem abrigo / desalojado		2
103		1
	Aguarda Institucionalização (Casas de Saúde; CT; Albergue)	1
Continua Internado		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
Total Geral		26

Ano 2017

Idade 55 – 64 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
(Re) Organização Familiar	3
30	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
101	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
Continua Internado	1
Aguarda Institucionalização (Casas de Saúde; CT; Albergue)	1
Incapacidade familiar / institucional	11
5	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
6	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
9	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
12	1
Aguarda Lar Lucrativo	1
19	1
Aguarda ERPI	1
32	1
Aguarda Lar Lucrativo	1
33	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
35	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
Continua Internado	3
Aguarda Respostas Comunidade	3
Indisponibilidade / Recusa da família	5
25	1

Aguarda Respostas Comunidade	1
71	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
125	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
Continua Internado	2
Aguarda Respostas Comunidade	2
Isolamento / sem rede de suporte	6
28	1
Aguarda Institucionalização (Casas de Saúde; CT; Albergue)	1
34	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
77	1
Abandono Familiar	1
91	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
111	1
Abandono Familiar	1
Continua Internado	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
Outros	2
1	1
Indisponibilidade do Familiar de Referência no Dia da Alta	1
Continua Internado	1
Aguarda MP	1
Total Geral	27

Ano 2017

Idade superior a 65 anos

Rótulos de Linha	Contagem de Motivo Protelamento
(Re) Organização Familiar	39
1	5
Aguarda Lar Lucrativo	1
Aguarda Respostas Comunidade	4
2	3
Aguarda Lar Lucrativo	1
Aguarda Respostas Comunidade	2
3	5
Aguarda Respostas Comunidade	4
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
4	2
Aguarda Respostas Comunidade	2
5	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
6	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
7	4
Aguarda Respostas Comunidade	4
8	3
Aguarda Respostas Comunidade	2
Necessidade de Atribuição de Ajudas Técnicas no Dia da Alta	1
9	2
Aguarda Institucionalização (Casas de Saúde; CT; Albergue)	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
11	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
12	3
Aguarda Lar Lucrativo	2
Aguarda Respostas Comunidade	1
13	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
17	2
Aguarda Respostas Comunidade	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
20	1
Aguarda Respostas Comunidade	1

21		1
	Aguarda Lar Lucrativo	1
25		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
29		1
	Aguarda Lar Lucrativo	1
30		1
	Aguarda Lar Lucrativo	1
371		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
Abandono		1
<hr/>		
271		1
	Aguarda ERPI/MP	1
Incapacidade familiar / institucional		53
<hr/>		
1		6
	Aguarda Lar Lucrativo	2
	Aguarda Respostas Comunidade	4
2		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
3		4
	Aguarda Lar Lucrativo	2
	Aguarda Respostas Comunidade	2
4		3
	Aguarda Respostas Comunidade	2
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
5		1
	Aguarda Lar Lucrativo	1
6		3
	Aguarda Lar Lucrativo	1
	Aguarda Respostas Comunidade	2
7		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
8		3
	Aguarda Lar Lucrativo	2
	Aguarda Respostas Comunidade	1
9		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
10		5
	Aguarda Lar Lucrativo	3
	Aguarda Respostas Comunidade	2
11		3
	Aguarda Respostas Comunidade	3
12		1
	Aguarda ERPI	1

13		3
	Aguarda Lar Lucrativo	1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
18		1
	Aguarda Lar Lucrativo	1
20		3
	Aguarda Respostas Comunidade	3
22		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
28		2
	Aguarda ERPI	1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
32		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
40		1
	Aguarda Lar Lucrativo	1
54		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
56		1
	Aguarda ERPI	1
72		1
	Aguarda Lar Lucrativo	1
100		1
	Aguarda ERPI	1
144		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
188		1
	Aguarda ERPI	1
461		1
	Aguarda ERPI	1
Continua Internado		2
	Aguarda Lar Lucrativo	1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
Indisponibilidade / Recusa da família		18
3		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
6		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
8		1
	Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
11		1
	Abandono Familiar	1
12		1

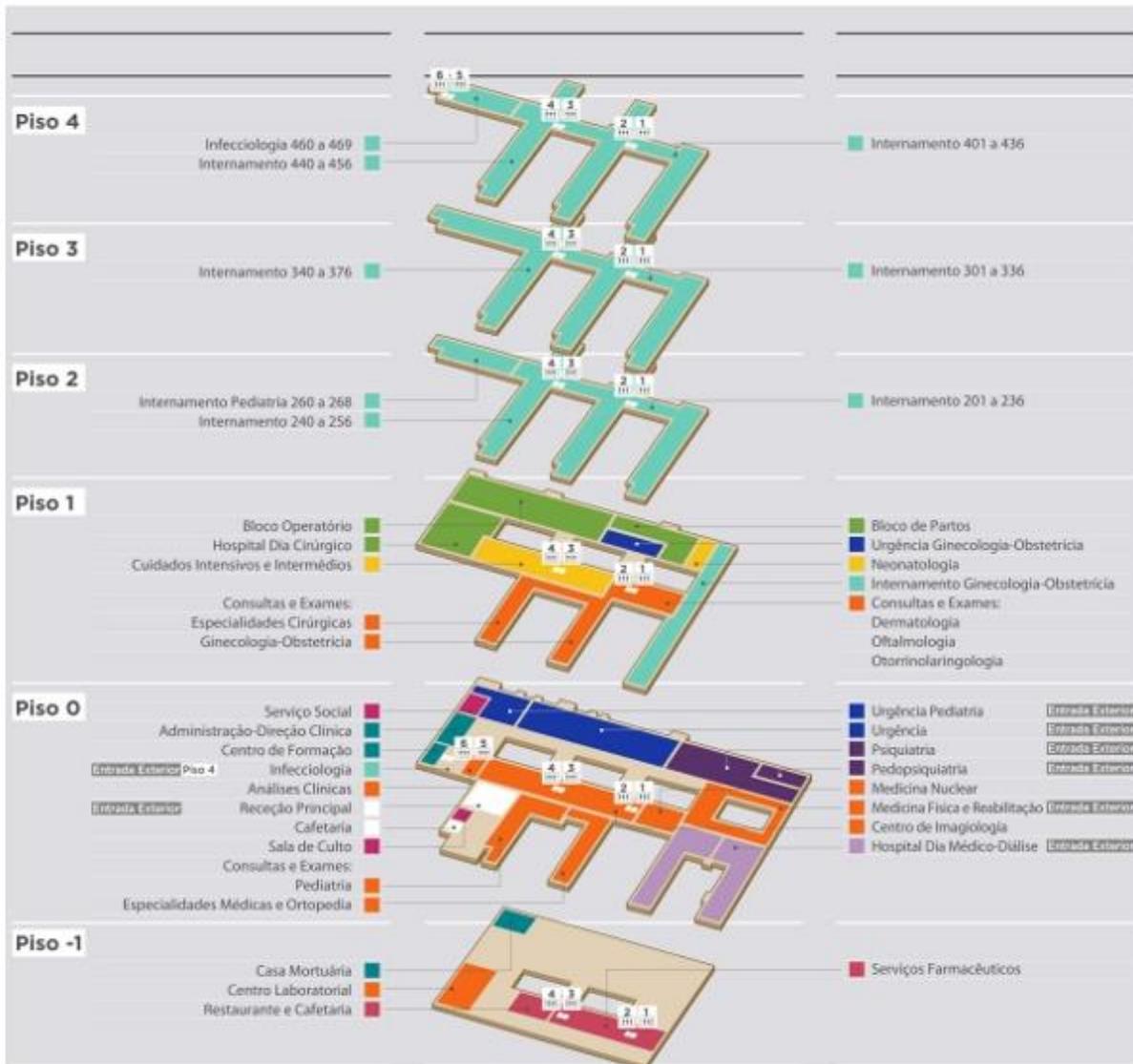
Aguarda Respostas Comunidade	1
13	2
Aguarda ERPI	2
19	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
25	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
33	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
57	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
224	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
312	1
Aguarda ERPI	1
337	1
Aguarda ERPI	1
490	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
Continua Internado	3
Abandono Familiar	1
Aguarda ERPI	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
Isolamento / sem rede de suporte	38
1	1
Aguarda Lar Lucrativo	1
2	2
Aguarda Respostas Comunidade	2
3	2
Aguarda Respostas Comunidade	2
4	1
Aguarda Lar Lucrativo	1
13	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
21	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
25	1
Recusa de Alta pelo Doente / Família	1
27	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
29	1
Aguarda ERPI	1
35	1
Aguarda Respostas Comunidade	1

37		1
	Aguarda ERPI	1
41		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
49		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
65		1
	Aguarda ERPI/MP	1
87		1
	Aguarda ERPI	1
91		1
	Aguarda ERPI/MP	1
101		2
	Aguarda ERPI	1
	Aguarda ERPI/MP	1
111		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
114		1
	Aguarda ERPI	1
129		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
140		1
	Aguarda MP	1
192		1
	Aguarda ERPI	1
226		1
	Aguarda ERPI/MP	1
236		1
	Aguarda Respostas Comunidade	1
282		1
	Aguarda ERPI	1
307		2
	Aguarda ERPI	1
	Aguarda ERPI/MP	1
373		1
	Aguarda MP	1
673		1
	Aguarda ERPI/MP	1
Continua Internado		6
	Aguarda ERPI	1
	Aguarda ERPI/MP	4
	Aguarda Respostas Comunidade	1
Outros		6
2		2

Identificação de causas e análise de conclusões dos artigos publicados sobre o Protelamento da Alta Hospitalar

Aguarda Respostas Comunidade	1
Indisponibilidade do Familiar de Referência no Dia da Alta	1
4	3
Aguarda Lar Lucrativo	1
Aguarda Respostas Comunidade	2
11	1
Aguarda Respostas Comunidade	1
Sem abrigo / desalojado	1
11	1
Aguarda Lar Lucrativo	1
Total Geral	156

FOTOS HBA



Planta HBA



Piso 0 _ Recepção Principal, Gabinete e Sala de Espera de Pediatria



O Hospital Beatriz Ângelo integra alguns equipamentos médicos únicos em Portugal, como a câmara gama Siemens Symbia E, que incorpora a mais recente tecnologia de detectores