



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

**Linha C.A.R.E. - Cuidados, Acompanhamento, Referenciação,  
Equilíbrio**

Cátia Sofia de Sousa Queirós Rodrigues

Mestrado em Gestão Aplicada à Saúde

Orientadoras:

Professora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora  
Associada, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Dra Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza, Presidente do Conselho  
de Administração da Unidade Local do Oeste

Outubro, 2025



---

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Linha C.A.R.E. - Cuidados, Acompanhamento, Referenciação,  
Equilíbrio**

Cátia Sofia de Sousa Queirós Rodrigues

Mestrado em Gestão Aplicada à Saúde

Orientadoras:

Professora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora  
Associada, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Dra Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza, Presidente do Conselho  
de Administração da Unidade Local do Oeste

Outubro, 2025

## Agradecimentos

Agradeço ao ISCTE e ao Mestrado em Gestão Aplicada à Saúde pela oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos e desenvolver esta investigação. Expresso igualmente o meu reconhecimento à Unidade Local de Saúde do Oeste, em particular ao Hospital de Torres Vedras, pela colaboração e pela disponibilidade ao fornecer as informações necessárias à concretização deste estudo.

Um agradecimento especial à Dra. Elsa Baião, pela abertura e disponibilidade demonstradas, permitindo uma visão abrangente e realista do funcionamento do hospital.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Generosa do Nascimento, minha orientadora e diretora deste mestrado, expresso a minha mais profunda gratidão. Agradeço não apenas pela orientação rigorosa, pelos conselhos valiosos e pela constante disponibilidade, mas também pela dedicação e empenho incansáveis que tornaram possível a criação e implementação deste mestrado, o primeiro em Portugal. O seu trabalho, a sua visão e a sua perseverança foram fundamentais para abrir o caminho desta formação pioneira, que muito contribui para a gestão e melhoria dos serviços de saúde no nosso país. Foi um privilégio puder aprender sob a sua orientação e fazer parte deste projeto inovador.

A todos os professores do Mestrado em Gestão Aplicada à Saúde do ISCTE, agradeço o empenho, a partilha de conhecimento e a disponibilidade que demonstraram ao longo do curso. Não posso deixar de agradecer à nossa Luisinha, pela sua disponibilidade, trabalho incansável e sorriso característico. Aos meus colegas do curso, deixo uma palavra de apreço pelo companheirismo e pela entreajuda que tornaram esta jornada mais leve e enriquecedora.

Um agradecimento muito especial ao Artur Martins, à Inês Medeiros e à Sílvia Carvalho, pela amizade, apoio constante e pela partilha genuína de momentos de incentivo, reflexão e boa disposição. A presença de cada um foi essencial para tornar esta etapa mais significativa e gratificante.

À minha colega de trabalho e amiga Catarina Pinhel, deixo um agradecimento muito especial pela paciência, compreensão e apoio diário. Agradeço por me acompanhar nos dias mais desafiantes e por me lembrar da importância de ter alguém que acredita em nós mesmo nos

momentos mais dificeis. A sua amizade foi, sem dúvida, um dos pilares que sustentaram este percurso.

À minha família, deixo a mais profunda gratidão por todo o amor, incentivo e compreensão ao longo deste percurso. A todos que de uma forma ou de outra, contribuíram com palavras de encorajamento, gestos de carinho ou simples presenças reconfortantes, o meu sincero obrigado.

À minha mãe e ao meu pai, por estarem sempre presentes, por acreditarem em mim e por me ensinarem, e deram-me também o exemplo do valor do esforço, da honestidade e da persistência. O obrigada maior vai para eles.

À minha companheira de vida, pelo amor, paciência e apoio incondicional nos momentos de maior desafio, um obrigado por me lembrares todos os dias que nenhum sonho é demasiado grande.

À minha prima, que é uma irmã para mim, pela amizade, carinho e por estar sempre por perto, partilhando alegrias, preocupações e conquistas.

Por fim, agradeço a mim mesma pela força, resiliência e determinação em superar mais um desafio na minha vida. Por não desistir nos momentos de incerteza, por continuar a acreditar mesmo quando o caminho parecia difícil e por ter aprendido, ao longo deste percurso, que cada obstáculo ultrapassado é também uma prova de crescimento.

Hoje, encerro esta etapa com orgulho e serenidade, pronta para abraçar o próximo desafio que a vida me apresentar.

## **Resumo**

O envelhecimento populacional coloca novos desafios ao sistema de saúde, o que exige respostas integradas e sustentáveis para esta população, nomeadamente dos idosos institucionalizados. A presente tese propõe a Linha C.A.R.E. (Cuidados, Acompanhamento, Referenciação e Equilíbrio), como um projeto-piloto desenvolvido para o concelho de Torres Vedras, que visa melhorar a articulação entre as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e a Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital de Torres Vedras. O estudo adota uma metodologia mista, quantitativa e qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. O objetivo geral consiste em analisar e compreender as fragilidades existentes nos processos de comunicação e referenciação clínica entre as instituições, de modo a desenvolver um modelo de atuação coordenado e sustentado que promova a eficiência, a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados à população idosa institucionalizada. Os resultados esperados incluem a redução das admissões hospitalares evitáveis, a otimização dos recursos hospitalares e o reforço da segurança e qualidade dos cuidados prestados. O projeto demonstra potencial para a criação de um modelo de atuação replicável, baseado na triagem precoce, na partilha de informação clínica e na intervenção multidisciplinar. A sua sustentabilidade assenta na integração de fontes de financiamento públicas e privadas, aliada à inovação tecnológica e à formação contínua das equipas. A Linha C.A.R.E. representa um contributo relevante para a modernização dos cuidados de saúde em Portugal, promovendo a eficiência, a humanização e a continuidade dos cuidados à população idosa institucionalizada.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Cuidados Integrados; Hospitalização Domiciliária; ERPI; Saúde Pública; Sustentabilidade.

**Classificação JEL:** I10 – Health General; I18 – Government Policy; Regulation; Public Health.

## **Abstract**

Population ageing presents new challenges to health systems, requiring integrated and sustainable responses for the older population, particularly those who are institutionalized. This dissertation proposes the *Linha C.A.R.E.* (Care, Follow-up, Referral, and Balance), a pilot project developed in the municipality of Torres Vedras, aiming to improve coordination between Residential Structures for Older People and the Home Hospitalization Unit of the Torres Vedras Hospital. The study adopts a mixed-methods approach, both quantitative and qualitative, with a descriptive and exploratory design. The main goal is to analyse and understand the existing weaknesses in communication and clinical referral processes between institutions, in order to develop a coordinated and sustainable model of care that promotes efficiency, continuity, and quality in the services provided to institutionalized older adults. The expected results include reducing avoidable hospital admissions, optimizing hospital resources, and strengthening the safety and quality of care. This project demonstrates potential for creating a replicable model based on early clinical screening, information sharing, and multidisciplinary intervention. Its sustainability relies on the integration of public and private funding sources, combined with technological innovation and continuous professional training. Therefore, *Linha C.A.R.E.* represents a relevant contribution to the modernization of healthcare delivery in Portugal, fostering efficiency, humanization, and continuity of care for institutionalized older adults.

Keywords: Ageing; Integrated Care; Home Hospitalization; Residential Structures; Public Health; Sustainability.

JEL Classification: I10 – Health: General; I18 – Government Policy; Regulation; Public Health.

# Índice

<b>Introdução .....</b>	1
<b>Capítulo I - Revisão da Literatura .....</b>	3
1.1 Unidade de Hospitalização Domiciliária.....	3
1.2 Telemedicina.....	4
1.3 Custos e benefícios.....	6
1.4 Lacunas na prática em Portugal .....	7
1.5 Outros métodos .....	8
<b>Capítulo II - Metodologia.....</b>	10
2.1 Método .....	10
2.2 Contexto e Local do Estudo .....	10
2.3 População e Amostra.....	10
2.4 Instrumentos de Recolha de Dados.....	11
2.5 Análise de Dados.....	11
2.6 Considerações Éticas.....	12
<b>Capítulo III – Diagnóstico .....</b>	13
<b>Capítulo IV – Projeto Linha C.A.R.E.....</b>	18
4.1 Fases da Implementação.....	18
4.1.1 Fase de Preparação e Planeamento.....	18
4.1.2 Fase de Capacitação Técnica e Clínica.....	19
4.1.3 Fase de Intervenção Piloto.....	19
4.1.4 Fase de Avaliação e Ajustes.....	19
4.2 Resultados Esperados.....	20
4.2.1 Impactos clínicos .....	20
4.2.2 Impactos organizacionais .....	20
4.2.3 Impactos económicos .....	21

4.2.4 Impactos sociais.....	21
4.3 Escalabilidade da Linha C.A.R.E.....	21
4.3.1 Sustentabilidade Financeira.....	22
4.3.2 Sustentabilidade para a Infraestrutura Tecnológica.....	23
4.3.3 Desafios, Riscos e Contingências.....	23
4.4 Financiamento.....	24
<b>Conclusão.....</b>	<b>26</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>28</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>32</b>
Anexo A – Constituição da Mochila de Visita Domiciliária .....	32
Anexo B – Ficha de Registo de Chamadas .....	34
Anexo C – Fluxograma .....	35
Anexo D - Folheto Informativo.....	36
Anexo E – Guião da Entrevista Semiestruturada.....	38
Anexo F – Consentimento informado .....	40
Anexo G – Programa Resumido da Formação dos Profissionais.....	43
Anexo H – Questionário de Satisfação .....	45
Anexo I – Relatório de Indicadores Trimestrais .....	47

## **Índice de quadros**

Quadro 3.1 – Taxa de ocupação.....	13
Quadro 3.2 – Distribuição por concelhos.....	14
Quadro 4.1 – Principais riscos e as suas contingências.....	23

## **Índice de figuras**

Figura 3.1 – Triagem de Manchester.....	14
Figura 3.2 – N° episódios no serviço de urgência.....	15
Figura 3.3 – N° de episódios das ERPI.....	15
Figura 3.4 – Diagnósticos.....	16

## **Abreviaturas**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde;

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos;

INE – Instituto Nacional de Estatística;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

SNS – Sistema Nacional de Saúde;

UHD – Unidade Hospitalização Domiciliária;

ULSOeste – Unidade Local de Saúde da zona Oeste.

## **Introdução**

O envelhecimento populacional constitui um fenómeno global com impacto direto nos sistemas de saúde, exigindo uma reorganização estrutural e funcional das respostas prestadas à população idosa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), o envelhecimento saudável corresponde ao processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice, o que implica a existência de sistemas de saúde preparados para responder de forma contínua, integrada e centrada na pessoa. No contexto português, este desafio assume particular relevância devido ao aumento da esperança média de vida e à prevalência crescente de doenças crónicas e múltiplas comorbilidades.

As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados, representando muitas vezes o principal espaço de vida, acompanhamento e vigilância clínica de uma população vulnerável. Contudo, a ausência de mecanismos de comunicação estruturados entre as ERPI e os hospitais conduz frequentemente a episódios de referenciamento desnecessária para os serviços de urgência, expondo os utentes a riscos evitáveis, como infecções hospitalares, perda de autonomia e descontinuidade dos cuidados. Esta realidade, associada à fragmentação entre níveis de cuidados e à insuficiente articulação entre as equipas multidisciplinares, reforça a necessidade de criar estratégias que promovam a integração e a eficiência do sistema.

De acordo com diferentes estudos (Silva *et al.*, 2022; Oliveira & Fonseca, 2021), a comunicação interinstitucional e a gestão clínica coordenada são fatores determinantes para a redução de hospitalizações evitáveis e para a melhoria da qualidade dos cuidados em populações idosas. A inexistência de critérios clínicos padronizados, fluxogramas de atuação e protocolos de partilha de informação gera variabilidade na decisão clínica e fragiliza a resposta em situações de urgência.

Neste enquadramento, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar e compreender as fragilidades existentes na articulação entre as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e as unidades hospitalares, com vista ao desenvolvimento de um modelo de atuação coordenado e sustentado, que promova a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados à população idosa institucionalizada.

De forma mais personalizada é realizado um diagnóstico da situação atual, no qual se identifica os diagnósticos mais frequentes do encaminhamento hospitalar e as lacunas nos processos de comunicação entre instituições; é definido o fluxograma de decisão e critérios clínicos uniformizados, que orientam a atuação das equipas perante intercorrências clínicas no

contexto residencial; é desenvolvida estratégias de integração e partilha de informação clínica entre os profissionais de diferentes áreas, reforçando o trabalho multidisciplinar e a tomada de decisão em tempo real; e é também promovida a qualidade e a segurança dos cuidados, assegurando uma resposta coordenada, humanizada e eficiente, com potencial para reduzir o número de hospitalizações evitáveis.

Ao abordar estas dimensões, esta investigação procura contribuir para o fortalecimento dos mecanismos de coordenação entre instituições, para a racionalização dos recursos de saúde e para a construção de um sistema mais equitativo e centrado no utente.

A estrutura deste trabalho está organizada da seguinte forma: Capítulo I – a revisão da literatura, onde é apresentado o enquadramento teórico sobre o envelhecimento, a hospitalização domiciliária e a telemedicina; já o Capítulo II – a metodologia, neste capítulo está descrito o desenho do estudo, a população e a amostra, os instrumentos de recolha e a análise de dados; no Capítulo III – o diagnóstico, onde é caracterizado o contexto demográfico e organizacional, e ainda identifica as principais fragilidades; no Capítulo IV – o projeto, é apresentado a proposta de intervenção e as estratégias de implementação, os resultados esperados, escalabilidade e sustentabilidade onde são analisados a replicabilidade deste modelo e quais os fatores que asseguram a sua continuidade, incluindo os desafios e as contingências, e por fim, o financiamento público e privado, aqui é apresentada as potenciais fontes de suporte económico e o modelo de cooperação para a viabilidade financeira do projeto; já a conclusão, será sintetizado os contributos principais e quais os caminhos para a futura expansão e investigação.

## **Capítulo I - Revisão da Literatura**

A complexidade clínica e funcional da população idosa institucionalizada necessita de cuidados direcionados e para isso, necessitamos que o sistema de saúde disponha de respostas diferenciadas e ajustadas às suas necessidades.

### **1.1 Unidade de Hospitalização Domiciliária**

A hospitalização domiciliária surgiu nos Estados Unidos da América em 1945 e expandiu para a Europa. Este modelo de cuidados de saúde chegou a Portugal em 2015 (Azevedo, 2020). Este modelo permite o tratamento de doentes agudos no conforto das suas casas, sendo uma alternativa devido à sobrecarga hospitalar e ao aumento da população envelhecida com doenças crónicas. Este autor descreve os princípios fundamentais deste modelo, como por exemplo a voluntariedade e a equidade da qualidade em relação aos cuidados hospitalares tradicionais; e as condições clínicas elegíveis para a hospitalização domiciliária. Conclui assim que a hospitalização domiciliária oferece vantagens significativas para o sistema de saúde e para os doentes incluindo a redução de complicações e a criação de um ambiente psicológico mais favorável para os mesmos.

A Unidade de Hospitalização Domiciliária tem como missão proporcionar no domicílio assistência integral e personalizada, com níveis de diagnósticos e/ou cuidados similares aos proporcionados no hospital, a doentes com critérios de integração em hospitalização domiciliária. Esta unidade é uma referência especializada em cuidados domiciliários para os recursos socio-sanitários da área de influência direta do distrito envolvente e contribui para o ensino pré e pós-graduado na área da saúde, realizando todas as atividades com a máxima garantia de qualidade e potenciando a investigação de modo a contribuir para a melhoria dos resultados.

Mas e Santaeugènia (2015) abordam a hospitalização domiciliária no idoso e afirmam que este serviço é uma alternativa segura e eficaz ao internamento tradicional em ambiente hospitalar, sendo assim uma opção viável. Contudo Edgar *et al.* (2024), avaliam a eficácia do modelo *hospital at home* comparativamente ao internamento convencional, de forma a evitar as admissões no hospital. Concluem assim que o internamento domiciliário para os doentes com condições clínicas agudas reduz os internamentos sem comprometer a taxa de mortalidade ou outros desfechos clínicos. Demonstram ainda que a maioria dos doentes permanecerem no

seu domicílio após o episódio agudo, com uma melhoria do estado funcional e da qualidade de vida, bem como o nível de satisfação dos utentes, dos cuidadores e dos profissionais de saúde. O tempo médio de internamento foi geralmente inferior e os custos associados ao serviço de saúde foram mais baixos comparativamente ao outro modelo, sem um aumento significativo das readmissões. Concluem que este modelo é uma alternativa viável e eficaz para a população idosa.

Silva e Cezário (2024) concluem que os cuidados no domicílio melhoram a qualidade de vida dos utentes (85% dos casos) especialmente no seu bem-estar emocional e na sua autonomia, associado ao conforto do ambiente familiar e à proximidade dos cuidadores e familiares. Estes cuidados mostraram ser eficaz no controlo de doenças crónicas, nomeadamente na hipertensão em 85%, nos diabetes em 80%, nas doenças respiratórias a 75% e nas doenças cardíacas a 70%, provindo de uma maior adesão à terapêutica e à prevenção das descompensações clínicas. Este estudo demonstra também que há uma redução do internamento hospitalar até 30% dos casos. Atribuem este resultado ao acompanhamento contínuo e à monitorização regular das condições clínicas dos idosos, afirmam também que nos idosos acamados, a redução chegou a 40%. Fazem destaque à importância do suporte aos cuidadores informais (metade dos estudos revisados) identificaram uma sobrecarga física e emocional significativa. Revelam que os programas que integraram o apoio técnico, emocional e a formação contínua aos cuidadores demonstram os melhores resultados, na satisfação dos cuidadores e na qualidade dos cuidados prestados aos idosos.

## 1.2 Telemedicina

A telemedicina consiste no uso integrado de sistemas de informação e de comunicação para divulgação de conhecimentos, para a prestação de serviços à distância e permite a comunicação entre os profissionais de saúde não situados no mesmo lugar geográfico (gov.pt).

Maeyama e Calvo (2018) analisam a telemedicina como um componente de intermediação entre a atenção primária e a atenção especializada no Brasil. Esta implementação levou a uma diminuição significativa das referências desnecessárias e à diminuição do tempo de espera por uma consulta de especialidade. Por outro lado, Freitas e Santos (2024) descrevem a experiência da implementação das teleconsultas com o intuito de existir uma triagem nas várias especialidades médicas no hospital. A pesquisa teve a duração de doze meses com um total de 1.578 pacientes que constavam nas listas de espera como prioridade de atendimento alta e muito

alta, 608 teleconsultas foram realizadas após esta triagem. Os autores concluíram que a teletriagem é um bom aliado para a gestão das filas de espera e otimização do fluxo dos pacientes.

Um caso em Portugal da aplicação da telemedicina para a população idosa, nomeadamente nos lares de idosos, propõe melhorar e otimizar o acesso aos cuidados e a reduzir os custos associados às viagens dos pacientes para o hospital. Ainda que este artigo esteja focado nas consultas de psiquiatria, Mousinho *et al.*, (2023) identifica que estes são os maiores benefícios, apesar de encontrar desafios como a sobrecarga da equipa multidisciplinar. O estudo do autor Santana *et al.* (2020) analisa o efeito da telemedicina na redução da sobrecarga do cuidador e na manutenção da capacidade funcional e comportamental do idoso. Os resultados deste estudo indicaram que a telemedicina tem o efeito que esperavam, propondo que a telemedicina é uma alternativa viável e benéfica para a continuidade dos cuidados de saúde.

Junior *et al.* (2019) descrevem a experiência de um programa multiprofissional na realização da interação telefónica com os idosos no processo após a alta hospitalar, mostra que é uma ferramenta de interesse para a identificação de problemas e assegura a continuidade dos cuidados no âmbito da atenção primária em Saúde. Em concordância, González e Vega (2018) demonstram que o acompanhamento telefónico é um instrumento eficaz para a capacitação dos cuidadores e para a otimização da gestão das condições na população idosa. Santana *et al.* (2018) abordam a telemedicina para os idosos com a doença de Alzheimer e os seus cuidadores, explora o uso da tecnologia como as chamadas telefónicas e as videochamadas para suporte e acompanhamento. A pesquisa conclui que a telemedicina melhora a habilidade de gestão no idoso e reduz a sobrecarga do cuidador.

Steinman *et al.* (2015) descreve o impacto da aplicação da telemedicina no processo clínico do cuidado e dos seus efeitos no ambiente hospitalar, na qualidade e na segurança do cuidado. Mostra que a telemedicina influencia o diagnóstico e a gestão clínica, e em alguns casos, reduz a necessidade de transferência dos pacientes. Já Pena *et al.* (2024) exploram o papel do telemonitoramento, demonstrando que leva a menos internamentos, reduz o tempo de permanência no hospital e reduz a taxa de mortalidade. Em síntese, Valdivieso *et al.* (2018) realizaram um estudo prospetivo que compara a eficácia das diferentes modalidades de cuidados (telemedicina, apoio telefónico e os cuidados habituais) para os pacientes idosos com problemas de saúde. Têm como resultado a telemedicina a destacar-se com a melhoria da qualidade de vida e a redução significativa nas hospitalizações e nos atendimentos de urgência, sem alterar a mortalidade.

Freitas *et al.* (2024) apresentam uma proposta da teletriagem para a admissão nos serviços de alta complexidade em geriatria. Os resultados indicam que a teletriagem é uma ferramenta eficaz para a gestão dos atendimentos nos idosos na rede pública de saúde.

O estudo de Neto *et al.* (2024) abordam o papel da telemedicina na saúde no idoso no Brasil, destacam as vantagens como a monitorização remota e a amplificação do acesso, bem como os desafios, como por exemplo a acessibilidade tecnológica. Enfatiza também a necessidade de existir um investimento e uma sinergia entre os setores para melhorar os cuidados geriátricos. Contudo Rainho, Carvalho e Sobral (2020) apresentam um estudo de caso sobre a gestão de altas hospitalares e a referênciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal. Têm como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico dos utentes e avaliar o processo de gestão e a articulação entre as entidades envolvidas. Os resultados revelam que a taxa de admissão é inferior à média nacional, e o tempo médio de referênciação tem uma correlação positiva com o prolongamento do internamento hospitalar. Além disso, o estudo sugere a necessidade de melhorias nos procedimentos administrativos e na interoperabilidade dos sistemas informáticos.

Santana *et al.* (2020) discutem como a tecnologia pode ser uma ferramenta valiosa para os profissionais de saúde, facilitando a continuidade do cuidado domiciliar, especialmente para os indivíduos com doenças crónicas e mobilidade reduzida. Concluíram que o benefício da telemedicina influencia positivamente na recuperação dos pacientes, diminui as complicações do pós-operatório e reduz a sobrecarga dos cuidadores, demonstrando assim a sua eficácia.

### 1.3 Custos e benefícios

A análise custo-benefício monetiza os custos e os benefícios de cada intervenção. Segundo Caldas *et al.* (2015) analisaram os cuidados do serviço de urgência na população idosa com o objetivo principal de reduzir os internamentos. As principais mudanças que estes autores identificaram é a redução do tempo de internamento e seus custos associados. Já Sadler *et al.* (2023) examinam a eficácia da gestão de casos para o cuidado integrado de idosos em ambientes comunitários (dos quais os lares de idosos fazem parte), incluindo o seu impacto no internamento. Os autores revelaram que em termos de mortalidade, pouca ou nenhuma diferença encontraram durante os doze meses de acompanhamento; já na qualidade de vida encontraram uma melhoria entre os três a vinte e quatro meses; em relação aos custos, foi desclassificada devido à variação nos desfechos relatados no acompanhamento de seis a trinta e seis meses.

Gomes *et al.* (2013), avaliam a eficácia e o custo-benefício dos serviços de cuidados paliativos domiciliários para adultos com doença avançada e os seus cuidadores. Demonstram a capacidade de reduzir os internamentos hospitalares e por sua vez, melhora a satisfação do paciente e do seu cuidador. Embora este estudo seja focado nos cuidados paliativos, a relevância para este projeto é demonstrar a eficácia e o custo-benefício dos serviços domiciliários na redução dos internamentos hospitalares e na melhoria da satisfação dos utentes. A maior parte dos idosos residentes em lares têm doenças avançadas e necessitam de cuidados acrescidos, isto reforça a importância de oferecer cuidados no ambiente do lar quando apropriado.

Havreng-Théry *et al.* (2021), apresentam um sistema baseado em *eHealth* com suporte à inteligência artificial com o propósito de prever e de reduzir o número de episódios no serviço de urgência e de internamentos não programados de idosos a viver em casa. Estes autores demonstram uma relação custo-benefício favorável. O sistema aponta que as intervenções digitais podem reduzir as admissões hospitalares evitáveis. A redução das admissões hospitalares evitáveis não só liberta as camas para os doentes agudos no Serviço Nacional de Saúde como também diminui os custos associados a internamentos prolongados.

#### 1.4 Lacunas na prática em Portugal

Com base nos dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (2022) destacam-se os números de internamentos hospitalares, por exemplo, em 2020 registaram-se 987 200 internamentos, correspondendo a 9,4 milhões de dias de internamento, com duração média de 7,5 dias em hospitais gerais; a sobrecarga dos serviços de urgência, cerca de 5,7 milhões de atendimentos em urgências hospitalares em 2020 (-29,6 % face a 2019, mas ainda em valores muito elevados), dos quais 77,4 % ocorreram em hospitais públicos; a prevalência de doenças crónicas na população idosa, em 2021, 71,4 % das pessoas com 65 ou mais anos referem ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, contra 34,1 % na população mais jovem ; a distribuição de camas e necessidade de internamentos, havia 36 300 camas de internamento em Portugal (3,5 camas por 1 000 habitantes), sendo 23 400 em hospitais públicos; e por fim, a carga de trabalho dos profissionais, em 2020 estavam ao serviço 26 249 médicos e 48 255 enfermeiros nos hospitais, respetivamente +15,9 % e +27,2 % face a 2010.

O estudo de Sarmento *et al.* (2015) tem como objetivo avaliar o desempenho dos sistemas de saúde em Portugal através das admissões hospitalares evitáveis. Descreveram a realidade e a evolução das admissões em Portugal entre 2000 e 2012, avaliando mais de doze milhões de internamentos. Os autores identificaram uma percentagem muito maior de internamentos

evitáveis cerca de 32,5%. Já Monteiro, Martins e Schoeller (2023) analisam a perspetiva do médico, do enfermeiro e do assistente social sobre as práticas de cuidados a idosos em ambientes de atenção primária e hospitalar em Portugal, com o objetivo de criar diretrizes para as consultas interdisciplinares. O estudo conclui que, apesar de existirem pontos em comum, existem especificidades nas práticas entre cada contexto, sugerindo a criação de um modelo de consulta interdisciplinar adaptado a cada ambiente.

A investigação de Rodrigues *et al.* (2018) determinam os vários desafios de saúde na população idosa em Portugal, como por exemplo a alta prevalência de multimorbilidade (78%). Neste estudo avaliam-se as necessidades mais complexas da saúde, reforçando assim a necessidade de haver vias alternativas de cuidados. É importante a personalização dos cuidados de saúde e da articulação entre os serviços, isto é, há uma necessidade de uma abordagem coordenada entre os lares e o hospital. Os resultados do estudo de Martin, Oliveira e Duarte (2013) revelaram uma elevada dependência funcional, comorbidades e apoio familiar limitado sendo as maiores necessidades dos utentes nos cuidados domiciliários em Portugal. Já Martins *et al.* (2022) identificam a necessidade de haver um suporte e estratégias para a continuidade dos cuidados de saúde.

## 1.5 Outros métodos

O estudo de Valk-Draad e Bohnet-Joschko (2022) exploram a telemedicina na prevenção das hospitalizações no contexto de lares. Os autores identificaram as condições que frequentemente resultam em internamentos evitáveis e exploram como a intervenção remota pode melhorar a resposta clínica, reduzir as transferências e promover a continuidade dos cuidados de saúde. Os autores identificaram as boas práticas como a educação e a formação da equipa profissional dos lares; o envolvimento e aceitação da equipa médica que permite a redução das hospitalizações através da teleconsulta; a disponibilidade dos serviços de telemedicina 24 horas por dia, 7 dias por semana; a integração de tecnologias médicas; a cooperação e a comunicação entre o staff do lar e os parceiros de consulta (como médicos, especialistas, farmacêuticos, terapeutas e hospitalares); e o apoio médico eficaz. Já as limitações que encontraram foram a inconsistência nos cálculos de custos-benefícios; viés, alguns estudos apresentam comprometimentos na validade interna; e a falta de informação sobre a cibersegurança e a proteção de dados. Já Barkai *et al.* (2022), avaliaram a viabilidade e a segurança de um modelo de hospitalização médica interna nos lares, mediado pela telemedicina. Os residentes foram tratados no próprio lar com

suporte remoto por uma equipa hospitalar. O estudo conclui que o modelo é seguro, reduz as transferências desnecessárias e melhora a satisfação dos profissionais e dos utentes.

## **Capítulo II - Metodologia**

### **2.1 Método**

O presente estudo adota uma abordagem mista, de natureza quantitativa e qualitativa, com carácter descritiva e exploratória, inserido num projeto-piloto. O objetivo central é analisar a articulação entre as ERPI e o Hospital de Torres Vedras, com o propósito de melhor compreensão das fragilidades no processo de comunicação e referenciação clínica, e definir fluxogramas e critérios uniformizados de atuação. Pretende-se, ainda, identificar estratégias que assegurem a partilha de informação e a tomada de decisão em equipa multidisciplinar, de modo a promover uma resposta clínica mais célere e eficiente, reduzindo as admissões hospitalares evitáveis e otimizar a resposta clínica e organizacional.

### **2.2 Contexto e Local do Estudo**

O estudo será desenvolvido no concelho de Torres Vedras, envolvendo a UHD do Hospital de Torres Vedras e as 4 (quatro) ERPI (Lar Nossa Senhora d'Ajuda – Centro Paroquial do Ramalhal, Centro Social Paroquial de Lamas, Lar Nossa Senhora da Guia – ASCHA e ASFE Saúde) previamente identificadas com o número elevado de admissões hospitalares não críticas. Estas instituições foram selecionadas como unidades de observação devido à sua representatividade e ao histórico de referenciações hospitalares.

### **2.3 População e Amostra**

A população-alvo são os profissionais de saúde das ERPI (médicos, enfermeiros, auxiliares); a equipa clínica da UHD (médicos e enfermeiros); e indiretamente, os utentes das ERPI cujos episódios clínicos motivam às chamadas para a linha.

A amostra é composta pelas 4 (quatro) ERPI com histórico significativo das referenciações hospitalares; os profissionais das ERPI e da UHD envolvidos no processo; e os registos de episódios clínicos durante o período de observação pré e pós-implementação.

Os critérios de inclusão são os episódios clínicos agudos provenientes das ERPI; profissionais de saúde e auxiliares que participem ativamente no processo.

Já os critérios de exclusão são os episódios que resultem de situações eletivas, programadas ou não relacionadas com intercorrências clínicas agudas.

## 2.4 Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de dados combinará instrumentos quantitativos e qualitativos.

Os instrumentos quantitativos serão através do sistema digital de registo eletrónico das chamadas, com dados operacionais (tempo de resposta, decisão clínica, encaminhamento); dos formulários em *Excel* para consolidação de indicadores de desempenho trimestrais; e da base de dados clínicos para uma comparação de episódios hospitalares pré e pós-implementação.

Já os instrumentos qualitativos serão usados as entrevistas semiestruturadas a profissionais das respetivas ERPI e da UHD, gravadas mediante consentimento e transcritas para uma análise temática; realização de questionários de satisfação, com a escala de *Likert*, aplicados aos profissionais e familiares/representantes legais dos utentes; e com os registos das atas de reuniões técnicas, incluindo a análise de casos críticos, sugestões de melhoria e revisão dos protocolos.

Todos os instrumentos serão validados por peritos na área e submetidos a um pré-teste com um grupo reduzido antes da implementação formal.

## 2.5 Análise de Dados

Na análise dos resultados dos instrumentos quantitativos será realizada uma estatística descritiva (médias, frequências, desvios-padrão) e as comparações pré e pós-implementação (teste *t* para amostras emparelhadas ou equivalentes não paramétricos). Poder ser utilizado ainda o modelo de regressão logística para a identificação dos fatores associados à resolução dos casos sem necessidade da deslocação hospitalar. A documentação será apresentação em gráficos e em tabelas no software Excel.

Já a análise dos resultados dos instrumentos qualitativos, as entrevistas, os questionários e as atas serão submetidos a uma análise temática de conteúdo, com dupla codificação independente para garantir a fiabilidade. As categorias emergentes serão discutidas e trianguladas. A análise seguirá uma estratégia de triangulação convergente, integrando os resultados quantitativos e qualitativos de forma a reforçar a compreensão do impacto das práticas e dos desafios comunicacionais entre instituições.

## 2.6 Considerações Éticas

O projeto será conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia e do Regulamento Geral de Proteção de Dados. Será assegurada a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes, com a atribuição de códigos alfanuméricos. Todos os participantes assinarão um consentimento informado, sendo-lhes garantido o direito de desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

O projeto será submetido à apreciação da Comissão de Ética do Hospital de Torres Vedras.

## **Capítulo III – Diagnóstico**

A região do Oeste é abrangida pela Unidade Local de Saúde do Oeste (ULSOeste) é responsável por uma vasta área territorial que abrange os concelhos de Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lourinhã, Óbidos, Peniche, Sobral de Monte Agraço e Torres Vedras.

Segundo os dados do Censos 2021, existe uma população residente total de 235.231 habitantes, distribuídos por uma área de 1.348 km<sup>2</sup>. Esta região tem-se distinguido por um crescimento populacional positivo de 8,3% entre 2011 e 2021, superando a média nacional, um decréscimo populacional de 2,1%.

O aumento populacional é mais acentuado nos concelhos mais a sul, como nos concelhos de Torres Vedras e da Lourinhã, resultante da pressão imobiliária na área metropolitana de Lisboa, que tem promovido a deslocação de famílias jovens para a periferia. Consequentemente, há um rejuvenescimento parcial desta sub-região. Contudo, a região norte da área de influência da ULSOeste apresenta uma estrutura demográfica envelhecida, sendo esta heterogeneidade populacional um desafio acrescido para a organização dos serviços de saúde.

Os concelhos, Torres Vedras e Caldas da Rainha, possuem uma rede significativa de ERPI, contudo, há diferenças relevantes na distribuição e na dimensão dessa oferta (quadro 3.1).

Quadro 3.1 – Taxa de ocupação

	Torres Vedras	Caldas da Rainha
Nº ERPI	24	22
Capacidade Total	1082 utentes	759 utentes
Capacidade Atual*	1043 utentes (96,4% ocupação)	693 utentes (91,3% ocupação)

(\*atualizado a 04/10/2025, segundo os dados da carta social)

Torres Vedras apresenta um maior número de ERPI e uma capacidade instalada superior, destacando-se como o concelho com maior concentração de idosos institucionalizados na região da ULSOeste.

Com isto, a população-alvo deste projeto são os idosos residentes nas estruturas residenciais para a população idosa dos concelhos do Cadaval, da Lourinhã, de Sobral de Monte Agraço e de Torres Vedras, sendo estes a área de atuação da unidade hospitalar de Torres

Vedras. Estes quatro concelhos reúnem 47 lares licenciados, com uma capacidade total de 2.153 lugares, dos quais 2.051 estão ocupados, o que representa uma taxa de ocupação próxima da totalidade (quadro 3.2).

A taxa de ocupação próxima da totalidade reflete não apenas a elevada procura, mas também a complexidade social e clínica da população residente.

Quadro 3.2 - Distribuição por concelhos

Distribuição por Concelho*			
Concelho	Nº ERPI	Capacidade Total	Capacidade Atual
Cadaval	9 ERPI	456 utentes	436 utentes
Lourinhã	9 ERPI	483 utentes	436 utentes
Sobral de Monte Agraço	5 ERPI	137 utentes	136 utentes
Torres Vedras	24 ERPI	1.082 utentes	1.043 utentes
<b>TOTAL:</b>	<b>47 ERPI</b>	<b>2153 utentes</b>	<b>2051 utentes</b>

(\*atualizado a 04/10/2025, segundo os dados da carta social)

Segundo os dados extraídos do sistema Sonho em Maio de 2025, as situações clínicas que motivam o recurso aos serviços de urgência por parte dos idosos residentes em lares podem ser classificadas da seguinte forma: 53% dos casos são triados com prioridade amarela; 32% com prioridade laranja; 12% com prioridade verde ou azul; e 1,4% com prioridade vermelha (Figura 3.1).

### Triagem de Manchester



Fonte: SONHO, informação extraída a 09/05/2025

Figura 3.1 - Triagem de Manchester

O concelho de Torres Vedras apresenta um maior número de lares, contudo os dados indicam que o maior número de volume de episódios de urgência provenientes de lares é registado na unidade hospitalar das Caldas da Rainha. Segundo os dados extraídos do sistema Sonho em Maio de 2025, foram contabilizados 2.010 episódios de urgência com origem em lares: 52% ocorreram nas urgências das Caldas da Rainha; 46% nas urgências de Torres Vedras e <1% em Peniche (figura 3.2).

Proveniência	LAR	
Rótulos de Linha	Contagem de Num Episódio	% Tot Episódios
Caldas da Rainha	1051	52,30%
Peniche	20	0,99%
Torres Vedras	939	46,71%
<b>Total Geral</b>	<b>2010</b>	<b>100,00%</b>

- 2.010 episódios de urgência cuja proveniência é LAR
- 52% admitidos na Urg. de Caldas
- 46% admitidos na Urg. de Torres
- <1% admitidos na Urg. Peniche

Proveniência	LAR		
Rótulos de Linha	Soma de Contar	Contar (%)	Média de Idades
Feminino	1.384	68,86%	85,5
Masculino	626	31,14%	82,6
<b>Total Geral</b>	<b>2.010</b>	<b>100,00%</b>	<b>84,6</b>

- 2/3 são mulheres e 1/3 homens, com idades médias de 85,5 anos e 82,6 anos respetivamente.

Fonte: SONHO, informação extraída a 09/05/2025

Figura 3.2 - Nº episódios no serviço de urgência

Com isto, apesar de Torres Vedras concentrar mais lares e utentes, Caldas da Rainha recebe mais episódios de urgência hospitalar de origem institucional (figura 3.3).

#### Principais Lares de Proveniência (10+)

Proveniência	LAR		Proveniência	LAR	
Unid Hospitalar	Torres Vedras		Unid Hospitalar	Caldas da Rainha	
Rótulos de Linha	Contagem de Num Episódio	Contar (%)	Rótulos de Linha	Contagem de Num Episódio	Contar (%)
Nº Definido	54	15,3%	LAR-ST CASA MISERIC-BOMBARRAL	65	14,5%
LAR-N SRA AJUDA(C P RAMALHAL)	40	11,3%	LAR-MONTEPIO DR. ERNESTO MOREA	56	12,5%
LAR-CENTRO SOC PAROQUIAL LAMAS	35	9,9%	LAR-ST CASA MISERICOR.-CALDAS	47	10,5%
LAR-ASS SOC CULT HUM (ATALAIA)	34	9,6%	LAR-YASMIN	43	9,6%
LAR-ASFE SAÚDE (ENCARNACAO)	34	9,6%	LAR-CENTRO SOC. PAR. BOMBARRAL	42	9,4%
LAR-R PAINHO VITA CADAVAL	34	9,6%	Nºº Definido	42	9,4%
LAR-CENTRO SOC.PAR. LIVRAMENTO	32	9,0%	LAR-CSPADRE BASTOS(PENICHE)	41	9,2%
LAR-SCM CADAVAL	31	8,8%	LAR-R PAINHO VITA CADAVAL	38	8,5%
LAR-SCM LOURINHA	31	8,8%	LAR-CASA REPOUSO CROCHA	37	8,3%
LAR-S. JOSE - TORRES VEDRAS	29	8,2%	LAR-ST CASA MISERICOR.-PENICHE	36	8,1%
<b>Total Geral</b>	<b>354</b>	<b>100,0%</b>	<b>Total Geral</b>	<b>447</b>	<b>100,0%</b>

- Identificaram-se 108 Lares de proveniência;
- Aqui dá a conhecer apenas os 10 + por unidade hospitalar;
- Torres: Destaca-se o Lar N. Sra. Ajuda Ramalhal com 11,2% dos episódios de urgência;
- Caldas: Destaca-se a ST. Casa Misericórdia Bombarral com 14,5% dos episódios de urgência;

Fonte: SONHO, informação extraída a 09/05/2025

Figura 3.3 - Nº de episódios das ERPI

As principais causas do encaminhamento hospitalar são a doença aguda ou agudização da doença crónica (80%) e as quedas e/ou traumatismos ligeiros a moderados (20%). Sendo os diagnósticos mais prevalentes no serviço de urgência são as doenças respiratórias (pneumonias, bronquites), as infecções do trato urinário e a insuficiência cardíaca (figura 3.4).

### Diagnósticos Associados à Doença

Proveniência	LAR	
Unid Hospitalar	(Tudo)	▼
Causa	DOENCA	▼
<b>Rótulos de Linha</b>		
Rótulos de Linha	Contagem de Num Episódio	Soma de Num Episódio
Doença, Soe	214	32,18%
Pneumonia Bacteriana, Soe	88	13,23%
Bronquite Aguda, Soe	59	8,87%
Dispneia, Soe	56	8,42%
Cistite, Soe, S/Hematúria	48	7,22%
Cistite Aguda S/Hematúria	47	7,07%
Infeç Trato Urinário, Loc Ne	43	6,47%
O Cistite, S/Hematúria	41	6,17%
Insuficiência Cardíaca, Soe (em branco)	37	5,56%
	32	4,81%
<b>Total Geral</b>	<b>665</b>	<b>100,00%</b>

- doença respiratória (Pneumonias, Bronquites etc);
- doença associada ao trato urinário (infecções);
- doença cardíaca (insuficiência cardíaca);

Fonte: SONHO, informação extraída a 09/05/2025

Figura 3.4 - Diagnósticos

Estes dados evidenciam que apenas uma minoria dos casos são de gravidade extrema, o que sugere um potencial significativo de intervenções alternativas à ida ao serviço de urgência.

A unidade de hospitalização domiciliária de Torres Vedras é composta por uma equipa multidisciplinar com médicos, enfermeiros, assistente técnica, gestora, assistente social, farmacêutica e nutricionista. Funciona em regime de 24/7 e possui uma capacidade de cinco camas, operando como alternativa ao internamento hospitalar tradicional.

Este serviço constitui o pilar operativo deste projeto, permitindo a realização da avaliação clínica no domicílio e a prestação de cuidados médicos e de enfermagem equivalentes aos cuidados do hospital, assegurando simultaneamente a continuidade dos cuidados, a humanização do atendimento e a racionalização dos recursos hospitalares.

O diagnóstico da situação atual evidencia que o elevado número de admissões hospitalares provenientes de ERPI resulta, em grande parte, de ausência de mecanismos de comunicação estruturada, de falta de uma triagem precoce e da inexistência de canais diretos de apoio clínico entre as estruturas residenciais e o hospital. Estas lacunas têm repercussões significativas na gestão dos recursos de saúde, na sobrecarga dos serviços de urgência e, sobretudo, na qualidade e segurança dos cuidados prestados à população idosa institucionalizada.

Desta forma, verifica-se a necessidade de desenvolver uma resposta estruturada e coordenada entre as ERPI e a UHD, que permita garantir uma atuação célere, articulada e eficiente, assegurando a prestação de cuidados adequados em tempo oportuno e a redução das admissões hospitalares evitáveis.

Importa salientar que esta análise desenvolvida não pretende desvalorizar os meios e mecanismos já existentes na prestação de cuidados às pessoas idosas institucionalizadas. O presente diagnóstico reconhece o papel fundamental desempenhado pelas equipas das ERPI, pelos cuidados de saúde primários e pelos serviços hospitalares, bem como os esforços contínuos da articulação entre os níveis de prestação. Todavia, os dados observados evidenciam que, apesar das boas práticas em curso, persistem constrangimentos estruturais e operacionais que comprometem a eficiência do sistema e a continuidade dos cuidados. Assim, mais do que propor uma substituição dos modelos vigentes, pretende-se contribuir para o seu reforço e integração.

## **Capítulo IV – Projeto Linha C.A.R.E.**

A criação de um modelo de articulação eficiente entre as ERPI e as unidades hospitalares representa um passo decisivo na melhoria da resposta clínica a uma população particularmente vulnerável. Este projeto constitui uma proposta estruturada, assente em evidência científica e na experiência prática da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do Hospital de Torres Vedras, que procura reforçar a continuidade dos cuidados, reduzir as hospitalizações evitáveis e promover um modelo de saúde integrado e humanizado.

A Linha C.A.R.E. (Cuidados, Acompanhamento, Referenciação, Equilíbrio) é uma proposta de um modelo inovador de comunicação direta entre as ERPI e a UHD. Através de uma linha telefónica exclusiva, com protocolos clínicos padronizados e fluxogramas de decisão, pretende-se assim assegurar a triagem precoce de situações clínicas passíveis na gestão do domicílio. O seu objetivo principal é reduzir os encaminhamentos desnecessários para os serviços de urgência, garantir a maior eficiência na utilização dos recursos hospitalares e proporcionar aos idosos institucionalizados cuidados mais seguros e humanizados, no ambiente em que residem.

A UHD de Torres Vedras já possui experiência consolidada na articulação com os cuidados primários e continuados, consistindo uma infraestrutura estratégica para apoiar projetos de inovação em saúde. Esta unidade pode transformar-se em um mecanismo de comunicação estruturado entre as ERPI e o próprio hospital, permitindo uma triagem precoce, criteriosa e baseada em protocolos padronizados. É neste vazio organizacional que a Linha C.A.R.E. procura intervir e estabelecer um canal direto de comunicação clínica.

### **4.1 Fases da Implementação**

A implementação será organizada em quatro fases sequenciais.

#### **4.1.1 Fase de Preparação e Planeamento**

Os objetivos operacionais são reduzir as deslocações desnecessárias, melhorar a resposta clínica e reforçar a comunicação entre as unidades. O mapeamento das necessidades passa através da identificação da infraestrutura tecnológica existente, traçar o perfil das chamadas esperadas, e definir os recursos humanos e formativos. Existirão reuniões de alinhamento com encontros

entre a direção hospitalar e a coordenação de cada instituição para uma definição das responsabilidades institucionais e dos fluxos operacionais. A criação da linha telefónica exclusiva será através da implementação de um telemóvel com um número exclusivo para as entidades ou um sistema VoIP com acesso prioritário e de um sistema digital de registo eletrónicos.

#### 4.1.2 Fase de Capacitação Técnica e Clínica

Encontra-se preparado sessões de formação teórico e prático com todos os profissionais envolvidos, focadas no reconhecimento dos sinais clínicos críticos; no uso da *checklist* de triagem; nas simulações das chamadas e no manuseamento do sistema de registo; e na distribuição de manuais e de fluxogramas.

#### 4.1.3 Fase de Intervenção Piloto

Tem uma duração estimada de 60 (sessenta) dias.

A ativação da linha com a triagem baseada no protocolo clínico:

- Caso crítico ® encaminhamento imediato ao hospital;
- Caso não crítico ® gestão através da teleconsulta com a UHD.

Existe um registo digital completo de cada atendimento, incluindo os sinais clínicos, as decisões e o seguimento, ficará todo o processo documentado.

#### 4.1.4 Fase de Avaliação e Ajustes

Haverá uma monitorização contínua dos indicadores operacionais por meio de *dashboard* com a recolha de dados quantitativos e qualitativos em tempo real.

A cada quinze dias existirão reuniões periódicas para uma revisão dos fluxos, discussão de casos e atualização dos protocolos; e a adaptação do modelo com base no feedback dos profissionais e nos resultados preliminares.

Os indicadores de avaliação estão organizados em três dimensões: na eficiência operacional, através do tempo médio de resposta clínica, do número total de chamadas, na taxa de resolução no lar e na percentagem de chamadas atendidas dentro do prazo estipulado; já a

qualidade, será através do grau de satisfação dos profissionais de saúde e dos utentes, na clareza dos protocolos e na facilidade de utilização da linha; e no impacto clínico, consistirá na redução percentual dos episódios de urgência, na estimativa dos custos evitados por internamentos que não foram realizados e na melhoria da articulação entre os serviços.

## 4.2 Resultados Esperados

Os resultados esperados constituem uma etapa essencial na avaliação de projetos de intervenção em saúde, pois permite antecipar os impactos positivos decorrentes da sua implementação e permite ainda estabelecer a ligação direta entre os objetivos delineados e os efeitos previstos.

No caso da Linha C.A.R.E., a previsão de resultados torna-se particularmente relevante, uma vez que se trata de um projeto-piloto que procura responder às necessidades emergentes da população idosa residente em estruturas residenciais e à sobrecarga dos serviços de urgência hospitalares.

### 4.2.1 Impactos clínicos

Espera-se uma redução significativa das admissões hospitalares evitáveis provenientes das ERPI, em resultado da triagem precoce e do acompanhamento clínico realizado à distância. A gestão de intercorrências agudas em ambiente residencial permitirá haver uma diminuição do número de episódios resolvidos em contexto hospitalar, privilegiando a intervenção no local, existirá uma redução da exposição dos utentes idosos a riscos inerentes ao internamento, nomeadamente de infecções hospitalares bem como na melhoria do bem-estar físico e psicológico dos utentes, ao permitir que permaneçam no seu ambiente habitual e em contacto próximo com os cuidadores.

### 4.2.2 Impactos organizacionais

A nível organizacional, prevê-se uma maior eficiência e coordenação entre os profissionais da UHD e das ERPI, com benefícios diretos para a prática clínica como uma melhoria da comunicação interinstitucional, através de protocolos claros e fluxogramas padronizados, no reforço da capacitação dos profissionais das ERPI, traduzido numa maior autonomia na deteção e gestão inicial das situações clínicas, e por sua vez, na redução da sobrecarga dos serviços de

urgência hospitalares, permitindo libertar recursos humanos e materiais para situações de maior gravidade. Com estas expectativas, espera-se que haja um desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua, sustentada pelo registo sistemático de indicadores e pelas reuniões periódicas de monitorização.

#### 4.2.3 Impactos económicos

Do ponto de vista económico, a Linha C.A.R.E. deverá contribuir para uma utilização mais racional dos recursos em saúde, nomeadamente na diminuição dos custos associados a internamentos hospitalares evitáveis, refletindo-se em ganhos de eficiência para o hospital e para o sistema nacional de saúde, e na otimização da alocação de recursos na UHD, mediante a redistribuição das equipas para os casos em que a sua intervenção é mais necessária.

#### 4.2.4 Impactos sociais

A nível social, prevê-se um aumento da satisfação e confiança dos diferentes intervenientes como uma maior confiança dos familiares e representantes legais na qualidade e na segurança dos cuidados prestados, através do reforço da percepção de dignidade e continuidade de cuidados por parte dos utentes, e na contribuição para a valorização do papel das ERPI como parceiros ativos na rede de cuidados de saúde.

Os resultados esperados respondem diretamente aos objetivos definidos, ao reduzir as admissões hospitalares evitáveis, dá-se cumprimento ao objetivo de otimizar recursos clínicos e financeiros do hospital; a capacitação dos profissionais das ERPI concretiza o objetivo de fortalecer a triagem precoce e rigorosa; na criação de fluxos de comunicação estruturados cumpre o objetivo de estabelecer um modelo de coordenação eficaz e sustentável entre o hospital e as estruturas residenciais; e com a monitorização contínua dos indicadores garante a possibilidade de validar e de consolidar a Linha C.A.R.E. como um componente estável do modelo de cuidados integrados para a população idosa.

### 4.3 Escalabilidade da Linha C.A.R.E.

A implementação do projeto inicial no Hospital de Torres Vedras servirá como uma prova de conceito, de forma a garantir um impacto duradouro e uma expansão do projeto. É fundamental

estruturar um modelo sustentável e replicável para uma expansão gradual. A linha C.A.R.E. tem o potencial para alargar a outros lares e hospitais, e consequentemente a outros concelhos do país.

Podemos delinear esta expansão por fases: Fase Piloto (1º ano), implementar nos lares com o número maior de admissões hospitalares evitáveis, testar e ajustar o protocolo de triagem, e monitorizar os resultados; Fase de Expansão Inicial (2º ano), adaptar o projeto de forma a incluir os restantes lares no concelho de Torres Vedras, integrar o sistema telefónico com os registos clínicos eletrónicos para uma maior eficiência na comunicação, estabelecer as parcerias com as unidades de cuidados continuados para um fortalecimento do seguimento na pós-triagem; Fase de Expansão Nacional (3º a 5º anos), replicar o modelo para outros concelhos com os hospitais com as características similares, criar um centro de referência para os lares aderirem à iniciativa, e ajustar os protocolos conforme as necessidades locais e regulatórias.

Este modelo tem capacidade para chegar mais longe ainda, com a internacionalização e adaptação a outros países. Seria necessária uma análise da viabilidade da implementação do modelo em cada país respeitando os códigos de conduta de cada um, e a criação de uma parceria com as universidades e as instituições de pesquisa para desenvolvimento de novos métodos de comunicação e de suporte remoto (telemedicina).

#### 4.3.1 Sustentabilidade Financeira

A linha C.A.R.E. quer garantir o financiamento e a viabilidade económica para a manutenção e a expansão do projeto. Existem várias fontes de financiamento, como por exemplo o investimento público, através de propostas de financiamento por meio do Ministério da Saúde e fundos destinados à inovação em saúde, e subvenções europeias para projetos de saúde digital e de telemedicina; ou parcerias privadas, como as empresas de tecnologia para o desenvolvimento de sistemas integrados (ex.: softwares de triagem), as seguradoras de saúde, visando a redução dos custos hospitalares e melhorar os cuidados preventivos; ou ainda, o modelo de co-financiamento, averiguar a taxa de adesão dos lares interessados em integrar-se à linha C.A.R.E., oferecer o suporte técnico e a formação, estabelecer parcerias com as associações de médicos para a formação contínua e para a otimização do sistema.

Com estas diversas opções, espera-se uma redução das hospitalizações desnecessárias, por consequência, evita-se deslocamentos desnecessários para o hospital, otimiza-se o atendimento e reduz-se os gastos no serviço de urgência, aumentando a eficiência hospitalar.

#### 4.3.2 Sustentabilidade para a Infraestrutura Tecnológica

A linha C.A.R.E. não pode funcionar sem ter um sistema digital robusto e escalável para suportar a expansão da linha telefónica e a integração dos dados clínicos. Tem de existir alguns

Os elementos tecnológicos fundamentais para garantir o sucesso é o sistema de registo eletrónico, uma plataforma digital para centralizar as chamadas e armazenar os registos clínicos dos pacientes, e integrar o software dos hospitais; utilizar a inteligência artificial para a triagem, como os modelos preditivos para antecipar a gravidade dos casos com base nos registos de chamadas e de sintomas, é uma ferramenta de apoio à decisão médica, ajudar na classificação do risco do episódio de urgência; e a aplicação/software para os lares, criar uma aplicação móvel/web para facilitar a comunicação entre os lares e o hospital, criar uma *dashboard* para o acompanhamento dos atendimentos e receber o feedback clínico.

#### 4.3.3 Desafios, Riscos e Contingências

A implementação e expansão da Linha C.A.R.E. podem enfrentar constrangimentos que importa antecipar e mitigar como quais os principais riscos e as suas contingências (ver quadro 4.1).

Quadro 4.1 - Principais riscos e as suas contingências

Principais Riscos	Contingências
Resistência à mudança por parte dos profissionais ou instituições, o que pode comprometer a adesão ao modelo;	Formação contínua e sensibilização dos profissionais, reforçar a confiança no modelo e promover uma cultura de inovação;
Limitações tecnológicas nas ERPI, dificultando a utilização plena do sistema de registo digital e da telemedicina;	Investimento progressivo na tecnologia compatível com as necessidades das ERPI, assegurando a interoperabilidade e a facilidade de utilização;
Restrição orçamental e dependência de financiamento externo, o que pode colocar em risco a continuidade do projeto;	Diversificação das fontes de financiamento, reduzir a dependência de um único parceiro e assegurar a estabilidade financeira;

Sobrecarga das equipas hospitalares, pode existir uma distribuição inadequada dos recursos;	Assegurar um equilíbrio entre a carga de trabalho hospitalar e o apoio à linha;
Questões da cibersegurança e da proteção de dados, o que é essencial para garantir a confiança dos utilizadores.	Implementação de medidas robustas de cibersegurança, incluindo a encriptação, o autenticação multifator e as auditorias regulares.

A integração das contingências no planeamento estratégico do projeto vai reforçar a capacidade de adaptação a imprevistos e aumentar a probabilidade de sucesso a médio e longo prazo.

#### 4.4 Financiamento

No âmbito do financiamento público, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) constitui a principal entidade promotora e financiadora de projetos que visam a inovação organizacional e a eficiência dos cuidados de saúde. O apoio financeiro é formalizado através da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), sendo responsável pela gestão e pela distribuição de recursos destinados à modernização das unidades hospitalares e ao desenvolvimento de novas respostas.

Além disso, as autarquias locais desempenham um papel determinante, uma vez que a proximidade ao território e às comunidades lhes confere uma posição estratégica para apoiar financeiramente projetos que promovam a saúde pública e o bem-estar da população idosa. Assim, os municípios podem colaborar na aquisição de equipamentos, na disponibilização de espaços físicos e na comparticipação de custos operacionais, reconhecendo o impacto positivo do projeto na redução de hospitalizações e na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

A nível europeu, existem diversos programas de financiamento como o *Horizon Europe*, o *EU4Health* e o Portugal 2030. Estes programas privilegiam os projetos inovadores que reforcem a integração dos cuidados, a digitalização dos serviços de saúde e a promoção do envelhecimento ativo e saudável. O *Horizon Europe* apoia a investigação e a inovação tecnológica na área da saúde. O *EU4Health* incentiva as iniciativas centradas na sustentabilidade dos sistemas de saúde e na prevenção da doença, enquanto que o Portugal

2030 disponibiliza os fundos estruturais para a modernização das infraestruturas e a capacitação dos profissionais de saúde.

No âmbito do financiamento privado, temos as seguradoras de saúde que são as principais parceiras, uma vez que a redução das hospitalizações evitáveis contribui para a diminuição dos custos associados aos episódios de urgência e no internamento. As empresas tecnológicas e farmacêuticas podem apoiar o projeto através da cedência de equipamentos, do desenvolvimento de plataformas digitais e da prestação de serviços especializados, em regime de parceria ou patrocínio técnico.

De igual modo, a Fundação *Calouste Gulbenkian* e a Fundação *Champalimaud*, têm um papel importante no financiamento de iniciativas na área da saúde e da inovação social. Estas instituições podem contribuir através da atribuição de bolsas, prémios de inovação ou subsídios destinados à implementação e à avaliação do impacto do projeto.

O financiamento da Linha C.A.R.E. deverá resultar da combinação de fontes públicas e privadas, com destaque para o SNS, as autarquias locais, os fundos comunitários e nas parcerias estratégicas. A partilha de responsabilidades financeiras entre os diferentes intervenientes assegura não só a viabilidade do projeto a curto prazo, como também a sua sustentabilidade e a possibilidade de expansão a longo prazo.

## **Conclusão**

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios no sistema de saúde, sobretudo no que diz respeito à organização de respostas adequadas para a população idosa institucionalizada.

Ao longo desta investigação, evidencia-se que as ERPI e os hospitais enfrentam uma dificuldade crescente na gestão de intercorrências clínicas, o que resulta frequentemente em admissões hospitalares desnecessárias, uma sobrecarga dos serviços de urgência e existe uma exposição maior dos utentes a riscos evitáveis.

A linha C.A.R.E. surge como uma resposta de modelo inovador de comunicação entre as ERPI e a Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital de Torres Vedras. O projeto revelou ser sólido e viável, baseado nos protocolos de triagem clínica, nos fluxogramas de decisão, na monitorização contínua e na capacidade de resolução dos profissionais de saúde.

A análise desenvolvida ao longo desta tese permite demonstrar a relevância e o potencial deste modelo, não apenas enquanto uma resposta local, mas como uma proposta replicável e escalável em múltiplos contextos.

Os resultados esperados apontam para um impacto positivo em diferentes dimensões: a nível clínico, na redução das admissões evitáveis e na melhoraria do bem-estar dos utentes; a nível organizacional, na otimização dos fluxos e no fortalecimento da articulação interinstitucional; a nível económico, na contribuição para a racionalização dos recursos hospitalares; e a nível social, no reforçar da confiança das famílias e na dignificação aos cuidados prestados à população idosa. Estas contribuições seriam um investimento em saúde sustentável e humanizado.

Reconhece-se limitações neste estudo, nomeadamente por ser um projeto-piloto, ser dependente de financiamento contínuo, pela dependência da taxa de adesão institucional e da validação através de resultados longitudinais. Contudo, estas limitações não fragilizam o valor da proposta, pelo contrário reforça a necessidade da monitorização permanente, da adaptação aos contextos e da integração progressiva nas estratégias de saúde.

O desenho da linha C.A.R.E. é centrado no utente e orientado para a continuidade de cuidados.

Em suma, com base nesta tese pode-se concluir que a inovação em saúde não se baseia apenas na tecnologia ou na criação de novos serviços, mas na capacidade de construir pontes entre as instituições, os profissionais e as famílias, em torno de um objetivo comum: garantir os cuidados de qualidade, seguros e centrados nos cidadãos mais vulneráveis. A linha C.A.R.E.

é um projeto estruturado e sustentado, o que constitui um passo decisivo na abertura de perspetivas promissoras para o futuro dos cuidados de saúde em Portugal.

## Referências Bibliográficas

Azevedo, P. C. (2020). O desafio da hospitalização domiciliária. *Gazeta Médica*, 7(4), 333-334.

Barkai, G., Amir, H., Dulberg, O., Itelman, E., Gez, G., Carmon, T., Merhav, L., Zigler, S., Atamne, A., Pinhasov, O., Zimlichman, E., & Segal, G. (2022). “Staying at home”: A pivotal trial of telemedicine-based internal medicine hospitalization at a nursing home. *Digital Health*, 8, 1–7. <https://doi.org/10.1177/20552076221125958>

Caldas, C. P., Veras, R. P., Motta, L. B. da, Guerra, A. C. L. C., Carlos, M. de J., & Trocado, C. V. M. (2015). Atendimento de emergência e suas interfaces: O cuidado de curta duração a idosos. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 7(1), 62–69.

Carmo Júnior, N. M. do, Costa, J. M. da, Viudes, M. A. A., Pereira, R. C. C., Toledo, I. S. B. de, Machado, C. J., & Reis, A. M. M. (2019). Realização de interação mediada por telefone com idosos após a alta hospitalar: Experiência de um programa de residência multiprofissional. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 18(1), 44-51. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v18i1.28367>

Carrillo González, G. M., & González Vega, L. A. (2018). Intervención telefónica y competencia para cuidar de personas con enfermedad crónica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(1), 98–109. <http://dx.doi.org/10.22463/17949831.1225>

Edgar, K., Ilie, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Gonçalves-Bradley, D. C., Wong, E., & Shepperd, S. (2024). Admission avoidance hospital at home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(3), Article CD007491. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub3>

Freitas, L. de F. N. de, Pontes, V. de C. B., Marques, C. D. L., & Melo, H. M. de A. (2024). Teletriagem em geriatria: Proposta de rastreio para admissão em serviço de alta complexidade. *International Journal of Health Science – Public and Developmental Health Studies (IJHS-PDVS)*, 3(2, Edição Especial: 2º ConSAÚDE), 55–56. <https://doi.org/10.31692/2595-2498.v3i2.154>

Freitas, L. de F. N., & Santos, E. B. dos. (2024). A teletriagem como ferramenta para a gestão de filas de espera em um hospital universitário. *Research, Society and Development*, 13(6), e11713646183. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i6.46183>

Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., Higginson, I. J., & de Brito, M. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6), Article CD007760. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007760.pub2>

Havreng-Théry, C., Fouchard, A., Denis, F., Veyron, J.-H., & Belmin, J. (2025). Cost-effectiveness analysis of a machine learning-based eHealth system to predict and reduce emergency department visits and unscheduled hospitalizations of older people living at home: Retrospective study. *JMIR Formative Research*, 9, e63700. <https://doi.org/10.2196/63700>

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2020). Estatísticas da saúde – 2020. Instituto Nacional de Estatística, I. P. <https://www.ine.pt>

Maeyama, M. A., & Calvo, M. C. M. (2018). A integração do Telessaúde nas centrais de regulação: A teleconsultoria como mediadora entre a atenção básica e a atenção especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(2), 63–72. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170125>

Martin, J. I. G., Oliveira, L. M. A. de, & Duarte, N. S. C. (2013). An overview of in-home care for older people in Portugal: An empirical study about the customers. *Care Management Journals*, 14(1), 1–8. <https://doi.org/10.1891/1521-0987.14.1.1>

Martins, G., Silva, G. D. O., Alves, L. C. S., Monteiro, D. Q., & Gratão, A. C. M. (2022). Orientações aos cuidadores familiares de idosos pós-alta hospitalar: Revisão sistemática. *Revista Recien*, 12(38), 107–117. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.107-117>

Mas, M. À., & Santaeugènia, S. (2015). Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: Revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.04.003>

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M. F. P. S., & Schoeller, S. D. (2023). Consulta interdisciplinar de saúde para pessoas idosas em Portugal: Atenção primária e hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, e20220275. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220275.pt>

Mousinho, M., Nogueira, V., Constantino, M., & Colaço, P. (2023). Building a telepsychiatry program for older people in rural Portugal. *International Psychogeriatrics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S1041610223003162>

Pena, F. M., Faria, M. G. de A., Moura, L. R. de, & Chança, R. D. (2024). Influência da telemedicina na redução da morbimortalidade e hospitalização na insuficiência cardíaca. Revista Pró-UniverSUS, 15(4), 122–129. <https://doi.org/10.21727/rpu.15i4.4818>

Rainho, M. J., Carvalho, A. B. de, & Sobral, M. J. (2020). Gestão da alta hospitalar e referenciamento para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Um estudo de caso. Egitania Sciencia, (27), 143-161. ISSN 1646-884X.

Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Sousa, R. D., Dias, S. S., Santos, M. J., Mendes, J. M., Coelho, P. S., Branco, J. C., & Canhão, H. (2018). Challenges of ageing in Portugal: Data from the EpiDoC cohort. Acta Médica Portuguesa, 31(2), 80–93. <https://doi.org/10.20344/amp.9817>

Sadler, E., Khadjesari, Z., Ziemann, A., Sheehan, K. J., Whitney, J., Wilson, D., Bakolis, I., Sevdalis, N., Sandall, J., Soukup, T., Corbett, T., Gonçalves-Bradley, D. C., & Walker, D.-M. (2023). Case management for integrated care of older people with frailty in community settings (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023(5), Article CD013088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013088.pub2>

Santana, R. F., Dantas, R. V., Soares, T. da S., Delphino, T. M., Hercules, A. B. S., & Leite Junior, H. M. T. (2018). Telecuidado para idosos com Alzheimer e seus cuidadores: Revisão sistemática. Ciência, Cuidado e Saúde, 17(4), e41653. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i4.41653>

Santana, R. F., Rodrigues, M. A., Hercules, A. B. S., Santos, C. T. B. dos, Delphino, T. M., & Carmo, T. G. do. (2020). Tecnologias para a continuidade do cuidado à distância. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, 25(Edição especial), 84–99.

Santana, R. F., Soares, T. da S., Santos, C. T. B. dos, Hercules, A. B. S., Lindolpho, M. da C., & Boechat, Y. E. M. (2020). Telecuidado no acompanhamento pós-alta de idosos com demência e seus cuidadores: quase-experimental. Online Brazilian Journal of Nursing, 19(2), e20206359. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206359>

Santos Neto, J. M. dos, Tavares, R. V., Mesquita, A. O., Magalhães, I. B., & Silva, C. O. da. (2024). Telemedicina na assistência à saúde do idoso e perspectivas para a coordenação do cuidado digital no Brasil. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 10(1), 1074-1084.

Sarmento, J., Alves, C., Oliveira, P., Sebastião, R., & Santana, R. (2015). Caracterização e evolução dos internamentos evitáveis em Portugal: Impacto de duas abordagens metodológicas. *Acta Médica Portuguesa*, 28(5), 590–600.

Silva, F. G. da, & Cezário, P. R. (2024). Impacto dos cuidados domiciliares na qualidade de vida dos idosos. *Periódico Multidisciplinar da Área da Saúde*. <https://doi.org/10.55703/27644006040205>

Steinman, M., Morbeck, R. A., Pires, P. V., Abreu Filho, C. A. C., Andrade, A. H. V., Terra, J. C. C., Teixeira Junior, J. C., & Kanamura, A. H. (2015). Impact of telemedicine in hospital culture and its consequences on quality of care and safety. *Einstein* (São Paulo), 13(4), 580–586. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015GS2893>

Tsui, E., Au, S. Y., Wong, C. P., Cheung, A., & Lam, P. (2015). Development of an automated model to predict the risk of elderly emergency medical admissions within a month following an index hospital visit: A Hong Kong experience. *Health Informatics Journal*, 21(1), 46–56. <https://doi.org/10.1177/1460458213501095>

Valdivieso, B., García-Sempere, A., Sanfélix Gimeno, G., Faubel, R., Librero, J., Soriano, E., & Peiró, S. (2018). The effect of telehealth, telephone support or usual care on quality of life, mortality and healthcare utilization in elderly high-risk patients with multiple chronic conditions: A prospective study. *Medicina Clínica*, 151(8), 308–314. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.03.013>

Valk-Draad, M. P., & Bohnet-Joschko, S. (2022). Nursing home-sensitive hospitalizations and the relevance of telemedicine: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12944. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912944>

## Anexos

### Anexo A – Constituição da Mochila de Visita Domiciliária

#### *Constituição da Mochila de Visita Domiciliária*

A mochila de visita domiciliária contém o material necessário para assegurar a avaliação clínica, a prestação de cuidados imediatos e a realização de procedimentos em contexto extra-hospitalar, garantindo segurança e equivalência aos cuidados prestados em ambiente hospitalar.

Equipamento de Avaliação Clínica	Dinamap com braçadeira	1
	Estetoscópio	1
	Glucómetro	1
	Oxímetro	1
	Termômetro	1
Material de Proteção e Desinfecção	Desinfectante de mãos	1
	Desinfetante à base de álcool	1
	Desinfetante clorohexidina	1
	Luvas estéril (tamanhos 6/6,5/7)	1/1/1
	Resguardo	1
	Sacos de plástico brancos	5
	Toalhetes de limpeza	10
Material de Pensos e Curativos	Apósito de espuma 7,5/10	1/1
	Apósito de fibras 5/10	1/1
	Apósito de silicone 6/10	1/1
	Campo cirúrgico com orifício	1
	Campo cirúrgico simples	1
	Compressas de pacote	1
	Compressas estéril 20 cm	1
	Compressas estéril 7,5 cm	3
	Kit de pensos	1
	Ligadura 10cm	4
	Ligadura ortoban	1
	Penso simples 10 cm	1
	Rede tubular	1

	Steristripps	1
Material de Suturas e Retirada de Suturas	Clipes	2
	Tira agrafes	1
Material de Colheita e Medicação	Adaptadores vácuo	5
	Agulha vácuo 21/22	3/3
	Agulhas 18/20/21/25	6/3/3/2
	Agulhas Luer 21/23	3/3
	Cateter 18/20/22/24	2/5/5/1
	Garrote	1
	H <sub>2</sub> O destilada 10 ml	5
	Porta-tubos	5
	Seringa de insulina	2
	Seringa para gasimetria	4
	Seringas 20 ml/ 10 ml/ 5 ml/ 2 ml	3/6/5/3
	SF 10 ml	5
	Sistema CADD	1
	Sistema de soro	2
Tubos de Colheita	Tesoura	1
	Torneira	1
	Transfere com filtro	2
	Transferes	2
Acessórios e Consumos	Bioquímica	5
	Coagulação	2
	Hemograma	5
	Urina	2
	Baterias CADD	3
	Bolsas plásticas diversas	1/6
	Contentor perfurante	1
	Pilhas AAA/AA	4/4

## Anexo B – Ficha de Registo de Chamadas

### *Ficha de Registo de Chamadas*

#### Ficha de registo para utilização pelas ERPI e UHD

Nº de chamada / Código: \_\_\_\_\_

Data da chamada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora da chamada: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Identificação da ERPI: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que contacta: \_\_\_\_\_

Nome do utente: \_\_\_\_\_

Idade do utente: \_\_\_\_\_ anos

Antecedentes clínicos relevantes: \_\_\_\_\_

Sinais vitais: T: \_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_ rpm

PA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ %

Motivo da chamada: \_\_\_\_\_

Sintomatologia:

- Alteração do estado de consciência
- Dificuldade respiratória / dispneia grave
- Doença respiratória aguda
- Doença associada ao trato urinário
- Doença cardíaca aguda
- Dor torácica
- Hemorragia ativa
- Queda
- Outro: \_\_\_\_\_
- Nenhum sinal crítico identificado

Classificação da prioridade: [ ] Vermelho [ ] Laranja [ ] Amarelo [ ] Verde [ ] Azul

Profissional da UHD que atendeu: \_\_\_\_\_

Tempo de resposta até atendimento: \_\_\_\_\_ minutos

Orientação fornecida pela UHD: \_\_\_\_\_

Decisão final: [ ] Tratamento no lar [ ] Visita UHD [ ] Referenciação hospitalar

Seguimento planeado: \_\_\_\_\_

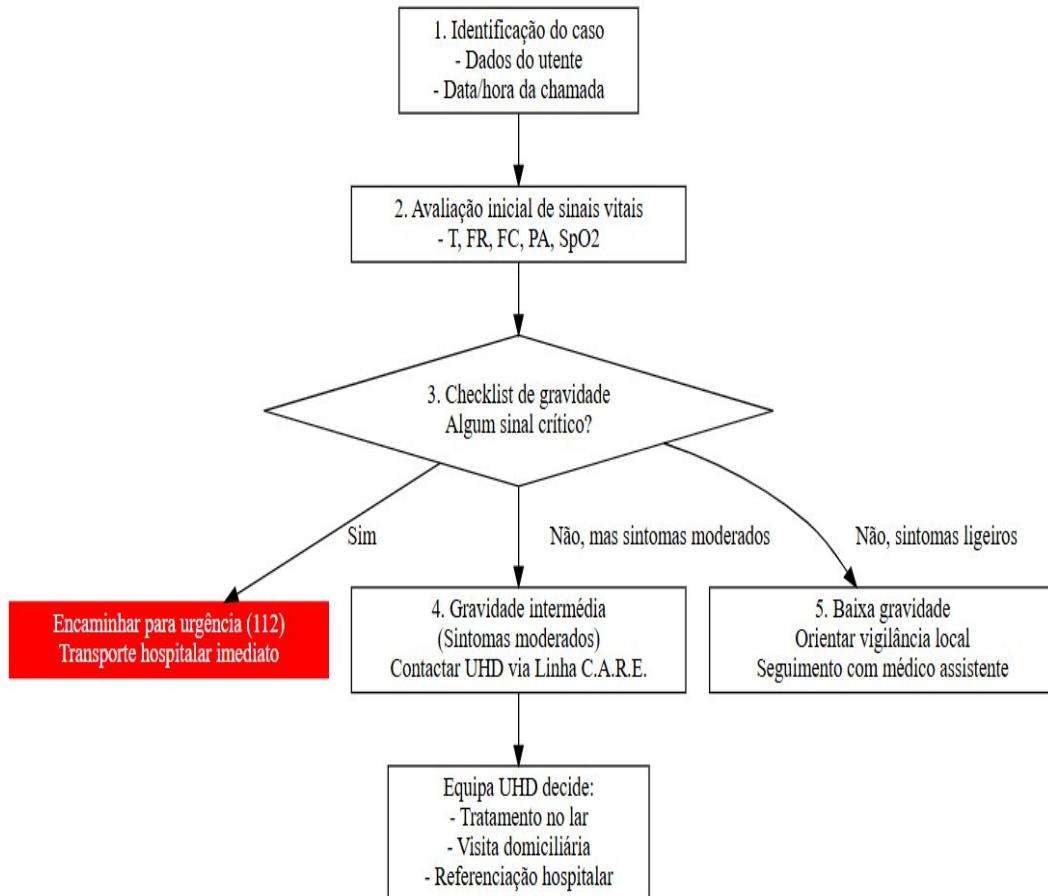
Feedback posterior: \_\_\_\_\_

Tempo total de atendimento: \_\_\_\_\_ minutos

Responsável pela chamada (assinatura): \_\_\_\_\_

## Anexo C – Fluxograma

*Fluxograma*



## Anexo D - Folheto Informativo

**Contactos:**

- Linha C.A.R.E.: [número a definir]
- Email: [email institucional UHD]
- Unidade de Hospitalização Domiciliária - Hospital de Torres Vedras

**REDUÇÃO DE DESLOCAÇÕES DESNECESSÁRIAS AO HOSPITAL**

**MAIOR CONFORTO E SEGURANÇA PARA OS UTENTES**

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM AMBIENTE RESIDENCIAL**

**CANAL DE COMUNICAÇÃO DIRETA**  
Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e a Unidade de Hospitalização Domiciliária

**OBJETIVOS**  
Triagem clínica precoce:  
Redução das hospitalizações desnecessárias;  
Assegurar os cuidados em ambiente familiar, seguro e humanizado

**LINHA CUIDADOS A COMPANHAMENTO REFERENCIADA EQUILÍBRIO**

**+ INFO**

**+ INFO**

**Powered by gentally**

# Linha C.A.R.E.

## Contactos



Email: [email institucional UHD]



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
OESTE



Linha C.A.R.E.: [número a definir]



Unidade de Hospitalização Domiciliária –  
Hospital de Torres Vedras



<https://www.ulso.min-saude.pt>



Hospital de Torres Vedras  
Unidade de Hospitalização Domiciliária



## Vantagens da Linha C.A.R.E.:

Vantagens da Linha C.A.R.E.:

1. Redução de deslocações desnecessárias ao hospital;
2. Cuidados especializados em ambiente residencial;
3. Apoio direto a profissionais das ERPI;
4. Melhoria da articulação entre instituições de saúde;
5. Maior conforto e segurança para os utentes.



## Direitos e Garantias

- Confidencialidade de todos os dados clínicos.
- Atendimento realizado por equipa multidisciplinar especializada.
- Participação voluntária das instituições e dos profissionais.



Profissional da ERPI liga para a Linha C.A.R.E. em caso de intercorrência clínica.



A equipa da UHD recolhe informação clínica e ativa o protocolo de triagem.

### São possíveis três encaminhamentos:

1. Tratamento no lar com orientação clínica;
2. Visita domiciliária da equipa UHD;
3. Encaminhamento hospitalar, apenas quando estritamente necessário.



## Anexo E – Guião da Entrevista Semiestruturada

### *Guião da Entrevista Semiestruturada*

#### Entrevista a profissionais das ERPI e da UHD

Este guião destina-se a orientar entrevistas individuais ou em pequenos grupos, com o objetivo de explorar em profundidade as percepções dos profissionais relativamente à utilização da Linha C.A.R.E. O guião é flexível, permitindo ao entrevistador adaptar a ordem das questões ou aprofundar determinados temas, de acordo com as respostas obtidas.

Introdução (a apresentar pelo entrevistador)

Agradecimento pela participação.

Explicação do objetivo da entrevista: compreender a experiência dos profissionais com a Linha C.A.R.E.

Garantia de anonimato e confidencialidade.

Pedido de consentimento para gravação.

#### Secção A – Experiência com a Linha C.A.R.E.

1. Como descreveria a sua experiência inicial com a Linha C.A.R.E.?
2. Quais foram as principais facilidades ou dificuldades que encontrou na utilização da linha?
3. Como avalia a rapidez e a acessibilidade do contacto com a equipa da UHD?

#### Secção B – Impacto na prática profissional

1. Considera que a Linha C.A.R.E. contribuiu para melhorar a sua prática clínica ou assistencial? De que forma?
2. Em termos de tomada de decisão, sente-se mais seguro(a) ao lidar com intercorrências agudas?
3. Como avalia a clareza e a utilidade dos protocolos fornecidos?

### Secção C – Impacto nos cuidados prestados aos utentes

1. Na sua opinião, a Linha C.A.R.E. trouxe benefícios para os utentes? Quais?
2. Considera que houve redução de encaminhamentos desnecessários para o hospital?
3. De que modo os familiares/representantes reagiram ao funcionamento da linha?

### Secção D – Sugestões e melhoria contínua

1. Que aspetos do projeto poderiam ser melhorados?
2. Que recomendações faria para a consolidação ou expansão da Linha C.A.R.E.?
3. Na sua perspetiva, este modelo é replicável em outras instituições/territórios?

### Encerramento

Espaço para comentários adicionais:

---

---

---

Agradecimento final pela colaboração.

## Anexo F – Consentimento informado

### Consentimento informado para participação de profissionais e familiares/representantes legais

#### Introdução

O presente documento tem como objetivo solicitar o seu consentimento informado para a participação no projeto-piloto Linha C.A.R.E., promovido pela Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital de Torres Vedras, em parceria com Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

A Linha C.A.R.E. consiste na criação de uma linha telefónica direta entre as ERPI e a UHD, com vista à triagem precoce e acompanhamento clínico de situações agudas, reduzindo as admissões hospitalares desnecessárias e promovendo os cuidados em ambiente residencial.

#### Direitos dos Participantes

A participação é voluntária.

O participante poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si ou para os cuidados recebidos.

Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e anónima, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

As informações recolhidas destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

## Declaração de Consentimento

### **Secção A – Consentimento do Profissional de Saúde da ERPI**

Eu, \_\_\_\_\_, na  
qualidade de profissional de saúde da ERPI \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente  
informado(a) sobre os objetivos e procedimentos da Linha C.A.R.E.  
Reconheço que a minha participação envolve:

- O contacto com a linha telefónica direta em situações clínicas;
- O registo dos dados essenciais no formulário próprio;
- A colaboração na implementação dos protocolos de triagem.

Confirmo que aceito participar voluntariamente e que posso interromper a minha participação a qualquer momento, sem qualquer consequência para a minha atividade profissional.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Profissional: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador responsável: \_\_\_\_\_

## **Secção B – Consentimento do Familiar / Representante Legal do Residente**

Eu, \_\_\_\_\_, na  
qualidade de familiar/representante legal do(a) utente  
\_\_\_\_\_, residente na ERPI  
\_\_\_\_\_, declaro que comprehendi os objetivos do projeto  
Linha C.A.R.E.

Autorizo que o(a) residente seja abrangido(a) pela utilização da linha de comunicação direta entre a ERPI e a UHD, sempre que necessário para a avaliação e acompanhamento clínico.

Estou ciente de que:

- Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e anónima;
- A participação poderá ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os cuidados prestados ao(à) utente.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Familiar/Representante Legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador responsável: \_\_\_\_\_

## Anexo G – Programa Resumido da Formação dos Profissionais

### *Programa Resumido da Formação dos Profissionais*

#### Capacitação dos profissionais das ERPI e da UHD

A formação inicial tem como objetivo preparar os profissionais para a utilização da Linha C.A.R.E., assegurando uniformidade nos procedimentos clínicos e organizacionais.

#### **Estrutura da Formação**

##### Módulo 1 – Enquadramento do Projeto (1h)

- Apresentação da Linha C.A.R.E. (objetivos e funcionamento);
- Importância da articulação entre ERPI e UHD;
- Benefícios esperados para os utentes, os profissionais e as instituições.

##### Módulo 2 – Protocolos Clínicos e Triagem Inicial (2h)

- Revisão dos sinais vitais essenciais;
- Utilização da checklist de sintomatologia;
- Fluxogramas de decisão clínica;
- Critérios de referenciação para UHD ou hospital.

##### Módulo 3 – Comunicação e Registos (1h30)

- Procedimentos de contacto telefónico com a UHD;
- Utilização da ficha de registo das chamadas;
- Regras de confidencialidade e proteção de dados (RGPD).

##### Módulo 4 – Simulação Prática (2h)

- Role-play de chamadas simuladas entre ERPI e UHD;
- Exercícios de triagem com cenários clínicos fictícios;
- Discussão em grupo e feedback da equipa formadora.

##### Módulo 5 – Avaliação e Melhoria Contínua (30 min)

- Questionário de avaliação da formação;
- Identificação de necessidades adicionais de capacitação;
- Entrega de material de apoio (manuais, fluxogramas, fichas).

## **Carga Horária Total**

7 horas presenciais, distribuídas em 1 dia de formação intensiva ou 2 sessões de meio-dia.

## **Recursos Didáticos**

- Manual do projeto Linha C.A.R.E.;
- Fluxogramas impressos e digitais;
- Fichas de registo de chamadas;
- Questionários de satisfação da formação.

## **Certificação**

Todos os participantes receberão certificado de participação emitido pela UHD do Hospital de Torres Vedras.

## Anexo H – Questionário de Satisfação

### *Questionário de Satisfação*

#### Avaliação da satisfação dos profissionais das ERPI e da UHD

Este questionário tem como objetivo recolher a percepção dos profissionais relativamente à utilização da Linha C.A.R.E., no que respeita à acessibilidade, clareza, eficácia e impacto na qualidade dos cuidados. As respostas são anónimas e confidenciais, destinando-se exclusivamente a fins de investigação.

#### Instruções

Assinale a opção que melhor corresponde à sua opinião em relação a cada afirmação, utilizando a seguinte escala:

- 1 – Discordo totalmente
- 2 – Discordo parcialmente
- 3 – Nem concordo, nem discordo
- 4 – Concordo parcialmente
- 5 – Concordo totalmente

•

	1	2	3	4	5
<b>Secção A – Acessibilidade</b>					
O acesso à Linha C.A.R.E. é fácil e rápido.					
O tempo de resposta da equipa clínica é adequado.					
O sistema de comunicação é simples de utilizar.					
<b>Secção B – Clareza e Eficácia da Comunicação</b>					
As orientações clínicas fornecidas pela UHD são claras.					
Os protocolos de triagem são fáceis de compreender.					
Os protocolos de triagem são fáceis de aplicar.					
A comunicação entre ERPI e UHD decorre de forma eficaz e sem falhas.					
<b>Secção C – Impacto na Qualidade dos Cuidados</b>					
A Linha C.A.R.E. contribui para a deteção precoce de intercorrências agudas.					
O modelo permite evitar deslocações desnecessárias ao hospital.					
O serviço contribui para a melhoria do bem-estar dos utentes.					
<b>Secção D – Satisfação Global</b>					
Estou satisfeito com o funcionamento da Linha C.A.R.E.					

Recomendaria a continuidade do projeto a outras instituições.					
Considero importante expandir a Linha C.A.R.E. a outras regiões.					
TOTAL:					

---

Observações adicionais

---

---

---

Obrigada pela participação!

## Anexo I – Relatório de Indicadores Trimestrais

### *Relatório de Indicadores Trimestrais*

Unidade de Hospitalização Domiciliária – Hospital de Torres Vedras

#### 1. Identificação

Período em análise: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº total de ERPI participantes: \_\_\_\_

Nº total de utentes abrangidos: \_\_\_\_

#### 2. Indicadores de Atividade

Indicador	Valor Absoluto	% / Média	Observações
Chamadas recebidas		100%	
Tempo médio de resposta (min)			
Chamadas resolvidas no lar		____ %	
Chamadas com visita UHD		____ %	
Encaminhamentos hospitalares		____ %	

#### 3. Indicadores Clínicos

Indicador	Valor Absoluto	% / Média	Observações
Principais motivos de chamada (TOP 1)			
Principais motivos de chamada (TOP 2)			
Principais motivos de chamada (TOP 3)			

Idade média dos utentes envolvidos \_\_\_\_ anos

Casos com checklist positiva (sinais de gravidade) \_\_\_\_ | \_\_\_\_ %

Reinternamentos no período analisado \_\_\_\_ | \_\_\_\_ %

#### 4. Indicadores de Qualidade e Satisfação

Indicador	Valor	Fonte
Grau de satisfação dos profissionais das ERPI	_____ / 5	Questionário
Grau de satisfação dos familiares	_____ / 5	Entrevistas/Questionários
Conformidade dos registo clínicos	_____ %	Auditoria interna

#### 5. Conclusão e Recomendações

Síntese dos principais resultados

---

---

---

Identificação de áreas fortes e áreas a melhorar

---

---

---

Recomendações para o próximo trimestre

---

---

---