
Ferramenta Digital de Alerta e Sinalização para o Serviço Social

Márcia Rubina Jesus Assunção

Mestrado em Digitalização na Administração Pública,

Orientadora:

Doutora Isabel Cristina Flores Vieira e Silva, Investigadora
Associada,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientadora:

Doutora Maria Inês Lopes Andrade Espírito Santo, Professora
Auxiliar Convidada,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro, 2024

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Ferramenta Digital de Alerta e Sinalização para o Serviço Social

Márcia Rubina Jesus Assunção

Mestrado em Digitalização na Administração Pública,

Orientadora:

Doutora Isabel Cristina Flores Vieira e Silva,
Investigadora Associada,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientadora:

Doutora Maria Inês Lopes Andrade Espírito Santo, Professora
Auxiliar Convidada,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro, 2024

*À minha Mãe sempre presente no meu ser.
Aos meus filhos que me dão força para avançar.*

Agradecimento

Ao ISCTE agradeço a oportunidade de realização do Mestrado e aos Professores o profissionalismo e a qualidade de ensino. Uma especial palavra de reconhecimento ao Professor David Ferraz, à Professora Maria José Sousa e ao Professor Paulo Pedroso.

À Professora Isabel Flores, a dedicação, o apoio, a capacidade de ouvir e encontrar sempre uma solução para cada dificuldade sentida, a flexibilidade e disponibilidade constantes.

À Professora Inês Espírito Santo, a confiança, as reflexões, a orientação, o incentivo, a disponibilidade e a partilha do saber, cruciais para este trabalho. Que seja o primeiro de muitos percursos em conjunto para a valorização da nossa profissão.

À minha amiga e colega de Mestrado Filipa Freitas pela amizade, cumplicidade, apoio e partilha. Mais um caminho que partilhámos juntas.

Aos colegas de Mestrado, o espírito de entreajuda e partilha que pautou o nosso percurso.

À Secretaria da Saúde e Proteção Civil e ao SESARAM, EPERAM pelo apoio na realização do estudo, sem o qual não teria sido possível. Em particular, à Dra. Filipa Rodrigues, à Dra. Mariana Rodrigues, ao Dr. Rui Pinto, à Dr.^a Ana Carina Alves e à Dra. Bárbara Sousa.

Às minhas amigas e colegas Mónica Carvalho, Tânia Gonçalves e Margarida Ferro pela ajuda imprescindível e pela vossa amizade.

À minha amiga do coração Tânia Lourenço por nunca me ter permitido pensar em desistir e por me incentivar sempre a progredir e a crescer. És muito especial para mim.

Aos meus filhos Afonso, Maria e Matilde por compreenderem e respeitarem este meu objetivo académico e profissional e por se orgulharem com cada pequena conquista. O meu amor por vós é infinito e faz mover o meu mundo.

Ao meu querido pai, obrigada por tudo.

À minha querida mãe por me ter ensinado a não desistir e a trabalhar para alcançar aquilo que almejo, com brio, retidão e humildade. Foi um exemplo de ser humano e tudo farei para continuar a merecer o orgulho que sempre soube que tinha em mim. Muito obrigada querida mãe acima de tudo pelo seu amor incondicional.

Resumo

O envelhecimento populacional resultou na complexificação dos problemas de saúde e sociais dos cidadãos. Com a maior prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, de situações de incapacidade física e cognitiva verificou-se o agravamento da problemática do protelamento das altas hospitalares com sobrecarga para os sistemas de saúde e afetando negativamente a qualidade de vida dos cidadãos.

O presente estudo teve como objetivos, identificar e analisar os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar nos hospitais públicos da Região Autónoma da Madeira (RAM) no ano de 2023 e com base nesses fatores, desenvolver um modelo preditivo para a criação de uma ferramenta digital de alerta e de sinalização para o Serviço Social Hospitalar, de forma a intervir precocemente.

Este estudo de carácter retrospectivo adotou uma metodologia quantitativa. Para identificar os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar realizou-se uma comparação entre duas amostras independentes, uma com os utentes que estiveram em situação de protelamento da alta hospitalar ($n=271$) e outra com aqueles que não se encontraram nessa situação ($n=271$) em 2023, nos hospitais públicos da RAM. A análise incluiu variáveis sociodemográficas, de caracterização familiar, dependência e compromisso cognitivo.

Através de uma análise de regressão logística identificaram-se quatro destes fatores com significância estatística para um modelo preditivo que calcula a probabilidade do risco de protelamento da alta hospitalar. São eles: a idade ($OR=1,028$), o número de elementos do agregado familiar ($OR=0,601$), a presença de dependência ($OR=19,638$) e a presença de compromisso cognitivo ($OR=2,943$).

Propõe-se o desenvolvimento de uma ferramenta digital de sinalização a ser integrada no sistema informático que gera alertas automáticos para os assistentes sociais, em três níveis de risco associados à probabilidade de ocorrência do protelamento da alta hospitalar, com respetiva sinalética de cores: baixo até 30% (verde), moderado 30%-49% (amarelo) e alto risco, acima de 50% (vermelho).

Considera-se que este estudo e a ferramenta digital que propõe poderão contribuir para a mitigação do fenómeno dos protelamentos das altas hospitalares se integrado em estratégias concertadas e Políticas Públicas adequadas.

Palavras-chave: protelamento da alta hospitalar, Serviço Social, envelhecimento, planeamento da alta, ferramenta digital.

Abstract

Population aging has resulted in the complexification of citizens' health and social problems. With the increased prevalence of chronic non-communicable diseases, physical and cognitive disabilities, the problem of delayed hospital discharges has worsened, placing a heavy burden on health systems and negatively affecting citizen's quality of life.

The objectives of the present study were to identify and analyze the factors associated with delayed hospital discharge in the public hospitals of the Região Autónoma da Madeira (RAM) in 2023 and based on these factors to develop a predictive model for the creation of a digital alert and signaling tool for the Hospital Social Service, in order to intervene early.

This retrospective study used a quantitative methodology. In order to identify the factors associated with delayed hospital discharge, a comparison was made between two independent samples, one with patients who were in a situation of delayed hospital discharge ($n=271$) and the other with those who were not in this situation ($n=271$) in 2023, in public hospitals in the RAM. The analysis included sociodemographic, family characterization, dependency and cognitive impairment variables.

A logistic regression analysis identified four of these factors with statistical significance for a predictive model that calculates the probability of the risk of delayed hospital discharge. These are: age ($OR=1.028$), the number of household members ($OR=0.601$), the presence of dependency ($OR=19.638$) and the presence of cognitive impairment ($OR=2.943$).

It is proposed the development of a digital signaling tool to be integrated with the digital information system that generates automatic alerts for social workers, at three levels of risk associated with the likelihood of hospital discharge being delayed, with respective color signaling: low risk, up to 30% (green), moderate risk 30%-49% (yellow) and high risk above 50% (red).

It is believed that this study and the digital tool it proposes may contribute to mitigate the phenomenon of delayed hospital discharges if integrated into concerted strategies and appropriate public policies.

Keywords: delayed hospital discharge, Social Work, aging, discharge planning, digital tool.

Índice

Agradecimento	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Introdução	1
Capítulo 1. Revisão da Literatura	3
1.1. Desafios Sociais em Saúde	3
1.2. O Protelamento da Alta Hospitalar: consequências e causas de um problema social complexo	4
1.3. Digitalização da Administração Pública: o caso da Saúde	10
1.4. A Digitalização no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira	13
Capítulo 2. Metodologia de Investigação	15
2.1. População	16
2.2. Amostras	16
2.3. Instrumentos de Recolha de Dados	17
2.4. Tratamento de Dados	19
2.5. Considerações Éticas	20
Capítulo 3. Resultados	21
3.1. Análise dos Resultados	21
3.1.1. Perfil do Cidadão em situação de protelamento da alta hospitalar	21
3.1.1.1. Caraterização sociodemográfica	22
3.1.1.2. Avaliação da situação sociofamiliar	23
3.1.1.3. Dependência e Compromisso Cognitivo	23
3.1.1.4. Unidades de Saúde e Serviços	24
3.1.1.5. Motivos para o protelamento da alta hospitalar	25
3.1.1.6. Duração do protelamento da alta hospitalar e destino dos cidadãos	26
3.1.2. Taxa de Ocupação e Custos dos protelamentos da alta hospitalar	27
3.1.3. Fatores associados ao protelamento da alta hospitalar	28
3.1.4. Modelo Preditivo	30

Discussão	32
Conclusões	43
Referências Bibliográficas	49

Índice de Tabelas

Tabela n.º 1: Instrumento de Apoio à Recolha de Dados da Amostra 1	18
Tabela n.º 2: Instrumento de Apoio à Recolha de Dados da Amostra 2	18
Tabela n.º 3: Caracterização Sociodemográfica	21
Tabela n.º 4: Avaliação da situação sociofamiliar	23
Tabela n.º 5: Dependência e Compromisso Cognitivo	23
Tabela n.º 6: Unidades de Saúde e Serviços	24
Tabela n.º 7: Motivos para o protelamento da alta hospitalar	25
Tabela n.º 8: Duração do protelamento da alta hospitalar e destinos	26
Tabela n.º 9: Taxa de ocupação e Custos dos Protelamentos das altas hospitalares	27
Tabela n.º 10: Fatores associados ao Protelamento da Alta Hospitalar	28
Tabela n.º 11: Modelo Preditivo	30

Índice de Anexos

Anexo A: Time Line do Processo de Digitalização do SESARAM	53
Anexo B: Parecer da Comissão de Ética do SESARAM	55

Glossário de Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CES – Comissão de Ética do SESARAM

CEF – Conecting Europe Facility

DGS – Direção Geral de Saúde

EEDS – Espaço Europeu de Dados de Saúde

ENTD – Estratégia Nacional para a Transformação Digital

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

PEM – Prescrição Eletrónica Medicamentos

PDS – Plataforma de Dados da Saúde

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

PSU – Processo Social do Utente

RAM – Região Autónoma da Madeira

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados

RNU – Registo Nacional de Utentes

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

RRCCI – Rede de Cuidados Continuados Integrados

RRU – Registo Regional de Utentes

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UAII – Unidade de Apoio Integrado Internamento

UE – União Europeia

UILD – Unidade de Internamento de Longa Duração

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos principais desafios que as sociedades contemporâneas enfrentam, especialmente em países desenvolvidos. Este fenómeno resulta, em grande parte, do aumento da esperança média de vida e da redução da taxa de natalidade. Embora estes avanços representem conquistas na área da saúde, acarretam também novos problemas para os sistemas de saúde e sociais como o aumento das doenças crónicas não transmissíveis e consequente aumento da necessidade de cuidados de saúde, o aumento das situações de incapacidade física e cognitiva e a agudização do fenómeno dos protelamentos das altas hospitalares. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (Direção-Geral da Saúde, 2022), uma grande parte dos anos de vida após os 65 anos em Portugal é vivida com doença ou incapacidade, refletindo um declínio na qualidade de vida e maior dependência dos cuidados de saúde.

O envelhecimento demográfico em Portugal continuou a acentuar-se nos últimos anos, com uma projeção da Organização das Nações Unidas (ONU) de que a população portuguesa poderá reduzir de 10% a 15% entre 2025 e 2050, triplicando o número de idosos. Estes dados apontam para um futuro onde os serviços de saúde enfrentarão uma pressão crescente, particularmente no que respeita ao tratamento e cuidado de idosos com dependência funcional (Pedroso, 2022).

Associado às idades mais avançadas, assiste-se a um aumento do número de situações de protelamento de alta hospitalar, caracterizado pela permanência de doentes nos hospitais após a alta clínica, que segundo Ferreira e Espírito Santo (2018) acontece quando o contexto social dos doentes não reúne as condições necessárias para a reinserção na comunidade.

Este fenómeno, também conhecido como "internamento social", tem sido identificado como uma causa importante de sobrecarga dos sistemas de saúde, tanto em termos de ocupação de camas como de custos hospitalares (Rogers et al., 2023). Abdelhalim et al. (2024) referem que os internamentos prolongados, especialmente entre os idosos, reduzem a capacidade de resposta dos hospitais e aumentam o risco de complicações, como infeções hospitalares e declínio funcional.

Assim, a pressão sobre os recursos hospitalares é cada vez maior, afetando não só os doentes que permanecem internados sem motivos clínicos, mas também aqueles que aguardam por uma vaga hospitalar para tratamento. Em Portugal, o Barómetro de Internamentos Sociais (APAH, 2024) aponta para um aumento de 11% nos internamentos inapropriados em 2024, com 76% desses episódios a envolverem pessoas com mais de 65 anos.

No Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), a pressão dos protelamentos das altas hospitalares resulta igualmente em idênticos constrangimentos quer na gestão das camas hospitalares quer no impacto financeiro relevante que representam para este setor, com consequências ainda na qualidade de vida dos cidadãos a vivenciar esta situação, nos seus familiares e nos utentes que necessitam de cuidados de saúde, pois podem ver condicionado o seu acesso.

Na esteira do exposto torna-se importante melhorar o conhecimento deste fenómeno na Região Autónoma da Madeira (RAM) para planear e intervir de forma mais eficaz e eficiente possível com vista à sua mitigação. Assim, o presente estudo pretende responder à questão de partida: Quais os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar nos Hospitais da Região Autónoma da Madeira? Para os objetivos definidos de identificar e analisar os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar nos dois hospitais da RAM no ano de 2023, bem como perceber a taxa de ocupação e os custos associados ao período de protelamento social e propor uma ferramenta digital de alerta e de sinalização para o Serviço Social, foi desenhada uma investigação retrospectiva.

Este estudo pretende contribuir não só para uma melhor compreensão dos fatores associados ao protelamento hospitalar na RAM, como também para o desenvolvimento de soluções práticas, inovadoras e tecnológicas que possam ser implementadas no sistema de saúde, melhorando a eficiência e eficácia organizacional e consequentemente, a qualidade de vida e satisfação dos utentes.

O trabalho encontra-se organizado por capítulos, sendo que o primeiro corresponde à Revisão da Literatura, no qual se abordam os desafios sociais em saúde, as consequências e causas do protelamento da alta hospitalar, a digitalização da Administração Pública com enfoque no Sector da Saúde e se explana o processo de Digitalização no SESARAM. O segundo corresponde à Metodologia, onde se explica o tipo de estudo, a população, as amostras, o processo de tratamento de dados e se tece algumas considerações éticas acerca do trabalho de investigação. No terceiro apresentam-se os resultados com a respetiva análise e discussão. Por último, apresentam-se as conclusões do trabalho.

Revisão da Literatura

1.1. Desafios Sociais em Saúde

O envelhecimento populacional nos países mais desenvolvidos, que resultou do aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de natalidade, muito resultado da evolução científica da medicina e da melhoria das condições de vida das populações, resulta numa outra alteração importante nesta análise - o facto dos “anos de vida acima dos 65 anos serem vividos na sua maioria com doença e incapacidade” (Ferreira et.al 2020, p.10).

No triénio de 2021-2023, a esperança média de vida à nascença em Portugal foi calculada em 81,17 anos. Para os homens, foi de 78,37 anos, enquanto que para as mulheres foi de 83,67 anos. Em comparação com o período de 2020-2022, este valor representa um aumento de 0,32 anos para os homens e 0,15 anos para as mulheres (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024). No Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (Direção Geral de Saúde [DGS], 2022) é referido que em 2019, os valores do indicador anos de vida saudável aos 65 anos em Portugal foi de 6,9 anos no sexo feminino e 7,9 anos no sexo masculino, valores inferiores aos registados na média da União Europeia. O mesmo verificou-se com o indicador anos de vida saudável à nascença estimado para Portugal que foi de 59,2 anos, menos 5,4 anos que o valor médio dos países da União Europeia. Segundo Ferreira et al. (2020, p.10) Portugal é mesmo “um dos países da OCDE com menor número de anos de vida saudável depois dos 65 anos”.

O envelhecimento progressivo da população e o aumento do número de pessoas dependentes, aliados às mudanças sociais vividas nas últimas décadas, modificaram as estruturas sociofamiliares (López Luis et al., 2024), como a emancipação da mulher com a sua integração do mercado de trabalho, quando esta era culturalmente o elemento familiar que assumia a função de cuidar, assim como os fluxos de emigração, fazendo emergir e posteriormente agravar a problemática dos protelamentos das altas hospitalares, pela ausência de elementos familiares disponíveis para a prestação de cuidados.

Outro facto relevante nesta análise é que essas alterações demográficas e sociais verificadas não foram acompanhadas por um investimento público compatível e que desse resposta às necessidades que esta realidade tem vindo a fazer emergir. Pedroso (2022) refere mesmo que “Portugal é dos países onde é mais reduzida a cobertura de idosos por cuidados de longo prazo e é também dos que menos recursos despendem” (p.34).

Além disso, o mesmo autor preconiza que a situação tende a agravar-se, assinalando uma tendência crescente do rácio de dependência de idosos que não se fazendo acompanhar pelo adequado investimento público resultará num agravamento do risco de carência de cuidados das pessoas em situação de dependência. Pedroso (2022) considera mesmo que o risco de exposição das pessoas com dependência à falta de cuidados é relevante em Portugal. Conforme também observado por Siqueira et al. (2004), frente ao envelhecimento da população, há a necessidade de estruturação de serviços e programas de saúde que respondam às demandas emergentes.

No documento “Estimativas da população residente em Portugal 2022”, o INE (2023) relata que o envelhecimento demográfico em Portugal continuou a acentuar-se, atingindo o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens (em 2021 era de 181,3). Segundo uma previsão da ONU, a população portuguesa irá reduzir entre 10% a 15%, sendo que os idosos irão triplicar e os jovens diminuirão para menos de um terço da população, entre 2025 e 2050.

Quanto ao Rácio de Dependência dos Idosos em Portugal e com base numa Projeção do Eurostat divulgada em 2024 no Ageing Report Economic & Budgetary Projections for de European Union Member States (2022-2070), prevê-se um aumento de 40,7% em 2022 para 67,8% em 2070. Esta projeção indica que esta é uma realidade presente e futura que os Sistemas de Saúde e Sociais enfrentam e que tenderá a agudizar-se.

Em comum os vários estudos assumem a idade mais avançada como associação prevalente nos protelamentos das altas hospitalares. Conforme citado por Siqueira et al. (2004), Creditor (1993) destacou que nos internamentos de idosos, a hospitalização é seguida, em geral, por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes irreversíveis.

Na esteira do exposto não é surpreendente que estejamos a assistir nos últimos anos em Portugal, e a Madeira não é exceção, a um aumento do número de cidadãos que após um internamento hospitalar e respetiva alta clínica permanecem nos hospitais.

1.2. O Protelamento da Alta Hospitalar: consequências e causas de um problema social complexo

A alta hospitalar corresponde ao momento em que o utente abandona fisicamente o hospital, segundo Ferreira e Espírito Santo (2018).

“Em algumas situações que apresentam complexos problemas sociais, a alta clínica não resulta na saída do doente do hospital, ou seja, nestas situações, embora o doente não apresente motivos clínicos para permanecer no hospital, não estão reunidas as condições necessárias para a sua reinserção na comunidade, permanecendo na Unidade Hospitalar enquanto a sua situação social não é resolvida” (Ferreira & Espírito Santo, 2018, p. 35).

Abdelhalim et al. (2024), nesta mesma linha, referem-se à persistência no atraso da alta hospitalar, como uma situação em que apesar do utente ter recuperado de sua condição médica aguda e ser considerado estável, não necessitando mais dos recursos e serviços especializados prestados no ambiente hospitalar, permanece devido a razões não médicas, não sendo possível passar para o próximo nível de cuidados e deixar o hospital.

Quando a resposta da comunidade não se encontra disponível dentro do tempo do hospital, podemos dizer, segundo Guerra (2017) que surge um elemento bloqueador, pois é necessário protelar a alta clínica, por não haver condições para declarar uma “alta social”. O fator tempo é também enfatizado por Serafim e Espírito Santo (2013) como fulcral, na medida em que pode originar ou não o protelamento da alta social, dependendo da coincidência ou não da alta clínica com a satisfação das necessidades do utente e família e da disponibilização das respostas institucionais.

Segundo Colom (2000, como citado em Ferreira & Espírito Santo, 2018) “no trabalho em equipa a responsabilidade da alta contempla a alta clínica, alta social e alta hospitalar como três momentos que algumas vezes acontecem em tempos diferentes” (p. 288). A mesma autora refere que a alta social é o momento que o problema social foi resolvido ou simplesmente é inexistente, e pressupõe que estejam reunidas todas as condições psicossociais para que o doente possa ser reinserido no seu meio natural após a hospitalização, assegurando a continuidade de cuidados aos diversos níveis.

Há protelamento da alta hospitalar quando a saída do hospital após um internamento não é coincidente com a alta clínica. Os protelamentos das altas hospitalares constituem um problema social complexo que coloca à partida duas questões importantes. A primeira referente às suas consequências e a segunda as suas possíveis causas e/ou fatores associados.

Relativamente à primeira questão, segundo Rogers et al. (2023) os impactos são amplos e afetam tanto os cidadãos em situação de protelamento da alta hospitalar quanto aqueles que aguardam atendimento, incluindo consequências como tempos de espera mais longos para admissão, atrasos em cirurgias eletivas e sobrelotação hospitalar, o que impacta negativamente a mortalidade.

Martins et al. (2023) também referem estes constrangimentos na gestão hospitalar, nomeadamente, o impacto nos internamentos eletivos com o adiamento da atividade programada, assim como o aumento de custos, com a consequente degradação dos cuidados de saúde.

Abdelhalim et al. (2024) corroboram que os internamentos prolongados reduzem a capacidade de resposta dos sistemas de saúde conduzindo a piores resultados para os doentes, num contexto em que a pressão sobre os sistemas de saúde nos países desenvolvidos é crescente face ao envelhecimento da população, o que reduz a capacidade de resposta em relação à procura e aumenta a dificuldade na gestão dos custos.

Para os cidadãos que vivem a situação de alta hospitalar protelada, Rojas-Garcia (2018) identifica a mortalidade, infeções, depressão e redução na mobilidade dos doentes e capacidade na realização das atividades de vida diária como resultados adversos associados.

Consequências estas corroboradas por Rogers et al. (2023) que afirmam que o risco de complicações adquiridas no hospital como infeções e declínio funcional encontra-se aumentado.

Moore et al. (2017) reconhecem ainda o efeito stressante desta situação para as pessoas em situação de protelamento da alta hospitalar e consideram que este efeito nos doentes deve ser reconhecido e validado pelos profissionais de saúde, e por esse motivo nunca deverão recorrer a rótulos como “bed blockers”.

Abdelhalim et al. (2024) enfatizam o impacto emocional e físico do atraso nas altas sobre os pacientes e cuidadores e a necessidade de informações oportunas e revisões de políticas.

Na mesma linha, Kydd (2008) num estudo que desenvolveu para perceber como era a vida dos idosos em situação de alta protelada concluiu que estas pessoas estavam preocupadas com o seu futuro, não tendo partilhado esta ansiedade com os profissionais de saúde e ainda que se sentiram sem apoio durante esta fase crítica das suas vidas.

No que se refere às causas para os protelamentos das altas hospitalares, estas são complexas. Importa primeiro perceber se do ponto de vista sociodemográfico existem tendências significativas. López Luis et al. (2024) concluem numa Scoping Review, que os utentes com mais de 75 anos têm maior probabilidade de permanecerem no hospital após a alta clínica, não apontando em relação ao género qualquer conclusão significativa.

Também Moore et al. (2017) defendem que este problema é mais prevalente nos utentes mais idosos, considerando ainda que poderá haver benefícios se os hospitais identificarem os pacientes mais idosos, que correm mais risco de atraso na saída do Hospital para uma mais célere alocação de recursos, podendo assim ser acelerado o processo de alta hospitalar.

Quanto às causas do problema, conforme estudo realizado por Siqueira et al. (2004) verifica-se uma associação significativa entre o comprometimento funcional e um maior número de dias de hospitalização.

Também se referindo às causas/barreiras que contribuem para o atraso nas altas hospitalares Abdelhalim et al. (2024) através de uma *Scoping Review*, que analisou 23 revisões publicadas nas últimas duas décadas abrangendo 700 estudos, apontam as seguintes:

1. Falta de serviços de reabilitação: atrasos devido à indisponibilidade de serviços de reabilitação adequados que são necessários para uma recuperação contínua após a alta hospitalar.

2. Atrasos hospitalares: tais como falta de camas ou atrasos administrativos, contribuem para atrasos nas altas.

3. Atrasos na transferência: os pacientes por vezes têm que esperar pela transferência para outros hospitais ou unidades de saúde, o que pode causar atrasos significativos.

4. Gestão organizacional deficiente: O planeamento inadequado da alta e os problemas de transferência de cuidados, muitas vezes devido à má gestão organizacional, levam a internamentos hospitalares prolongados.

5. Fatores relacionados com a idade: Indivíduos mais velhos, frágeis e dependentes são particularmente vulneráveis a atrasos nas altas hospitalares devido às suas complexas necessidades de saúde.

6. Acesso inadequado aos cuidados: Barreiras como o acesso inadequado a cuidados nos domicílios, apoio domiciliário e capacidade hospitalar limitada impedem a alta atempada.

7. Má comunicação: Os défices de comunicação entre hospitais, prestadores de cuidados comunitários de saúde e assistência social e dentro dos departamentos hospitalares dificultam o processo de alta.

8. Dificuldades de financiamento: As restrições financeiras e as questões de financiamento podem atrasar a prestação dos serviços necessários pós-alta.

9. Fatores relacionados com os pacientes e os prestadores de cuidados: As necessidades específicas das pessoas idosas com problemas de saúde mental e das pessoas pertencentes a comunidades étnicas minoritárias nem sempre são abordadas de forma adequada, o que conduz também a atrasos.

10. Atrasos na avaliação e coordenação: Os atrasos na avaliação dos pacientes e a falta de coordenação entre os prestadores de cuidados de saúde contribuem para internamentos hospitalares prolongados.

11. Compromisso cognitivo: Pacientes com compromisso cognitivo frequentemente passam por internamentos hospitalares mais prolongados devido à necessidade de atendimento especializado e destinos de alta adequados.

12. Fatores socioeconómicos: O estatuto socioeconómico dos pacientes pode afetar a disponibilidade e a coordenação dos cuidados pós-alta, provocando atrasos.

13. Lutas políticas: Questões políticas comuns em diferentes países, tais como a falta de abordagens a este problema agravam o problema dos atrasos nas altas.

Analisando estas causas e barreiras apontadas por Abdelhalim et al. (2024) podemos concluir que os motivos para os protelamentos das altas clínicas têm diferentes origens, organizacionais, políticas, de saúde e sociais, inviabilizando leituras simplistas que abordam a questão apenas como um problema resultante de causas sociofamiliares.

Esta complexidade de causas/barreiras que concorrem e resultam no problema em análise são também exploradas Moore et al. (2017) num estudo observacional retrospectivo que investiga preditores sociais e de saúde para o atraso da alta hospitalar em idosos. Sem desvalorizar as restantes conclusões do estudo, os autores apontam como o seu principal contributo para este tema, que a fragilidade clínica constitui um preditor independente significativo para o atraso nas altas hospitalares. Ainda que o delírio e outros défices cognitivos também constituem preditores independentes significativos e que a exigência de um novo conjunto de cuidados no domicílio e a necessidade de institucionalização são também importantes fatores. O primeiro resultando num atraso menos prolongado que o segundo.

Martins et al. (2023) num estudo retrospectivo de internamentos sociais, referentes a 2018 e 2019, realizado num Serviço de Medicina Interna em Portugal, além de verificarem uma mediana de idades de 81 anos, concluem que o sexo feminino, os internamentos clínicos prolongados e a diabetes mellitus foram as características estatisticamente significativas associadas a um maior risco de prorrogação da alta.

Em comum os vários estudos assumem a idade mais avançada como associação prevalente nos protelamentos das altas hospitalares. Os resultados do Barómetro de Internamentos Sociais em Portugal consubstanciam isso mesmo. Na sua 6.^a edição, referente a 2022, refletem um aumento de 23% nas pessoas internadas de forma inapropriada em Portugal em relação ao ano anterior (APAH, 2022). Na sua 7.^a edição, referente ao ano de 2023, reportam um aumento de 60% face ao período homólogo do ano anterior (APAH, 2023), e na sua 8.^a Edição, referente a 2024, 11% de aumento, num total de 2164 internamentos inapropriados (APAH, 2024).

Salienta-se ainda neste estudo (APAH, 2024):

- Um aumento do índice de inapropriação do internamento (percentagem de utentes internados sem motivo clínico relativamente aos utentes com motivos clínicos) de 5,4% em 2021, 6,3% em 2022 para 9,4% em 2023 e 11,1% em 2024;
- As duas principais causas apontadas no estudo para o internamento inapropriado são a falta de resposta na Rede Nacional de Cuidados Continuados e falta de resposta em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI);
- 76% dos episódios de internamentos inapropriados dizem respeito a pessoas com mais de 65 anos;
- o impacto financeiro dos internamentos inapropriados estimado para um ano é de 261.182.798 euros.

Ora, o fenómeno dos protelamentos de altas hospitalares acarreta um conjunto de consequências anteriormente abordadas que importa conhecer que confluem na necessidade cada vez mais reconhecida pelo Estado e pelos cidadãos, de intervir para mitigar este problema social complexo. A este nível, importa saber que na gestão dos hospitais portugueses e em particular na RAM verifica-se, como já demonstrado, um impacto financeiro muito significativo e uma maior pressão na gestão das camas hospitalares que acabam ocupadas por estas situações em vez de estarem disponibilizadas aos cidadãos que efetivamente necessitam de cuidados de saúde hospitalares.

Os motivos sociais que segundo a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares são os mais frequentes neste contexto, são a incapacidade das famílias e/ou a falta de respostas sociais na comunidade (APAH, 2024). Mas se analisarmos os fatores que fazem emergir estas insuficiências sociais verificamos que estão na base causas biológicas associadas a processos de doença e/envelhecimento que resultam em dependência física, visão que contraria, uma vez mais, o carácter meramente social das causas.

O protelamento da alta hospitalar começa a ter maior visibilidade social e preocupação por parte dos decisores políticos e administradores das Unidades Hospitalares por ser um problema multidimensional e principalmente pelo número de casos que tem vindo a aumentar e por influenciar de forma negativa, o bem-estar e qualidade de vida dos doentes e suas famílias e por impactar a gestão dos Sistemas de Saúde.

Exemplo desta preocupação crescente é a entrada deste problema na agenda política portuguesa e resultado disso a publicação da Portaria n.º 38-A/2023 de 2 de fevereiro que estabelece os termos e condições em que é efetuada a articulação interinstitucional para efeito de referenciação e acompanhamento de pessoas que por motivos sociais permanecem internadas após a alta clínica em hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) através do recurso a um acolhimento temporário e transitório em resposta social. Esta portaria surge do reconhecimento do governo das dificuldades presentemente sentidas pelo SNS nesta matéria, segundo o preambulo da referida portaria. Também evidencia a atenção do governo a este problema público, o facto de 6 meses depois da publicação desta, outra portaria ter sido publicada procedendo a alterações da primeira, a Portaria n.º 256/2023 de 10 de Agosto. Reconhece a necessidade premente de ampliar a capacidade de intervenção nas situações de cidadãos que permanecem internados nos hospitais por ausência de resposta social e familiar, através da possibilidade de uma resposta de acolhimento temporário e transitório em equipamento social, além do setor social e solidário também do setor privado, desde que esgotadas as vagas disponíveis nos primeiros.

Os resultados do Barómetro dos internamentos sociais em Portugal, na 8.ª Edição, através dos resultados que apontam a contínua agudização do problema, poderão ter como leitura, a ineficiência e/ou insuficiência destas medidas políticas e legislativas face à magnitude do problema.

1.3. Digitalização da Administração Pública: o caso da Saúde

A digitalização da administração pública tem emergido como uma prioridade global. A transformação digital visa otimizar processos, melhorar a eficiência e fornecer serviços mais acessíveis e eficazes aos cidadãos. Neste âmbito, a digitalização na área da saúde torna-se crucial, considerando o impacto direto na qualidade de vida dos cidadãos.

Fatehi et al. (2020) com base nos resultados de um estudo no qual foram analisadas 95 definições de “saúde digital”, concluem que a saúde digital trata do uso adequado da tecnologia para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas ao nível individual e populacional, bem como melhorar o atendimento aos pacientes por meio do processamento inteligente de dados clínicos e genéticos.

Kostkova (2015) considera que as conquistas tecnológicas revolucionaram a prática clínica a vários níveis, prevenção, diagnóstico, monitorização até à gestão dos doentes.

Richardson et al. (2022) alertam para a importância dos responsáveis compreenderem como os determinantes digitais impactam a igualdade na saúde, devendo garantir que o uso de tecnologia na saúde não aumente as disparidades na saúde.

Neste contexto e ao nível da União Europeia (UE) importa perceber a "Estratégia da UE para a Saúde Digital" porque abrange todos os Estados-Membros, promovendo uma abordagem unificada para a digitalização da saúde.

O "Regulamento relativo ao Espaço Europeu de Dados de Saúde (EEDS)" adotado em 2024 constitui um pilar crucial desta estratégia, estabelecendo normas para a interoperabilidade dos sistemas de informação de saúde em toda a UE. Este regulamento visa facilitar a mobilidade dos pacientes e garantir o acesso eficiente a informações de saúde, independentemente do país de origem. Além disso, a UE promove a iniciativa "Connecting Europe Facility (CEF) Digital" para apoiar a implementação de infraestruturas digitais na saúde. Esta iniciativa incentiva a cooperação entre os Estados-Membros na construção de redes e serviços digitais para a saúde, promovendo uma abordagem colaborativa na transformação digital.

Neste enquadramento de transformação digital, Portugal tem implementado diversas políticas públicas para impulsionar a transformação digital na Administração Pública, com especial atenção no setor da saúde, foco deste projeto. O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto plasma esse objetivo. Na sua secção V, artigo 25.º - Sistemas de Informação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), preconiza que os sistemas de informação devem contribuir para obtenção de ganhos em saúde, melhorar a qualidade do trabalho dos profissionais de saúde e contribuir para a investigação e desenvolvimento da saúde e eficiência e transparência dos serviços. Aponta ainda a interoperabilidade, a interconexão dos sistemas de informação e a possibilidade de acesso a dados pessoais dos utentes como importante, e preconiza a disponibilização de prestação de cuidados não presenciais com recursos a sistemas de informação. Também a Estratégia Nacional para a Transformação Digital 2021-2026 (ENTD), assim como o respetivo Plano de Ação Transversal aprovados através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 131/2021, visam modernizar os serviços públicos, promovendo a eficiência, transparência e participação dos cidadãos. No âmbito da saúde, a ENTD refere também como objetivo promover a interoperabilidade entre os diversos sistemas de informação, permitindo uma gestão mais eficaz dos dados clínicos e uma coordenação mais eficiente entre os diferentes atores do setor. Essa iniciativa está alinhada com as reformas e metas estabelecidas no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), contribuindo para a coerência global dos investimentos durante a transição digital do setor público.

Uma das iniciativas centrais é a criação da Plataforma de Dados da Saúde, que visa consolidar e tornar acessíveis os dados de saúde de forma segura e padronizada. Esta plataforma facilita a partilha de informações entre entidades de saúde do SNS, promovendo uma abordagem mais holística no acompanhamento dos pacientes e na gestão de recursos. Além disso, fomenta a investigação e o desenvolvimento de soluções inovadoras na área da saúde.

As políticas públicas em Portugal têm também incentivado a adoção de soluções digitais na prestação de serviços de saúde. A promoção da telemedicina e a implementação de serviços digitais, como a marcação online de consultas e acesso a resultados de exames eletronicamente, têm sido prioritárias. Estas medidas não só aumentam a acessibilidade aos cuidados de saúde, mas também contribuem para a redução de custos e a otimização dos recursos disponíveis.

Analisando especificamente a RAM, o Plano Regional de Saúde 2021-2030, enquanto instrumento orientador das Políticas Públicas da Saúde nesta Região, a questão da transformação digital também tem relevância. Foram definidos 4 Eixos prioritários sendo que um deles, dedicado ao Progresso, sistematiza as estratégias que visam o fortalecimento do Sistema de Saúde da RAM, através de, entre outros, o recurso à saúde digital. Especifica a melhoria/reforço da tecnologia disponível nos cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários e dos sistemas de informação afetos à vigilância epidemiológica, à gestão da prestação de cuidados de saúde e também a interoperabilidade de sistemas no sistema de saúde público, mas também com outros parceiros. O mesmo documento preconiza o incremento da digitalização da saúde e do uso de tecnologias de comunicação e de informação na prestação de cuidados de saúde, com a intensificação da telessaúde.

Neste sentido, referir que no SESARAM o acesso e partilha de dados de saúde dos cidadãos, já referido quando abordámos a Plataforma de dados de saúde, atinge um outro patamar. Ou seja, além de ser possível partilha de dados de saúde entre os vários serviços de saúde públicos, na RAM é também possível com os serviços de saúde do setor privado e social, através de uma ferramenta informática denominada Processo Clínico Único. Este projeto já alcançou prémios e distinções nacionais e internacionais.

A transformação digital da saúde requer uma atenção especial à segurança cibernética e à proteção de dados. Nesse sentido, as políticas públicas em Portugal têm promovido a implementação de medidas de cibersegurança para salvaguardar a integridade e confidencialidade das informações dos cidadãos. A conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) constitui também uma prioridade, garantindo que a digitalização seja realizada de forma ética e legal. Os exemplos de plataformas de partilhas de dados de saúde

dos cidadãos em Portugal e em particular na RAM apresentam mecanismos que respeitam os princípios definidos pelo RGPD.

1.4. A Digitalização no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

O Núcleo de Informática do SESARAM é responsável pelo processo de digitalização do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, nomeadamente, pelo desenvolvimento do Sistema Eletrónico de Informação de Saúde deste, o Atrium.

Conforme podemos verificar na Time Line (Anexo A) este processo teve início em 1992 com o Registo Regional de Utentes, marcando o início de uma estratégia de implementação do Registo de Saúde Eletrónico no SESARAM.

O Atrium permite que no SESARAM exista uma interligação entre os Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados e Pré-Hospitalar, permitindo assim a partilha de informação importante para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados no SESARAM.

O software desenvolvido pelo Núcleo de Informática abrange as seguintes áreas:

- Sistemas Clínicos;
- Sistemas Administrativos e Gestão de Doentes;
- Sistemas de Apoio Logístico;
- Sistema de Gestão e Planeamento;
- Utente:
 1. Portal do Utente do SESARAM (Portal do Utente do SESARAM - Página Inicial)
 2. AppSESARAM – aplicação móvel do SESARAM para o Utente (brevemente)

Recentemente o Atrium recebeu um prémio importante pelo trabalho desenvolvido do X-eHealth Interoperability Award 2022. Este prémio teve como objetivo reconhecer projetos e iniciativas inovadoras, na área de interoperabilidade de dados de saúde no ecossistema europeu. O SESARAM foi premiado por promover a interoperabilidade de dados de saúde na Europa, alinhado com a estratégia "OneHealth" da UE, que Ursula Von Der Leyen destacou em 2022. Com o sistema Atrium, focado no utente, o SESARAM contribui para uma gestão integrada e acessível dos dados de saúde, reforçando um ecossistema de cuidados mais coordenado e eficiente.

É neste contexto institucional que consideramos que a digitalização poderá contribuir para os processos de trabalho relacionados com a problemática dos protelamentos das altas hospitalares nos hospitais públicos da RAM.

Guerra (2017) aponta a sinalização precoce ao serviço social como positiva, na medida em que aumenta o tempo para o planeamento da intervenção. Aponta o tempo como fator determinante na construção de um caso social, porque estabelece a articulação entre a alta clínica e a alta social.

A sinalização dos casos a serem priorizados na intervenção do Serviço Social Hospitalar como casos de risco para protelamento da alta clínica, dependem unicamente da identificação de fatores de risco pelos profissionais de saúde (quer sejam os próprios assistentes sociais ou outros da equipa multidisciplinar).

Como estratégia de agilização desta referenciação e consequente intervenção precoce do Serviço Social, consideramos o recurso a uma ferramenta digital integrada no sistema informático do SESARAM com alertas automáticos aos assistentes sociais à data de admissão do cidadão num hospital, tendo por base determinados fatores de risco para protelamento hospitalar previamente estudados, um contributo importante a operacionalizar. É nesse sentido, que desenvolvemos o presente projeto de investigação.

CAPÍTULO 2

Metodologia de Investigação

“Na decisão da pesquisa – quantitativa ou qualitativa, mais importante do que nomear o método, é ter o conhecimento sobre sua utilidade e adequação ao objeto que se propõe estudar” (Pereira & Miclos, 2013, p. 17), ideia esta reforçada por Augusto (2014) que defende que a escolha do método terá de estar relacionada com as questões que o investigador coloca, com a natureza do que se pretende conhecer, com o tipo de respostas e o que espera encontrar.

Neste sentido, opta-se por apresentar inicialmente a pergunta de partida e os objetivos gerais e específicos porque foram decisivos na decisão da metodologia a adotar.

O presente estudo guia-se pela pergunta de partida: Quais os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar nos Hospitais da Região Autónoma da Madeira?

Definiu-se como objetivos gerais para o mesmo:

- Identificar e analisar os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar nos 2 hospitais públicos da RAM no ano de 2023 bem como perceber a taxa de ocupação e os custos associados ao período de protelamento.
- Propor uma ferramenta digital de alerta e de sinalização para o Serviço Social.

Como objetivos específicos, foram delineados 4 objetivos específicos:

1. Apresentar o perfil sociodemográfico do cidadão que esteve em situação de protelamento da alta hospitalar nos Hospitais Públicos da RAM no ano de 2023;
2. Identificar e quantificar fatores associados ao protelamento da alta hospitalar em 2023;
3. Criar um modelo preditivo baseado nos fatores de risco identificados.
4. Integrar um sistema de alerta no sistema informático do SESARAM (Atrium) para priorização da intervenção social nos casos de risco de protelamento hospitalar.

Face à pergunta de partida definida à qual este estudo de investigação se propõe responder e aos objetivos gerais e específicos delineados, optou-se por um estudo retrospectivo.

Isto porque os dados analisados são referentes ao ano de 2023 e já haviam sido recolhidos, estando disponíveis no sistema informático do SESARAM, nos Módulos Identificação de Utente, Processo Social do Utente (PSU), Processo Clínico do Utente (PC), Gestão do Internamento, e nas Fichas de Referência dos Utentes (Arquivo Digital do Serviço Social).

A perspetiva adotada para esta investigação é a quantitativa. Como analisado por Bryman (2012), esta perspetiva permite realizar análises que podem identificar padrões e relações

numéricas, o que corresponde ao pretendido neste estudo, especificamente, a determinação dos fatores com associação significativa à situação de protelamento da alta hospitalar de modo a possibilitar a criação de um modelo preditivo.

Pereira e Miclos (2013) apontam que a pesquisa quantitativa se apoia numa abordagem positivista e lógica e que os seus métodos exigem comprovações e quantificações de um mundo real dos factos, um mundo lógico das teorias que se comportam segundo critérios racionais e objetivos.

2.1. População

A população é constituída pelos utentes internados no ano de 2023 nos hospitais públicos da RAM (Hospital Dr. Nélío Mendonça e Hospital dos Marmeleiros) com e sem protelamento da alta hospitalar.

2.2. Amostras

O método de amostragem a que recorremos neste estudo foi o probabilístico, especificamente, a amostragem aleatória simples. De acordo com Creswell (2010) e Coutinho (2023), na amostra aleatória simples cada indivíduo da população tem uma probabilidade igual de ser selecionado.

"As amostras aleatórias são quase sempre mais representativas do que as amostras não probabilísticas, que tendem a diferir sistematicamente de uma população de referência em determinadas características" (Johnson & Christensen, 2012, como citado em Bedeian, 2014, p. 18). Keppel (1991, como citado por Creswell, 2010) considera que este tipo de amostragem garante que a amostra será representativa da população.

Para a investigação foram definidas duas amostras independentes. A amostra 1 é representativa da população de 911 utentes que estiveram em situação de protelamento da alta hospitalar em 2023 nos Hospitais Públicos da RAM (Hospital Dr. Nélío Mendonça e Hospital dos Marmeleiros).

Para calcular o número de indivíduos que compõem esta amostra recorremos ao Qualtrics. Com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, concluímos que a amostra representativa da população é constituída por 271 indivíduos.

A amostra 2, com igual número de indivíduos da primeira, é constituída por utentes que em 2023 estiveram internados nas referidas unidades de saúde e que não estiveram na situação de protelamento da alta hospitalar.

A aleatorização das amostras foi realizada com recurso a uma fórmula do Excel (=aleatorioentre), com base numa tabela onde constavam os números de ordem dos indivíduos que compunham cada uma das bases de dados correspondentes às duas amostras em análise. Em seguida recorremos à exclusão dos duplicados e os primeiros 271 de cada uma das listas corresponderam a cada uma das amostras do nosso projeto de investigação.

2.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a recolha de dados foram construídas duas bases de dados em Excel (instrumentos validados por dois peritos na área social e de saúde). Os dados que constam das referidas Bases de Dados têm como fontes: o Sistema Informático do SESARAM, os Processos Sociais dos Utentes, e as respetivas Fichas de Referenciação (documento de articulação entre o SESARAM e o ISSM). Tratam-se de dados secundários porque correspondem a informação já existente, não tendo sido obtidos pelo investigador ou para a investigação que está a realizar, conforme referido por Alegria et al. (2011).

Na primeira Base de Dados, que corresponde aos dados da amostra 1, foram tidas em conta as seguintes variáveis conforme Tabela n.º 1:

Tabela n.º 1: Instrumento de Apoio à Recolha de Dados da Amostra 1

	Instrumento de Apoio à Colheita de DADOS - Amostra 1
	Variáveis
V1	Unidade de Saúde (Hospital dos Marmeleiros ou Hospital Dr. Nélcio Mendonça) onde teve alta
V2	Serviço de Internamento
V3	Idade
V4	Género
V5	Dias de internamento após a Alta Clínica
V6	Nacionalidade
V7	Concelho de Residência
V8	Teve acompanhamento Social S/N
V9	Estado Civil
V10	Tipo de Família
V11	Número de Elementos do Agregado Familiar
V12	Já esteve anteriormente em situação de protelamento hospitalar S/N
V13	Motivos de Permanência após a Alta Clínica:
V13.1	Ausência de cuidador/ausência de rede de suporte/família migrada
V13.2	Habitação com barreiras arquitectónicas/insalubridade/outros problemas habitacionais/sem habitação
V13.3	Demora na atribuição de apoios sociais domiciliários
V13.4	Demora na resposta da RRCCI
V13.5	Resposta negativa da RRCCI
V13.6	Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados (S/N)
V13.6.1	Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados por: Outros dependentes a cargo
V13.6.2	Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados por: Questões de saúde
V13.6.3	Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados por: Motivos de idade
V13.6.4	Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados por: Dificuldade de conciliação com o trabalho
V13.6.5	Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados por: Distanciamento Geográfico
V13.6.6	Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados por: Agravamento da dependência
V13.6.7	Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados por: Exaustão do cuidador
V13.6.8	Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados por: conflitos familiares ou por tipo de relação com o doente (pouco significativa; distanciamento relacional)
V13.7	Dificuldade na contratação de cuidador (S/N)
V13.7.1	Dificuldade na contratação de cuidador por: questões económicas
V13.7.2	Dificuldade na contratação de cuidador por: cuidadores indisponíveis
V13.8	Necessidade de cuidados permanentes/estado clínico
V13.9	Demora na atribuição de vaga em ERPI
V13.10	Demora na atribuição de vaga em ULDM-RRCCI
V14	Dependência (S/N)
V15	Compromisso Cognitivo (S/N)
V16	Resultados da aplicação da escala de avaliação da situação sociofamiliar de Gijon
V17	Destino

Fonte: Elaboração própria.

A segunda Base de Dados em Excel construída, que corresponde aos dados referentes à amostra 2, teve em conta as seguintes variáveis conforme Tabela n.º 2:

Tabela n.º 2: Instrumento de Apoio à Recolha de Dados da Amostra 2

	Instrumento de Apoio à Colheita de DADOS - Amostra 2
	Variáveis
V3	Idade
V4	Género
V9	Estado Civil
V10	Tipo de Família
V11	Número de Elementos do Agregado Familiar
V14	Dependência (S/N)
V15	Compromisso Cognitivo (S/N)

Fonte: Elaboração própria.

2.4. Tratamento de dados

O Software utilizado para o tratamento dos dados foi o Statistical Package for the social Sciences Software (SPSS) versão 25.0 (IBM, Armonk, NY, USA).

Recorremos a métodos de estatística descritiva para apresentar o Perfil do Cidadão que esteve em situação de protelamento da alta hospitalar nos hospitais públicos da RAM no ano de 2023 (amostra 1). Este perfil contempla, a caracterização sociodemográfica, a avaliação sociofamiliar, a dependência e compromisso cognitivo, a distribuição por Unidades de Saúde e Serviços, os motivos para o protelamento da alta hospitalar e a duração do mesmo.

A estatística descritiva é uma ramificação da estatística que se ocupa de resumir e descrever os aspetos principais de um conjunto de dados. Neste estudo, além de frequências e percentagens, utilizámos medidas de tendência central como a média e a mediana para descrever as idades, o número de elementos do agregado familiar e o número de dias em protelamento da alta hospitalar, bem como medidas de dispersão como o desvio padrão para analisar a variabilidade dos dados.

Murphy (2021) defende que a utilização adequada de estatísticas descritivas é fundamental para preparar os dados para análises preditivas e garantir que estejam bem compreendidos e prontos para análises subsequentes. Acrescenta ainda que a descrição precisa dos dados ajuda a identificar padrões iniciais e anomalias que podem afetar os resultados das análises.

Para analisar os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar, comparámos os resultados dos dados referentes às duas amostras, 1 e 2, recorrendo a diferentes testes estatísticos adequados ao tipo de variáveis envolvidas no estudo. Estes testes inferenciais permitiram verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas. Recorremos ao Teste t de Student para comparar a média das idades e a média do número de elementos do agregado familiar dos dois grupos independentes (os que estiveram em protelamento da alta hospitalar e os que não estiveram), por ser um teste apropriado para analisar diferenças de média em variáveis contínuas. Os tamanhos das amostras, com base no Teorema do Limite Central, asseguram que as médias se aproximam de uma distribuição normal, o que permitiu utilizar o referido teste estatístico.

Para as variáveis categóricas, como o género, estado civil, tipo de família, dependência e compromisso cognitivo, aplicámos o teste qui-quadrado, que permite avaliar se existe uma associação significativa entre essas variáveis e a condição de protelamento da alta hospitalar.

Recorremos à regressão logística para construir um Modelo Preditivo que identifica os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar e calcula o risco de cada cidadão internado de vivenciar esta situação.

2.5. Considerações Éticas

O presente projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética do SESARAM (CES) que emitiu Parecer Favorável (Anexo B).

Neste ponto importa referir que a confidencialidade dos dados pessoais foi assegurada, através da sua anonimização com recurso à eliminação da identificação dos seus titulares (nome e processo clínico), não sendo, após este procedimento passíveis de serem identificados. Durante a fase de recolha dos dados, referir, que este trabalho foi realizado exclusivamente nos computadores do SESARAM, protegidos com sistemas de cibersegurança de elevada confiabilidade, aos quais acresce proteção com palavra-passe.

CAPÍTULO 3

Resultados

A apresentação e análise de resultados de uma investigação científica pretende revelar de forma clara e organizada os dados recolhidos e os resultados obtidos, em função dos objetivos definidos para o estudo.

Neste capítulo, serão descritos os principais resultados do estudo, organizados de acordo com as variáveis de interesse e os objetivos da investigação. Este capítulo visa, acima de tudo, fornecer uma visão precisa e completa dos dados obtidos, servindo como base para as interpretações e conclusões que possam contribuir para o conhecimento nesta área de estudo.

3.1. Análise dos Resultados

3.1.1. Perfil do cidadão em situação de protelamento da alta hospitalar

Através da apresentação do Perfil do cidadão em situação de protelamento da alta hospitalar, recorrendo a métodos de estatística descritiva, pretende-se conhecer as características sociodemográficas e sociofamiliares, a prevalência de dependência na realização de atividades de vida diária e de compromisso cognitivo nestes, as unidades e serviços de internamento com maior frequência de situações de protelamento hospitalar, a média de dias de internamento após a alta clínica e o destino destes cidadãos, no caso dos hospitais públicos da RAM no ano de 2023.

3.1.1.1. Caracterização Sociodemográfica

Tabela n.º 3: Caracterização Sociodemográfica

		n (271)	% (100%)
Idade	M=78,40 Md=80,00 DP=10,57 Min=45 Max=99		
Sexo	Masculino	117	43,2%
	Feminino	154	56,8%
Nacionalidade	Portugal	268	98,9%
	Reino Unido	2	0,7%
	Suécia	1	0,4%
Concelho de Residência	Calheta	13	4,8%
	Câmara de Lobos	25	9,2%
	Funchal	122	45%
	Machico	21	7,7%
	Maia	1	0,4%
	Ponta do Sol	6	2,2%
	Porto Moniz	7	2,6%
	Porto Santo	1	0,4%
	Ribeira Brava	16	5,9%
	Santa Cruz	36	13,3%
	Santana	6	2,2%
	São Vicente	16	5,9%
	Sem informação	1	0,4%
Estado Civil	Casado	73	26,9%
	Divorciado	16	5,9%
	Sem informação	3	1,1%
	Separado	6	2,2%
	Solteiro	56	20,7%
	união de facto	2	0,7%
	Viúvo	115	
Tipo de Família	Alargada	84	31%
	nuclear c/ filhos	15	5,5%
	nuclear s/filhos	51	18,8%
	Reconstituída	1	0,4%
	Sem informação	3	1,1%
	Unipessoal	117	43,2%
Nr. Elementos agregado familiar	M=1,85 Md=2 DP=1,78 Min=1 Máx=7		

Fonte: Sistema Informático do SESARAM.

Legenda: M-Média; Me-Mediana; DP-desvio padrão; Min-mínimo; Max-máximo.

Na Tabela n.º 3, observa-se uma média de idade dos indivíduos em situação de protelamento da alta hospitalar de 78,4 anos, com uma mediana de 80 anos, o que indica que a maioria dos utentes é de idade avançada. O sexo predominante é o feminino, com 56,8%.

Quanto ao estado civil, 42,5% dos indivíduos são viúvos, um fator relevante, pois a perda do cônjuge pode influenciar o suporte e apoio para o regresso à comunidade. Além disso, 43,2% vivem em contexto unipessoal, o que reforça a ideia de isolamento e falta de apoio familiar, um dos motivos que poderá estar relacionado com a permanência de utentes em Unidades Hospitalares após a alta clínica.

3.1.1.2. Avaliação da situação sociofamiliar

Tabela n.º 4: Avaliação da situação sociofamiliar

	n (271)	% (100)
Escala de Gijon		
Situação social boa	2	0,7%
Situação Intermédia	22	8,1%
Deterioro social severo	209	77,1%
Sem informação	38	14,1%

Fonte: Fichas de Referenciação (Arquivo Digital do Serviço Social do SESARAM).

Através da aplicação da escala de Gijón, constata-se que a grande maioria dos indivíduos (77,1%) apresenta um resultado de deterioração social severa, indicando fragilidades sociais significativas. Apenas 0,7% apresentam uma situação social considerada boa (Tabela n.º 4).

3.1.1.3. Dependência e Compromisso Cognitivo

Tabela n.º 5: Dependência e Compromisso Cognitivo

	n (271)	% (100)
Dependência AVD's		
Não	23	8,5%
Sim	248	91,5%
	n (271)	% (100)
Compromisso Cognitivo		
Não	141	52%
Sim	130	48%

Fontes: Fichas de Referenciação (Arquivo Digital do Serviço Social do SESARAM) e Sistema Informático do SESARAM.

Os dados revelam que 91,5% dos indivíduos apresentam dependência nas atividades de vida diária (AVD) na data da alta clínica e 48% apresentam compromisso cognitivo (Tabela n.º 5).

3.1.1.4. Unidades de Saúde e Serviços

Tabela n.º 6: Unidades de Saúde e Serviços

	n (271)	% (100)
Unidades de Saúde		
Hospital Dr. Nélío Mendonça	144	53,1%
Hospital dos Marmeleiros	127	46,9%
Serviços		
Cirurgia Geral	14	5,2%
Cirurgia cardio-torácica	1	0,4%
Cirurgia Vascular	2	0,7%
Especialidades Médicas	5	1,8%
Gastroenterologia	1	0,4%
Ginecologia	2	0,7%
Infetocontagiosas	3	1,1%
Medicina Interna	130	68,7%
Nefrologia	2	0,7%
Neurocirurgia	16	5,9%
Neurologia	2	0,7%
Ortopedia	19	7%
Otorrinolaringologia	1	0,4%
Pneumologia	7	2,6%
Unidade de AVC's	13	4,8%
Cardiologia	1	0,4%
Oncologia	4	1,5%
Serviço de Urgência	15	5,5%
Urologia	3	1,1%
1.º Nascente	14	5,2%

Fonte: Sistema Informático do SESARAM.

A distribuição entre as Unidades de Saúde mostra que 53,1% dos casos de protelamento da alta hospitalar ocorreram no Hospital Dr. Nélío Mendonça e 46,9% no Hospital dos Marmeleiros. A maior parte dos doentes em protelamento da alta hospitalar encontra-se nos serviços de Medicina Interna (48%), que trata de doentes com condições crónicas e complexas, muitas vezes associadas à idade avançada e a elevados níveis de dependência (Tabela n.º 6).

3.1.1.5. Motivos para o protelamento da alta hospitalar

Tabela n.º 7: Motivos para o protelamento da alta hospitalar

	n (818)	% (100)
Motivos para o protelamento da alta hospitalar		
Ausência de cuidador/ausência de rede de suporte/família migrada	77	9,4%
Habitação com barreiras arquitetónicas/insalubridade/outros problemas habitacionais/sem habitação	59	7,2%
Demora na atribuição de apoios sociais domiciliários	42	5,1%
Demora na resposta da RRCCI	22	2,7%
Resposta negativa da RRCCI	30	3,7%
Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados	218	26,7%
Dificuldade na contratação de cuidador	24	2,9%
Necessidade de cuidados permanentes/estado clínico	82	10%
Demora na atribuição de vaga em ERPI	134	16,4%
Demora na atribuição de vaga em ULDM-RRCCI	130	15,9%
	n (517)	% (100)
Indisponibilidade/Incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados por:		
Outros dependentes a cargo	41	7,9%
Questões de saúde	56	10,8%
Motivos de idade	51	9,9%
Dificuldade de conciliação com o trabalho	87	16,8%
Distanciamento Geográfico	36	7,0%
Agravamento da dependência	198	38,3%
Exaustão do cuidador	31	6,0%
conflitos familiares ou por tipo de relação com o doente (pouco significativa; distanciamento relacional)	17	3,3%
	n (24)	% (100)
Dificuldade na contratação de cuidador por:		
questões económicas	7	29,2%
cuidadores indisponíveis	17	70,8%

Fonte: Sistema Informático do SESARAM.

Os dados apresentados na Tabela n.º 7 identificam diversas causas de protelamento da alta hospitalar, mas a predominante está relacionada com a indisponibilidade ou incapacidade do cuidador para a prestação de cuidados, responsável por 26,7% dos casos.

Ao analisar as causas da indisponibilidade ou incapacidade dos cuidadores, observa-se que o fator mais prevalente é o agravamento da dependência do doente, que corresponde a 38,3% dos casos de incapacidade do cuidador. Este dado é relevante, pois sugere que muitos dos cuidadores se deparam com níveis de dependência com os quais não se sentem capazes de lidar e/ou o agravamento exige a alocação de recursos adicionais e em muitos casos a institucionalização do doente.

Outros fatores significativos incluem a dificuldade de conciliação com o trabalho por parte dos cuidadores (16,8%). Além disso, questões de saúde dos próprios cuidadores também surgem como um impedimento importante (10,8%) assim como a idade do cuidador (9,9%).

No que se refere aos motivos da permanência dos cidadãos nos hospitais após a alta clínica, a demora na atribuição de vaga em ERPI (16,4%) e a demora na atribuição de vaga em ULDM-RRCCI (15,9%) surgem como segundo e terceiro motivos mais frequente.

3.1.1.6. Duração do protelamento hospitalar e destinos dos cidadãos

Tabela n.º 8: Duração do protelamento da alta hospitalar e destinos

	n (271)	% (100)
N.º de dias em protelamento hospitalar		
M=77,68		
Md=29		
DP=101,20		
Min=1		
Max=365		
Destino		
ERPI Privada	1	0,4%
ERPI Pública	4	1,5%
Faleceu	61	22,5%
Outro	3	1,1%
Permanece em Unidade Hospitalar SESARAM	73	26,9%
Regresso à residência	86	31,7%
RRCCI UAII	9	3,3%
UILD SESARAM	17	6,3%
ULDM RRCCI	17	6,3%

Fonte: Sistema Informático do SESARAM.

Os resultados indicam uma média de 77,68 dias de protelamento da alta hospitalar, com um máximo de 365 dias, evidenciando a magnitude do problema. O destino mais frequente após o protelamento foi a permanência em unidades do SESARAM totalizando 33,2% (26,9% em unidades hospitalares e 6,3% em UILD [Unidades de Internamento de Longa Duração]), seguido do regresso à residência (31,7%). A assinalar ainda que 22,5% dos casos terminaram com o falecimento do doente (Tabela n.º 8).

3.1.2. Taxa de Ocupação e Custos dos Protelamentos das altas hospitalares em 2023

Tabela n.º 9: Taxa de Ocupação e Custos dos Protelamentos das altas hospitalares

	N.º de dias em protelamento	Taxa de ocupação dos protelamentos
Hospital dos Marmeleiros	31893	36,0%
Hospital Dr. Nélío Mendonça	30008	14,4%
Total de Dias em protelamento	61901	
CUSTO COM DIÁRIAS DE INTERNAMENTO PROTELADO		
Custo Total	4 570 150,83€*	

Fonte: Núcleo de Planeamento, Controlo de Gestão e Estatística do SESARAM.

Legenda: *calculado tendo em conta o valor de diária de 73,83€, definido no Contrato Programa em vigor no ano de 2023.

A Tabela n.º 9 apresenta a taxa de ocupação dos protelamentos das altas hospitalares nos dois hospitais públicos da RAM – Hospital dos Marmeleiros e Hospital Dr. Nélío Mendonça – no ano de 2023, bem como os custos associados a esses internamentos prolongados.

Em relação à taxa de ocupação dos protelamentos, no Hospital dos Marmeleiros regista-se uma taxa de ocupação de 36,0%, com um total de 31 893 dias de internamento protelado.

O Hospital Dr. Nélío Mendonça apresenta uma taxa de ocupação de 14,4%, correspondendo a 30.008 dias de protelamento.

Embora o número de dias de protelamento seja semelhante ao do Hospital dos Marmeleiros, a taxa de ocupação é mais baixa, o que reflete o facto deste hospital ter um maior número de camas.

Quanto ao custo total associado às diárias de internamento protelado nestas duas unidades de internamento, verificou-se um montante de 4.570.150,83 €, calculado com base no valor da diária definido no Contrato Programa em vigor em 2023.

3.1.3. Fatores associados ao Protelamento da Alta Hospitalar

Tabela n.º 10: Fatores associados ao Protelamento da Alta Hospitalar

	Protelamento da Alta Hospitalar		p value
	Sim (n=271)	Não (n=271)	
Idade, anos (média±DP)	78,4±10,6	62,1±18,2	<0,0001*
Sexo, n (%)			
Feminino	154 (56,8)	122 (45,0)	0,006#
Masculino	117 (43,2)	149 (55,0)	
Estado civil, n (%)			
Casado/União de facto	75 (27,7)	132 (48,7)	<0,0001#
Solteiro/divorciado/viúvo	187 (69,0)	117 (43,2)	
Outros	9 (3,3)	22 (8,1)	
Tipo família, n (%)			
Nuclear (com ou sem filhos)	66 (24,4)	86 (31,7)	<0,0001#
Alargada	84 (31,0)	102 (37,6)	
Unipessoal	117 (43,2)	63 (23,2)	
Outros	4 (1,5)	20 (7,4)	
Número de elementos do agregado familiar, (média±DP)	1,9±1,1	2,7±1,6	<0,0001*
Dependência, n (%)	248 (91,5)	51 (20,3)	<0,0001#
Compromisso cognitivo, n (%)	130 (48,0)	18 (7,2)	<0,0001#

Fonte: Sistema Informático do SESARAM.

Legenda: Estatisticamente significativo para $p < 0,05$.

*Teste t-student.

#Teste qui-quadrado.

A Tabela n.º 10 apresenta uma análise comparativa entre a amostra dos utentes em protelamento da alta hospitalar e a amostra composta por cidadãos que estiveram internados no ano 2023 nos hospitais públicos da RAM sem protelamento da alta, explorando variáveis sociodemográficas, de caracterização familiar e de dependência e compromisso cognitivo.

Na análise estatística, as variáveis categóricas estão apresentadas pela sua frequência absoluta e relativa, tendo sido utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para testar a sua significância. As variáveis contínuas estão expressas pela sua média e respetivo desvio padrão. Como temos duas amostras independentes, para realizarmos o teste t de comparação de médias para amostras independentes (teste paramétrico), temos como pressupostos, a normalidade das distribuições da variável dependente e a homogeneidade das

variâncias nos dois grupos, avaliadas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e pelo teste de Levene, respetivamente. Apesar da eventual violação do pressuposto da normalidade e uma vez que ambos os grupos têm uma amostra de grandes dimensões, pelo “Teorema do limite central”, podemos afirmar que a distribuição se aproxima da distribuição normal pelo que utilizámos o teste t de Student.

Em relação à idade, verifica-se que a média de idade dos cidadãos em protelamento da alta hospitalar é mais alta ($78,4 \pm 10,6$ anos) em comparação com os que não estiveram em protelamento ($62,1 \pm 18,2$ anos). O valor de $p < 0,0001$ encontrado através do teste T de Student indica que esta diferença é estatisticamente significativa, confirmando que a idade avançada está associada ao protelamento da alta hospitalar.

Em relação ao sexo, as mulheres predominam no grupo de protelamento hospitalar (56,8%), enquanto os homens são mais frequentes no grupo sem protelamento (55,0%). O valor $p = 0,006$, calculado através do Teste qui-quadrado, indica que há uma associação significativa entre o sexo e o protelamento, sendo as mulheres mais tendentes a ficar em protelamento da alta hospitalar.

Na comparação dos resultados do estado civil importa clarificar que o critério utilizado nesta categorização, em que cada categoria corresponde a mais do que um estado civil, foi a existência ou não de relações conjugais formais ou de facto de cada cidadão.

A categoria "casado/união de facto" apresenta uma menor percentagem de utentes em protelamento (27,7%), comparado com o grupo sem protelamento (48,7%).

Por outro lado, o grupo "solteiro/divorciado/viúvo" é mais prevalente entre os cidadãos com protelamento da alta (69,0%) do que entre aqueles sem protelamento (43,2%).

A associação entre o estado civil e o protelamento da alta hospitalar é estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), indicando que ser solteiro, divorciado ou viúvo aumenta a probabilidade de protelamento hospitalar.

Quanto ao tipo de família, os cidadãos que vivem em famílias nucleares (com ou sem filhos) são menos frequentes no grupo com protelamento da alta hospitalar (24,4% vs. 31,7%), enquanto famílias unipessoais são muito mais comuns entre os cidadãos em protelamento (43,2% vs. 23,2% no grupo sem protelamento).

A diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), sugerindo que viver sozinho é um fator associado ao protelamento da alta hospitalar.

No que ao número de elementos do agregado familiar diz respeito, os cidadãos com protelamento da alta hospitalar têm, em média, menos elementos no agregado familiar ($1,9 \pm 1,1$) em comparação com o grupo sem protelamento da alta ($2,7 \pm 1,6$).

Esta diferença é também significativa ($p < 0,0001$), sugerindo que um número menor de elementos no agregado familiar pode aumentar o risco de protelamento.

Relativamente à dependência dos cidadãos em análise, a grande maioria dos cidadãos em protelamento da alta hospitalar apresenta dependência nas atividades de vida diária (91,5%) enquanto que apenas 20,3% do grupo sem protelamento apresenta dependência.

Com um valor $p < 0,0001$, a dependência é claramente um dos fatores mais fortemente associados ao protelamento da alta hospitalar.

No que refere ao compromisso cognitivo, cerca de 48,0% dos cidadãos com protelamento da alta hospitalar apresentam compromisso cognitivo, comparando com apenas 7,2% no grupo sem protelamento.

Esta diferença é altamente significativa ($p < 0,0001$), indicando que o compromisso cognitivo está fortemente associado ao protelamento da alta hospitalar.

3.1.4. Modelo Preditivo

Tabela n.º 11: Modelo de Regressão Logística associado à situação de Protelamento da Alta Hospitalar

Variáveis	Odds ratio (IC 95%)	valor p
Idade	1,028 (1,007-1,049)	0,007
Nº elementos do agregado familiar	0,601 (0,486-0,744)	<0,0001
Dependência (sim)	19,638 (10,443-36,931)	<0,0001
Compromisso cognitivo (sim)	2,943 (1,505-5,757)	0,002
Constante	0,061	<0,0001

Fonte: Fichas de Referenciação (arquivo digital do Serviço Social do SESARAM) e Sistema Informático do SESARAM.

Legenda: IC –intervalo de confiança.
Estatística significativa para $p < 0,05$.

A Tabela n.º 11 apresenta os resultados do modelo de regressão logística para identificar os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar. Os resultados indicam que:

- a idade é um fator de risco significativo ($OR=1,028$; $p=0,007$), sugerindo que à medida que a idade aumenta, o risco de ficar no hospital após a alta clínica também aumenta;
- um maior número de elementos no agregado familiar atua como fator protetor ($OR=0,601$; $p<0,0001$), indicando que a presença de mais pessoas na família reduz o risco de protelamento da alta hospitalar;

- os utentes com dependência têm aproximadamente 19 vezes mais risco de ficar no hospital após a alta clínica do que os que não são dependentes (OR=19,638; $p<0,0001$);
- e os utentes com compromisso cognitivo têm cerca de três vezes mais risco de permanecer no hospital após a alta (OR=2,943; $p=0,002$).

Variáveis como género, estado civil e tipo de família foram excluídas do modelo por não apresentarem significância estatística.

A fórmula subjacente ao Modelo de Regressão Logística utilizada para prever a probabilidade de protelamento hospitalar é a seguinte:

$$P(\text{Ocorrência de evento}) = \frac{1}{1 + e^{-g(x)}}$$

Nesta fórmula o $g(x)$ é a combinação linear das variáveis preditoras (idade, número de elementos no agregado familiar, dependência, compromisso cognitivo), com os respetivos coeficientes:

Constante (β_0): -2,796

Idade (β_1): 0,028

Número de elementos no agregado familiar (β_2): -0,509

Dependência (β_3): 2,977

Compromisso cognitivo (β_4): 1,079

O $g(x)$ calcula-se então da seguinte forma:

$$g(x) = \beta_0 + \beta_1 \times \text{Idade} + \beta_2 \times \text{Nº de elementos no agregado familiar} + \beta_3 \times \text{Dependência} + \beta_4 \times \text{Compromisso cognitivo}$$

Entre os fatores analisados, a dependência nas atividades de vida diária foi o preditor mais significativo ($\beta_3=2,977$), destacando a necessidade de intervenções sociais precoces para estes pacientes.

O número de elementos no agregado familiar ($\beta_2=-0,509$) sugeriu que um maior número de elementos no agregado familiar está associado a um menor risco de protelamento.

Embora a idade ($\beta_1=0,028$) tenha uma associação positiva, o seu impacto é menos pronunciado em comparação com a dependência. O compromisso cognitivo ($\beta_4=1,079$) também demonstrou um aumento moderado no risco de protelamento.

Discussão

O perfil do cidadão em situação de protelamento da alta hospitalar na RAM no ano de 2023, com uma média de idades de 78,4 anos, reflete a tendência observada em vários estudos que apontam para o envelhecimento como um dos principais fatores de risco associados ao protelamento da alta hospitalar.

A literatura evidencia que “a maioria das situações recai sobre doentes idosos e muito idosos” (Ferreira & Espírito Santo, 2018, p. 40), estando patente num estudo retrospectivo de internamentos sociais, referentes a 2018 e 2019, realizado num Serviço de Medicina Interna em Portugal, no qual verificaram uma mediana de idades de 81 anos (Martins et al., 2023).

Também o Barómetro de Internamentos Sociais (APAH, 2024) destaca que a maioria dos casos de internamento prolongado em Portugal envolve indivíduos com mais de 65 anos.

Relativamente ao género, neste estudo, 56,8% dos utentes em protelamento são do género feminino, o que se alinha com a evidência de que as mulheres tendem a ter maior longevidade e, frequentemente, vivem sozinhas na velhice, enfrentando maior vulnerabilidade social. Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a esperança média de vida à nascença no triénio 2021-2023 foi de 83,67 anos para as mulheres, enquanto que para os homens foi de 78,37 anos, o que representa uma diferença de 5,3 anos a favor das mulheres. Ferreira e Espírito Santo (2018), observaram que 60% dos utentes em protelamento da alta hospitalar no estudo já referido, eram do género feminino, o que é coincidente com os a tendência verificada na presente investigação. Esta maior longevidade contribui para que as mulheres idosas tenham uma probabilidade mais elevada de sobreviver aos seus cônjuges e, muitas vezes, de viver sozinhas, o que agrava o risco de protelamento da alta hospitalar devido à falta de suporte familiar imediato. Martins et al. (2023) concluíram que o sexo feminino, foi uma das características estatisticamente significativa associada a um maior risco de prorrogação da alta.

Relativamente ao estado civil, o mais frequente são os viúvos (42,5%), sendo que uma percentagem semelhante (43,2%) vive só. Para além da prevalência do tipo de família unipessoal e do estado civil viúvo, outro dado relevante no perfil traçado é a média de elementos que constituem o agregado familiar destes cidadãos (1,85) que corresponde a cerca de 2 elementos. Estes dados sugerem uma forte ligação destes resultados com ausência de suporte familiar e consequentemente incapacidade de garantir uma alta hospitalar segura por parte da rede pessoal de apoio.

Abdelhalim et al. (2024) apontam a ausência de uma rede de apoio como um dos maiores desafios enfrentados pelos hospitais ao tentarem transferir os doentes para cuidados domiciliários ou residenciais.

Como resultado da aplicação da Escala de Gijon, um instrumento útil para avaliar o risco social de idosos em diferentes contextos, como em unidades hospitalares ou na comunidade, encontramos como resultados 77,1% desta amostra com deterioro social severo e 8,1% numa situação intermédia, sendo desprezível a percentagem de utentes com situação social boa. Mourão (2008) destaca a pertinência da utilização da Escala de Gijón na deteção de situações de risco social, considerando-a uma ferramenta importante para rastrear essas situações e facilitar a identificação precoce de riscos, permitindo um planeamento mais eficiente dos recursos, apontando, no entanto, a necessidade de a utilizar em conjunto com outras ferramentas para maximizar a sua eficácia. Ferreira e Espírito Santo (2018) abordando as altas sociais referem que a alta clínica não resulta na saída do doente do hospital nalgumas situações que apresentam complexos problemas sociais, o que se verifica na população analisada, pelos resultados encontrados nesta investigação através da aplicação da Escala de Gijon. No estudo que realizaram, utilizaram uma outra escala, a Escala de Complexidade Social da Intervenção com Adultos em Contexto Hospitalar também a situações de alta social, que embora, não possa de forma alguma ser equiparada com a de Gijon, poderá contribuir para esta reflexão. Em apenas 6,6% das situações não revelaram qualquer complexidade. Mais uma vez aponta para situações complexas e multifacetadas que exigem abordagens também elas revestidas de complexidade. Os resultados dos estudos, o presente e o de Ferreira e Espírito Santo (2018) apontam para a desconsideração de explicações simplistas e unidimensionais do fenómeno dos protelamentos das altas hospitalares e consequentemente de abordagens lineares para a sua mitigação.

Nesta linha apresentam-se os principais motivos, diagnosticados pelos assistentes sociais dos hospitais da RAM, para a permanência dos cidadãos nas unidades hospitalares após a alta clínica. Estes motivos são múltiplos, mas os que mais se salientam confluem em dois aspetos essenciais: a falta de respostas formais adequadas à complexidade das problemáticas envolvidas, nomeadamente, ao nível de estruturas de internamento de longa duração; e as dificuldades da reorganização das redes pessoais de suporte social face a situações de agravamento da dependência.

A demora na atribuição de vaga em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e em Unidade de Longa Duração e Manutenção da Rede Regional de Cuidados Continuados (ULDM) representam um total de 32,3% dos casos, apontando que a falta de respostas

institucionais para acolher idosos com elevada dependência é um dos maiores desafios identificados e um dos principais fatores que prolongam a permanência hospitalar. No Barómetro dos Internamentos Sociais (APAH, 2024) a falta de resposta da ERPI representa o principal motivo do número de dias de Internamentos Inapropriados. Estes resultados refletem a escassez de recursos disponíveis ao nível da institucionalização de idosos.

A indisponibilidade ou incapacidade do cuidador para prestar cuidados está identificada como motivo para permanência de pessoas nos hospitais da RAM após a alta clínica em 26,7% dos casos, uma percentagem significativa. As causas mais apontadas para este motivo prendem-se com o agravamento da dependência em 38,3% dos cidadãos após o internamento hospitalar e com a dificuldade de conciliação que o cuidador apresenta com a esfera laboral em 16,8% dos casos. Podemos verificar que apesar deste motivo ser de índole individual/social, na medida em que expressa a indisponibilidade ou incapacidade da rede pessoal de suporte, resulta em muito da questão do agravamento da situação de dependência com um desajuste entre as necessidades do cidadão e a capacidade de adaptação ao seu contexto social e da sua rede de suporte. Isto implica uma reorganização familiar e ativação de novas respostas adequadas à nova situação, cuja efetivação muitas vezes não se coaduna com o tempo do internamento agudo e que, não raras vezes, necessitará de enquadramento institucional. Moore et al. (2017) identificou a necessidade de novos cuidados como preditor significativo para a o atraso na alta hospitalar.

Quanto à dificuldade de conciliação da tarefa de cuidar com o trabalho podemos facilmente relacionar com os fracos direitos e flexibilidade laboral para os cuidadores informais.

No perfil dos cidadãos em situação de protelamento da alta hospitalar a dependência salienta-se relativamente a qualquer outro parâmetro avaliado com uma incidência de 91,5% de cidadãos com dependência. Este dado reflete o impacto da incapacidade física na capacidade de garantir uma alta hospitalar coincidente com a alta clínica. Moore et al. (2017) aponta o papel crítico do declínio funcional no atraso na alta dos Hospitais e conclui que este é um dos principais preditores de internamento prolongado, uma vez que muitos doentes não podem ser enviados para casa sem os recursos necessários para suprir as novas necessidades. Também López Luis et al. (2024) identificaram uma ligação entre a alta dependência e as altas hospitalares proteladas.

Também a incidência de compromisso cognitivo nesta amostra é relevante, encontrando-se presente em 48% dos utentes em protelamento.

Adicionalmente, é significativo o facto de 68,7% das situações de protelamento da alta hospitalar ocorrerem no Serviço da Medicina Interna. Este dado não é surpreendente, uma vez que esta especialidade médica trata, em grande parte, de doentes crónicos e idosos com

múltiplas comorbilidades e altos níveis de dependência. Esta percentagem é ainda superior à apurada no Barómetro dos Internamentos Sociais no mesmo ano (APAH, 2023) que alcançou os 50%.

A média de dias de protelamento da alta hospitalar nas duas Unidades Hospitalares Públicas da RAM (77,68 dias) revela a magnitude do problema para esta Região e a falta de respostas e estratégias de mitigação do problema, sendo este valor superior aos 61,4 dias de demora média nacional por internamento inapropriado apurados no Barómetro dos Internamentos Sociais (2023).

Quanto aos destinos, a resposta interna ao SESARAM, através da permanência nos serviços de Internamento e das transferências para Unidades de Internamento de Longa Duração do SESARAM é a mais frequente com 33,2%. Isto demonstra o desvirtuar da sua missão principal de prestação de cuidados de saúde e os impactos e constrangimentos que poderão daí resultar ao nível da capacidade de resposta de cuidados de saúde hospitalares à população. Revela ainda que o impacto dos protelamentos das altas hospitalares para o SESARAM, nomeadamente, o financeiro é ainda superior ao identificado neste trabalho que apurou o custo nas duas Unidades Hospitalares estudadas, por não ter sido estudado o impacto orçamental com as UILD do SESARAM que constituem uma resposta significativa a este problema.

Neste ponto, segue-se o regresso ao domicílio com 31,7%, que poderá indicar que se houvesse intervenção mais célere com respostas atempadas por parte das estruturas da comunidade ao nível da disponibilização de apoios domiciliários adequados poderia ser minimizado o número de situações e principalmente uma redução de dias de protelamento da alta.

Em suma, o cidadão em situação de protelamento da alta hospitalar nos hospitais públicos da RAM é maioritariamente, idoso, do género feminino, português, residente no Funchal, viúvo, a viver só, com uma situação sociofamiliar avaliada como severa, dependente nas AVD's, internado no Serviço de Medicina Interna, permanecendo em média 77,68 dias em protelamento da alta hospitalar e apresenta como principal motivo para estar nesta situação a demora na atribuição de vaga em ERPI ou ULDM da RRCCI. Como destino mais frequente, surge a permanência no Serviço de internamento ou numa das UILD do SESARAM.

Taxa de Ocupação e Custos dos Protelamentos das altas hospitalares em 2023

Identificamos que a taxa de protelamento da alta hospitalar por camas no ano de 2023, no Hospital dos Marmeleiros foi de 36,0%, enquanto no Hospital Dr. Nélcio Mendonça essa taxa

foi de 14,4%. Estes valores contrastam com a taxa de protelamento da alta hospitalar a nível nacional em 2023, que foi de 10%, conforme um estudo que abrangeu 39 unidades hospitalares em Portugal (APAH, 2024).

Apurámos que o custo anual das diárias após a alta clínica, calculada com base no valor da diária para esta tipologia de internamento previsto no Contrato Programa totalizou em 2023 nos Hospitais analisados 4 570150,83€ que como já observámos não encerra todos os custos com diárias após a alta clínica, pois não contempla os custos com as UILD SESARAM que respondem a esta problemática.

Fatores Associados ao Protelamento da Alta Hospitalar

A idade, o género, o estado civil, o tipo de família, o número de elementos do agregado familiar, a dependência e o compromisso cognitivo são identificados como fatores associados ao problema em análise.

Os utentes em protelamento são significativamente mais velhos, com uma média de 78,4 anos ($\pm 10,6$), em comparação com os 62,1 anos ($\pm 18,2$) do grupo sem protelamento. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), demonstrando que a idade avançada é um fator de risco para protelamento hospitalar.

A literatura, incluindo estudos como o de López Luis et al. (2024), demonstra que os indivíduos mais velhos, especificamente com mais de 75 anos, têm maior probabilidade de permanecer hospitalizados após a alta clínica devido a limitações funcionais e à falta de redes de suporte.

Igualmente Moore et al. (2017) defendem que este problema é mais prevalente nos utentes mais idosos.

As mulheres são mais prevalentes entre os que estiveram em protelamento (56,8%), enquanto os homens são predominantes no grupo sem protelamento (55,0%). A associação entre o sexo e o protelamento foi significativa ($p = 0,006$), indicando que as mulheres têm maior probabilidade de experienciar protelamento da alta hospitalar.

Martins et al. (2023) num estudo retrospectivo de internamentos sociais, referentes a 2018 e 2019, realizado num Serviço de Medicina Interna em Portugal também concluíram que o sexo feminino está estatisticamente associado a um maior risco de prorrogação da alta hospitalar.

No que toca ao estado civil, e tendo sido agrupados tendo em conta a existência ou não de relação conjugal formal, verificou-se que indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos mostraram maior prevalência de protelamento (69,0%) em comparação com o grupo sem

protelamento (43,2%). O estado civil demonstrou uma associação significativa com o protelamento ($p < 0,0001$), sugerindo que a ausência de uma relação conjugal formal aumenta o risco.

As famílias unipessoais foram mais frequentes entre os utentes em protelamento (43,2% vs. 23,2%), enquanto famílias nucleares foram mais comuns entre os que não vivenciaram protelamento da alta (31,7% vs. 24,4%). Esta diferença também foi significativa ($p < 0,0001$), sugerindo que viver sozinho é um fator de risco para o protelamento.

Também Moore et al. (2017) num estudo retrospectivo realizado num Hospital Inglês identificou o viver só como um preditor independente significativo para o atraso na alta hospitalar.

O grupo em protelamento tinha, em média, menos elementos no agregado familiar ($1,9 \pm 1,1$) do que o grupo sem protelamento ($2,7 \pm 1,6$), com significância estatística ($p < 0,0001$), sugerindo que famílias menores podem aumentar o risco de protelamento.

A dependência nas atividades de vida diária foi altamente prevalente entre os utentes em protelamento (91,5%) em comparação com os sem protelamento (20,3%), com uma associação significativa ($p < 0,0001$), evidenciando que a dependência é um dos fatores mais determinantes para o protelamento hospitalar.

Num estudo realizado por Siqueira et al. (2004) verificou-se também uma associação significativa entre o comprometimento funcional e um maior número de dias de hospitalização.

Numa scoping review López Luis et al. (2024) concluíram também que uma das principais causas do atraso na alta seria a fragilidade e a dependência, devido ao declínio das capacidades funcionais.

Cerca de 48% dos utentes com protelamento da alta hospitalar apresentaram compromisso cognitivo, comparado com apenas 7,2% no grupo sem protelamento da alta hospitalar, com uma diferença altamente significativa ($p < 0,0001$), sugerindo que o compromisso cognitivo está fortemente associado ao risco de protelamento.

Este resultado vai de encontro a Plante et al. (2021) que já haviam concluído numa Scoping Review, que analisou 58 estudos, que existe uma associação positiva entre o compromisso cognitivo e o atraso na alta hospitalar.

Também Moore et al. (2017) num estudo observacional retrospectivo que investigou preditores sociais e de saúde para o atraso da alta hospitalar em idosos apontam o delírio e outros défices cognitivos como preditores independentes significativos para o protelamento da alta hospitalar.

Proposta de uma Ferramenta Digital de Alerta e Sinalização para o Serviço Social

Com base nos fatores identificados e na construção do modelo preditivo, é exequível efetivar a proposta de desenvolver uma ferramenta digital de alerta e sinalização para o Serviço Social (figura n.º 1), como consta nos objetivos deste trabalho e assim aumentar o tempo para o planejamento da intervenção. Guerra (2017) aponta o tempo como fator determinante na construção de um caso social, porque estabelece a articulação entre a alta clínica e a alta social.

Efetivamente, foram identificados fatores considerados pelo modelo preditivo com associação estatisticamente significativa ao risco de protelamento da alta hospitalar, nomeadamente, a idade, o número de elementos do agregado familiar, a dependência e o compromisso cognitivo, concretizando a possibilidade de cálculo da probabilidade de cada cidadão para ocorrência do protelamento da alta hospitalar, no dia de admissão no internamento, conforme já explicado.

Também Davy et al. (2021) desenvolveram um estudo similar que resultou num modelo preditivo para o risco de atraso na transferência de cuidados. Neste, com um objetivo similar ao do presente estudo, apenas a variável idade é coincidente.

Hatef et al. (2024) procederam também ao desenvolvimento de uma pontuação de risco social com o objetivo de integrá-la no registo eletrónico de saúde, neste caso, para detetar a maior probabilidade de necessidades sociais futuras. É outro exemplo de um estudo direcionado para a antecipação da intervenção social, para a melhoria dos resultados em saúde para estes pacientes.

Na mesma linha, Chico Lopez et al. (s.d.) propõe a aplicação de uma ferramenta de Alerta de Risco Social direcionado para doentes em Unidades de Emergência Hospitalar que permita a identificação precoce de pacientes com necessidades de cuidados sociais.

Esta necessidade sentida, refletida no nosso estudo e nos que acabámos de citar, demonstram a atual preocupação dos assistentes sociais e demais profissionais de saúde em prestar cuidados holísticos, nos quais, a dimensão social tem comprovadamente um relevante impacto para os resultados em saúde (Hatef et al., 2024), para a prevenção de readmissões hospitalares (Cornell et al., 2024) e para os protelamentos das altas hospitalares (Davy et al., 2021).

Este trabalho introduz, além desta vertente de alerta para o Serviço Social para uma intervenção social precoce, a componente da digitalização, como facilitador dos processos de trabalho dos assistentes sociais ao propor o desenvolvimento de uma ferramenta digital.

Vergara (2024) aborda o desafio de inovar tecnologicamente as formas de conceber e fazer gestão em saúde que resulte para o doente cuidados mais eficientes, humanos, inovadores e melhorando a gestão de recursos.

A ferramenta digital que propomos deverá classificar os cidadãos, no momento de admissão no internamento, em diferentes níveis de risco (baixo, moderado e alto). Considera-se baixo risco quando a probabilidade de ocorrência de protelamento da alta situa-se até os 30%, risco moderado entre 30% e 49% e risco elevado acima dos 50%. Cada nível de risco é associado a um timing específico para a avaliação social. Pacientes de alto risco devem ser avaliados dentro de 1 dia útil após o internamento, enquanto os de risco moderado devem ser avaliados em até 2 dias úteis. Pacientes de baixo risco não requerem avaliação social imediata.

Esta ferramenta deverá integrar o sistema informático dos hospitais da RAM, gerando alertas automáticos para os assistentes sociais, especificamente, ao entrar no Sistema Informático Atrium, no Módulo Internamento. Com uma sinalética a vermelho constariam os utentes com alto risco, a amarelo com risco moderado e a verde o baixo risco. Uma ferramenta inovadora, pela inexistência no SNS e integrada pelo olhar multidisciplinar na identificação e sinalização.

Figura n.º 1: Ferramenta Digital de Alerta e Sinalização para o Serviço Social



Fonte: Elaborado por Bárbara Sousa, Design Gráfica.

Limitações do Estudo e Propostas Futuras

Identificam-se um conjunto de limitações no presente estudo que na sua maioria prendem-se com os dados disponíveis no momento do internamento dos doentes, visto ser neste momento que pretendemos aplicar o alerta para intervenção precoce do Serviço Social.

A aplicação de instrumentos de avaliação que avaliem o grau de dependência e do compromisso cognitivo de cada cidadão pelo profissional de saúde que procede à admissão no serviço de internamento, ao invés de unicamente categorizar estas variáveis em sim e não, poderia contribuir para potenciar e afinar os resultados disponibilizados pelo modelo preditivo, pois níveis mais elevados de dependência e de compromisso cognitivo implicariam maior associação aos protelamentos do que a dependência ligeira e consequentemente uma maior fiabilidade do grau de risco de cada cidadão relativamente à situação de protelamento da alta.

Outra informação importante que poderia reforçar a eficácia do modelo preditivo seria a aplicação de um instrumento de avaliação da situação sociofamiliar dos doentes no momento do internamento. Isto porque verificou-se que, por exemplo, os resultados da aplicação da escala de Gijon nos cidadãos que estiveram em situação de protelamento hospitalar mostraram uma grande prevalência do resultado de deterioro social severo e residual o resultado de situação social boa. Não foi possível a necessária comparação entre estes resultados e os resultados na amostra de cidadãos que não estiveram em situação de protelamento da alta hospitalar porque não é um instrumento de aplicação sistemática, sendo a aplicação efetivada apenas aos que têm acompanhamento pelo Serviço Social. Seria útil investigar até que ponto a aplicação sistemática deste instrumento concorreria para a melhoria da precisão preditiva do modelo proposto e em consequência do Sistema de Alerta que daí resultaria.

O presente estudo não contemplou ainda o diagnóstico clínico que motivou o internamento. Implicaria a categorização dos diagnósticos com base em critérios médicos que exigiria a estreita colaboração de um especialista nesta área, apoio este de que não dispúnhamos em tempo útil. Martins et al. (2023) por exemplo, concluiu que diagnósticos médicos como a diabetes mellitus associaram-se a um maior risco de internamento social enquanto a insuficiência cardíaca e a doença renal crónica se associaram a um risco inferior, o que consubstancia a importância desta variável ser incluída em estudos futuros desta natureza.

A adoção por uma metodologia mista ao invés de apenas quantitativa teria ainda permitido estudar o fenómeno de uma forma mais aprofundada dada a complexidade da problemática em análise e contribuir para o conhecimento deste fenómeno na RAM.

Propomos um período de implementação do Sistema de Alerta Digital e Sinalização para o Serviço Social de um ano, seguido da respetiva avaliação de desempenho da ferramenta digital na deteção de casos de risco e ainda da avaliação de impacto desta medida na mitigação da problemática em análise.

Conclusões

O fenómeno do protelamento da alta hospitalar impõe uma pressão adicional sobre os sistemas de saúde e impacta negativamente a qualidade de vida dos cidadãos. Esta foi a temática que motivou a realização do presente estudo. O facto de não existirem estudos publicados nesta área no que se refere à realidade na RAM constituiu o impulso e a força motriz pela opção da investigadora, assentes na crença de que é imperiosa a definição de estratégias de mitigação do problema alicerçadas no conhecimento científico do fenómeno.

O presente estudo retrospectivo com uma abordagem quantitativa, guiou-se pela pergunta de partida *Quais os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar nos Hospitais Públicos da Região Autónoma da Madeira?* consubstanciado nos objetivos gerais e específicos definidos para o estudo. Considera-se que os mesmos foram alcançados e que apresentam contributos para o conhecimento da problemática na RAM.

Começando a análise pelos objetivos específicos, no que se refere ao primeiro *Apresentar o perfil sociodemográfico do cidadão que esteve em situação de protelamento da alta hospitalar nos hospitais públicos da RAM no ano de 2023*, concluiu-se que estes cidadãos são na sua maioria idosos, do sexo feminino, de nacionalidade portuguesa, residentes no Funchal, viúvos e a viver sós. No estudo, além desta dimensão do perfil sociodemográfico contemplou-se ainda a avaliação da situação sociofamiliar, a dependência e compromisso cognitivo, as Unidades de saúde e Serviços e ainda a duração média do protelamento, o destino dos cidadãos e os motivos diagnosticados pelos assistentes sociais para o protelamento da alta, para uma definição de perfil mais completa. Assim, apresentam uma situação sociofamiliar considerada severamente deteriorada, dependência nas atividades de vida diária (AVD) e estavam internados no Serviço de Medicina Interna. A média de permanência em protelamento da alta hospitalar foi de 77,68 dias, sendo o principal motivo, diagnosticado pelos assistentes sociais dessas Unidades de Saúde, a demora na disponibilização de vaga em ERPI e nas UILDM da RRCCI. O segundo motivo mais frequente foi a incapacidade ou indisponibilidade do cuidador. O destino mais comum após o protelamento foi a permanência no Serviço de internamento ou em uma das UILD do SESARAM, seguido do regresso ao domicílio.

Relativamente a este perfil delineado, esta investigação veio validar o conhecimento empírico dos assistentes sociais destas unidades de saúde, conferindo cientificidade e validando

o conhecimento nesta área, importante para empoderar esta profissão no Setor da Saúde e como contributo para a exploração da dimensão política da profissão, na participação e envolvimento dos assistentes sociais no desenvolvimento das políticas públicas nesta área.

Outro aspeto relevante nesta análise são os motivos diagnosticados pelos assistentes sociais para os cidadãos permanecerem no hospital após a alta clínica. Consideramos muito relevante que o motivo mais frequente aponte para a demora das respostas de institucionalização e de longa duração para idosos para responder às suas necessidades, contrariando algumas crenças existentes que assumem a primazia das causas individuais e familiares em contraponto com causas estruturais políticas. Esta visão simplista do fenómeno conduz muitas vezes à responsabilização familiar pelo problema e a sentimentos de culpabilidade dos mesmos.

Aponta ainda para a necessidade de delinear Políticas Públicas adequadas à realidade atual e futura, e que contemple o incremento da resposta ao nível da institucionalização, proporcional à real dimensão do problema e que acompanhe o seu agravamento.

Como segundo motivo foi identificada a indisponibilidade/incapacidade do cuidador, que importa perceber. Assim procedeu-se ainda à análise das causas que culminam neste motivo. A mais frequente é o agravamento da dependência. Este ponto, em nosso entender também refuta algumas crenças enraizadas de que são os problemas sociais que motivam a permanência nos hospitais após a alta clínica. Neste ponto percebe-se a importância do fator agravamento da dependência nesta questão, que resulta da perda de capacidades e autonomia inerentes ao processo de envelhecimento ou da situação de doença dos cidadãos e não de causas da esfera social, ou pelo menos, não só desse âmbito.

Mais uma vez consideramos que as políticas públicas deverão alinhar-se com esta realidade, com um reforço substancial no apoio domiciliário e de saúde que responda às necessidades de cidadãos cada vez mais dependentes e muitas vezes com comorbilidades que exigem acompanhamento regular por profissionais de saúde. Só assim o regresso dos cidadãos ao contexto familiar poderá efetivar-se com condições de segurança e com cuidados humanizados e individualizados tendo em conta as suas reais necessidades no momento da alta clínica.

A segunda causa para este motivo é a dificuldade do cuidador conciliar os cuidados à pessoa em situação de dependência com a esfera laboral, causa esta que em parte também poderia ser combatida com o reforço da resposta domiciliária, acrescida da efetivação de mudanças legislativas ao nível do Direito do Trabalho que flexibilizassem a situação dos cuidadores informais, aliada à revisão do Estatuto do Cuidador Informal, por um lado aprofundando os seus direitos e por outro garantindo a efetivação dos mesmos.

No que se refere ao segundo objetivo específico *Identificar e quantificar os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar em 2023* foi realizada uma comparação das amostras, a dos utentes que estiveram em situação de protelamento da alta hospitalar e a daqueles que não se encontraram nessa situação em 2023, nos hospitais públicos da RAM. A análise recorreu a testes estatísticos adequados para avaliar a significância estatística das variáveis sociodemográficas, de caracterização familiar, dependência e compromisso cognitivo definidas para o estudo.

Os fatores com associação positiva ao protelamento foram: a idade ($p < 0,0001$), indicando que a idade avançada está associada a este evento; o género ($p = 0,006$), sendo que as mulheres têm maior tendência ao protelamento da alta; o estado civil ($p < 0,0001$), indicando que a ausência de relação conjugal formal aumenta a probabilidade de protelamento hospitalar; o tipo de família ($p < 0,0001$), apontando que viver sozinho aumenta o risco para esta situação; o número de elementos no agregado familiar ($p < 0,0001$), ao concluir que um número menor de elementos no agregado familiar aumenta o risco de protelamento; a presença de dependência ($p < 0,0001$), que se destaca como o fator mais fortemente associado à ocorrência desta situação e o compromisso cognitivo ($p < 0,0001$), também significativamente associado.

Relativamente ao terceiro objetivo definido *Criar um modelo preditivo baseado nos fatores de risco identificados*, os resultados da análise de regressão logística permitiram criar um modelo preditivo que calcula a probabilidade do risco de protelamento da alta hospitalar, com base nos quatro fatores com significância estatística para o efeito, a idade, o número de elementos do agregado familiar, a presença de dependência e a presença de compromisso cognitivo.

Este modelo servirá de base para o desenvolvimento de uma ferramenta digital de alerta e de sinalização para os assistentes sociais a ser integrada no sistema de gestão hospitalar, permitindo a emissão de alertas automáticos para estes profissionais, o que vai ao encontro do quarto objetivo delineado *Integrar um sistema de alerta no sistema informático do Serviço de Saúde da RAM (Atrium) para priorização da intervenção social nos casos de risco de protelamento da alta hospitalar*.

Passando aos Objetivos Gerais o primeiro *Identificar e analisar os fatores associados ao protelamento da alta hospitalar nos 2 hospitais públicos da RAM no ano de 2023 bem como perceber a taxa de ocupação e os custos associados ao período de protelamento social*, tendo já sido esplanada a parte referente aos fatores associados ao fenómeno. No que concerne à taxa de ocupação e custos associados, estes foram também calculados e apresentados no capítulo dos resultados. Ao serem atingidas taxas de ocupação na ordem dos 36% no Hospital dos

Marmeleiros e 14,4% no Hospital Nélío Mendonça, com um custo anual de diárias hospitalares pós-alta clínica que ultrapassa os 4 milhões e meio de euros, fica demonstrada a magnitude do problema assim como a urgente necessidade de intervir. Além disso, poderá impulsionar a definição de medidas para a sua mitigação com custos inferiores ao custo apresentado, com possibilidade de avaliação do impacto orçamental das mesmas.

O segundo objetivo geral do estudo *Propor uma ferramenta digital de alerta e de planeamento precoce para o Serviço Social*, encontra-se também atingido com a proposta que resultou do estudo. A proposta contempla a implementação de uma ferramenta digital integrada no sistema informático dos hospitais da RAM que gera alertas automáticos para os assistentes sociais. Baseia-se na classificação das situações dos cidadãos no momento da admissão hospitalar em três níveis de risco associados à probabilidade de ocorrência do evento protelamento da alta hospitalar, baixo (até 30%), moderado (30%-49%) e alto (acima de 50%), com respetiva sinalética de cores (vermelho para alto risco, amarelo para moderado e verde para baixo). A cada nível de risco está associado um timing específico para a avaliação social: pacientes de alto risco devem ser avaliados em até 1 dia, os de risco moderado em até 2 dias, e os de baixo risco não requerem avaliação imediata.

Pretende-se melhorar a eficiência dos cuidados hospitalares e a qualidade de vida dos utentes, ao priorizar e antecipar a avaliação e intervenção social com os cidadãos identificados com maior probabilidade de protelamento da alta hospitalar. Consideramos que esta medida poderá contribuir para a mitigação da problemática dos protelamentos das altas hospitalares. Sublinhamos a necessidade de avaliar esta medida. Sugerimos que o sistema seja utilizado durante um ano, após o qual deverá ser realizada uma avaliação do seu desempenho na identificação de casos de risco, bem como uma avaliação do impacto desta medida na redução da problemática em questão.

Relativamente às limitações do estudo, identificamos o facto do diagnóstico clínico não ter sido estudado enquanto potencial fator associado ao protelamento da alta hospitalar, tendo sido nalguns estudos já apontado como influente para essa situação. Outra limitação prende-se com o facto de não terem sido analisados os níveis de dependência nas AVD's e de compromisso cognitivo e ter apenas sido analisado a sua presença. Pensamos que estas limitações poderiam ser importantes para o desempenho do modelo preditivo e consequentemente da ferramenta digital.

Também com igual importância não ter sido possível neste estudo comparar os resultados da escala de avaliação sociofamiliar entre as duas amostras, a dos cidadãos que estiveram em situação de protelamento da alta hospitalar e os que tendo estado internados não permaneceram

no hospitalar após a alta clínica, constitui uma limitação importante. Isto porque os dados indicam que esta variável poderia ser relevante para o modelo preditivo.

Assim, propomos que sejam aplicadas na admissão do utente no internamento, escalas que avaliem o nível de dependência nas AVD's, o nível de compromisso cognitivo e a situação sociofamiliar. Um próximo estudo sobre esta temática na RAM, especificamente, dos fatores associados ao protelamento poderia contemplar estas alterações, contornando assim a limitações assumidas neste estudo.

Outra limitação prende-se com a metodologia, pois considera-se que a opção por métodos mistos poderia além dos objetivos alcançados no presente estudo, explorado de forma mais aprofundada e detalhada o fenómeno, incluindo a experiência e perceção dos utentes e familiares que vivenciam a situação de protelamento e a dos profissionais de saúde. Para estudos futuros seria pertinente esta abordagem complementar a esta investigação.

Avança-se ainda com algumas medidas que poderiam ser impactantes nesta problemática e que propomos que sejam alvos de estudos subsequentes a este que validem a pertinência da sua implementação. Além da reflexão pessoal e da experiência profissional de trabalho com esta problemática, resultam também do percurso da presente investigação que culminou neste trabalho e da análise e consulta de estudos e artigos científicos nesta área. Passo a apresentar: reforço dos profissionais de Serviço Social nos hospitais da RAM, com um rácio assistentes sociais-utentes internados que permitisse acolhimento e avaliação social a todos os cidadãos e início da preparação da alta hospitalar desde o início do internamento (priorizando os sinalizados pela ferramenta digital com maior risco para o protelamento da alta hospitalar); o reforço dos profissionais com competência na área da reabilitação com o objetivo de redução dos níveis de agravamento de dependência associados aos internamentos de pessoas de idade mais avançada ou com determinadas patologias; desburocratização e simplificação do acesso a apoios e direitos sociais; a formalização dos apoios e direitos sociais decorrentes da situação de doença e/ou dependência nos hospitais através de plataformas comuns com os Subsistemas e outras entidades, geridas pelos serviços sociais dos hospitais; redução da documentação necessária para esse efeito, através de mecanismos simplificados de autorização por parte cidadãos para que as entidades que necessitam de informações/documentos para formalizar apoios e direitos sociais as pudessem consultar; criação de equipas de cuidadores formais de apoio ao domicílio (criação desta carreira no SESARAM) inseridas nos serviços sociais dos Hospitais para uma resposta temporária a utentes que à data da alta clínica ainda aguardassem respostas sociais da comunidade, (isto permitiria redução clara do número de dias de permanência após a alta hospitalar e conseqüente redução dos custos associados); adoção pela

RAM da medida implementada em 2023 pelo Governo de acolhimento temporário e transitório em resposta social dos utentes que se encontram nos hospitais com alta protelada a aguardar resposta social (portaria n.º 38-A/2023 de 2 de fevereiro e portaria n.º 256/2023 de 10 de Agosto); disponibilização de ferramenta digital partilhada entre o SESARAM, o setor social e solidário e o setor privado para o mapeamento das vagas existentes nos equipamentos sociais e assim melhorar a celeridade na resposta e para a necessária partilha de informações clínicas e sociais relevantes com a Instituição de acolhimento, tendo em conta o cumprimento do RGPD; atribuição de cheque-serviço aos utentes ou seus representantes legais, mediante avaliação socioeconómica do agregado familiar para pagamento de equipamento social privado com carácter temporário e transitório, no caso de inexistência de vagas; reforço da resposta de apoio domiciliário com carteira de serviços mais diversificada e flexível que responda às necessidades efetivas do cidadão com possibilidade de apoio 24 horas; integração de dispositivos digitais que permitissem a monitorização de cidadãos à distância em situação de dependência e incapacidade e que residissem sós; alargamento das vagas na RRCCI nas várias modalidades; legislação que permita a retenção das reformas/pensões dos cidadãos-utentes para as Unidades de saúde onde permanecem com alta protelada e posteriormente para os equipamentos sociais que os iriam receber (com definição de um período razoável que permita a eventual reorganização familiar e solução do problema); aprofundamento dos direitos previstos no Estatuto do Cuidador Informal com o aumento do apoio económico ao cuidador e a efetivação do direito ao descanso do cuidador, aumento do número de dias por ano para assistência a familiar (para 30 dias) remunerados a 100%; ao nível do Direito do Trabalho o reforço da flexibilidade laboral que permitisse a conciliação com a função de cuidar.

Conclui-se que para resultados significativos na mitigação do problema em análise terão de ser desenvolvidas estratégias e medidas intersectoriais concertadas alicerçadas no conhecimento científico já desenvolvido, com incremento do investimento orçamental para respostas de institucionalização e de apoio domiciliário, bem como medidas de apoio aos cuidadores informais e deve esta temática continuar a ser alvo de investigação e investimento por parte da Academia como alicerce das políticas públicas a implementar nesta área.

Referências Bibliográficas

- Abdelhalim, A., Zargoush, M., Archer, N., & Roham, M. (2024). Decoding the persistence of delayed hospital discharge: An in-depth scoping review and insights from two decades. *Health Expectations*, 27(2), 1–32. <https://doi.org/10.1111/hex.14050>
- Alarcón, T., & González Montalvo, J. I. (1998). La Escala Socio-Familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-escala-socio-familiar-gijon-instrumento-13021724>
- Alegria, R., Almeida, P., Aratangy, V., & Victor, B. (2011). *Teoria e prática da pesquisa aplicada*. Elsevier Brasil.
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) (2024). *8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais*. https://apah.pt/wp-content/uploads/2024/05/APAH_8a-Edicao-BIS_Resultados_Maio-2024-1.pdf
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH). (2022). *6ª Edição do Barómetro dos Internamentos Sociais*. APAH.
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH). (2023). *7ª Edição do Barómetro dos Internamentos Sociais*. APAH. https://apah.pt/wp-content/uploads/2023/06/Programa-BIS-2023_VF.pdf
- Augusto, A. (2014). Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: Mais do que uma questão de preferência. *Fórum Sociológico, Série II* (24), 73-77. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1073>
- Bedeian, A. G. (2014). Mais do que aparece: Um guia para interpretar as estatísticas descritivas e matrizes de correlação relatadas na pesquisa de gestão. *Revisão de Esporte, Lazer e Turismo PODIUM*, 3(1). <https://doi.org/10.5585/riae.v14i2.2244>
- Chico López, A., Martín Paco, V., Ruiz Vílchez, M., & Martínez Gutiérrez, M. (s.d.). *Cribado de riesgo social para la seguridad del paciente en urgencias*. Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén.
- Comissão Europeia. (2024). *Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo ao Espaço Europeu de Dados de Saúde (EEDS)*. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en
- Cornell, P. Y., Hua, C. L., Buchalksi, Z. M., Chmelka, G. R., Cohen, A. J., Daus, M. M., Halladay, C. W., Harmon, A., Silva, J. W., & Rudolph, J. L. (2024). Using social risks to predict unplanned hospital readmission and emergency care among hospitalized Veterans. *Health Services Research*, 59(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14353>
- Coutinho, C. P. (2023). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (M. F. Lopes, Trad.; D. da Silva, Rev. ed., 3ª ed.). Artmed. (Obra original publicada em 2009)
- Davy, A., Hill, T., Jones, S., Dube, A., Lea, S. C., Watts, K. L., & Asaduzzaman, M. (2021). A predictive model for identifying patients at risk of delayed transfer of care: A retrospective, cross-sectional study of routinely collected data. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(3), 1–6. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab130>

- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.
- European Commission. (2024). 2024 Ageing Report: Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070). *Institutional Paper* 279. https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf
- Fatehi, F., Samadbeik, M., & Kazemi, A. (2020). What is digital health? Review of definitions. *Studies in Health Technology and Informatics*, 275, 67-71. <https://doi.org/10.3233/SHTI200696>
- Ferreira, A., Silva, M., & Perelman, J. (2020). Saúde - O grande desafio do SNS: Cuidados de saúde integrados de proximidade para uma população envelhecida. In R. Paes Mamede & P. Adão e Silva (Eds.), *Estado da Nação 2020: Valorizar as políticas públicas* (pp. 9-11). ISCTE. https://www.ipps.iscte-iul.pt/images/PDF/EstadoNacao/O_Estado_da_Nacao_e_as_Politicas_Publicas_2020.pdf
- Ferreira, F. & Espírito Santo, M.I. (2018). Planeamento de alta hospitalar: Perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. [Hospital Discharge Planning: Perspectives and Reflections on Social Protections in Portugal]. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 25, 33-50. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.02>
- Guerra, I. (2017). O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar. *Ciências e Políticas Públicas | Public Sciences & Policies*, 3(1), 57-79.
- Hatef, E., Chang, H. Y., Richards, T. M., Kitchen, C., Budaraju, J., Foroughmand, I., Lasser, E. C., & Weiner, J. P. (2024). Development of a social risk score in the electronic health record to identify social needs among underserved populations: Retrospective study. *JMIR Formative Research*, 8(1), e54732. <https://doi.org/10.2196/54732>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *Tábuas de mortalidade 2021-2023: Esperança de vida à nascença e aos 65 anos*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646144784&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2023, 15 de junho). *Estimativas de população residente em Portugal 2022: População residente aumenta mais de 46 mil pessoas*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594879758&=2
- Kostkova, P. (2015). Grand challenges in digital health. *Frontiers in Public Health*, 3(134). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00134>
- Kydd, A. (2008). The patient experience of being a delayed discharge. *Journal of Nursing Management*, 16(1), 90-96. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00848.x>
- López Luis, N., Rodríguez-Álvarez, C., Cuéllar-Pompa, L., & Arias, Á. (2024). Evaluation of delayed effective discharge for non-medical reasons in patients admitted to acute care hospitals in Spain: A scoping review. *Nursing Reports*, 14(1), 12-24. <https://doi.org/10.3390/nursrep14010002>
- Martins, M., Mesquita, A., Carvalho, L., Martins, F., Silva, M., Leitão, H., & Nunes, M. (2023). Factores de risco para alta prorrogada por motivos sociais: Um estudo retrospectivo [Risk factors for delayed discharge due to social factors: A retrospective study]. *Acta Médica Portuguesa*. <https://doi.org/10.20344/amp.18888>

- Moore, G., Hartley, P., & Romero-Ortuno, R. (2017). Health and social factors associated with a delayed discharge amongst inpatients in acute geriatric wards: A retrospective observational study. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(4), 530-537. <https://doi.org/10.1111/ggi.13212>
- Mourão, L. M. R. (2008). *Aplicação da escala de Gijón em rastreio de risco social* [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/3280>
- Murphy, K. R. (2021). In praise of Table 1: The importance of making better use of descriptive statistics. *Industrial and Organizational Psychology*, 14(4), 461–477. <https://doi.org/10.1017/iop.2021.90>
- Pedroso, P. (2022). Proteção social: Diagnóstico - Risco de falta de cuidados para idosos está a agravar-se; Análise de Política - Pactooperação para a Solidariedade Social: reforço da cooperação entre Estado e IPSS num cenário de descentralização de competências. In *Estado da Nação e as Políticas Públicas, 2022: Recuperação em Tempos de Incerteza*, 33-38. ISCTE, Lisboa: ISCTE, 2022. https://ipps.iscte-iul.pt/images/PDF/EstadoNacao/ENPP2022/Relatorio_ENPP_2022_IPPS.pdf
- Pereira, K. R., & Miclos, P. V. (2013). Pesquisa quantitativa e qualitativa: A integração do conhecimento científico. *Saúde & Transformação Social, Health & Social Change*. Universidade do Sul de Santa Catarina. <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265325753005.pdf>
- Plante, J., Latulippe, K., Kröger, E., Giroux, D., Marcotte, M., Nadeau, S., Doyle, E., & Rockwood, K. (2021). Cognitive impairment and length of stay in acute care hospitals: A scoping review of the literature. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 40(3), 405–423. <https://doi.org/10.1017/S0714980820000355>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2021). Estratégia Nacional para a Transformação Digital 2021-2026. Resolução do Conselho de Ministros n.º 131/2021. *Diário da República, 1.ª série* (N.º 177) de 10 de setembro de 2021. <https://dre.pt/application/file/a/166259262>
- República Portuguesa. (2023). Portaria n.º 256/2023, de 10 de agosto. *Diário da República, Série I*, n.º 155. <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2023/08/15500.pdf>
- República Portuguesa. (2023). Portaria n.º 38-A/2023 de 2 de fevereiro. *Diário da República, Série I*, n.º 24. <https://files.dre.pt/1s/2023/02/02401/0000200006.pdf>.
- Richardson, S., Lawrence, K., Schoenthaler, A. M., & Mann, D. (2022). A framework for digital health equity. *npj Digital Medicine*, 5(119). <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00663-0>
- Rogers, B., Legaspi, J. P., & Bastiampillai, T. (2023). Hospital congestion: A market solution to address delayed transfers of care from hospital beds. *Medical Journal of Australia*, 218(7), 298-300. <https://doi.org/10.5694/mja2.51876>
- Rojas-García, A., Turner, S., Pizzo, E., Hudson, E., Thomas, J., & 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>
- Serafim, M. R., & Santo, M. I. E. (2013). Criação e validação de uma escala de complexidade da intervenção social com adultos em contexto hospitalar (ECISACH) (*CIES e-Working Paper* N.º 152/2013). *CIES e-Working Papers*. <https://cies.iscte.pt/publications/working-papers>

Siqueira, A. B., Cordeiro, R. C., Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 687-693. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000500011>

Vergara, C. M. A. C. (2024). Coordenação do cuidado, inovações tecnológicas e gestão em saúde. *Gestão & Cuidado em Saúde*, 2(1), e12803. <https://revistas.uece.br/index.php/gestaoecuidado/article/view/12803>

Anexo A- Time Line do Processo de Digitalização do SESARAM

Sistema	Data início
Gestão da Identificação	01/1992
Admissão Administrativa na Urgência Hospitalar	08/1992
Agendamento de Consultas Centros de Saúde (1ª versão)	10/1995
Admissão Administrativa na Urgência Centros de Saúde	02/1998
Vacinação - Plano Regional de Vacinação	10/1998
Lista de Inscritos em Cirurgias	02/1999
Agendamento de Consultas Hospitalares (1ª versão)	01/2000
Admissão Administrativa no Internamento	01/2000
Portal Médico Cuidados de Saúde Primários	05/2005
Anatomia Patológica (aplicação externa)	06/2005
Urgência Hospitalar - Triage de Manchester	06/2005
Internamento Clínico	
• Acesso aos MCDT's	06/2005
• Registo diagnóstico clínico ICD	09/2003
• Prescrição Interna de Medicamentos/Plano de Trabalho	11/2008
• Diário Clínico	07/2009
• Registos eletrónicos de enfermagem (CIPE)	01/2009
Portal de Enfermagem CSP	01/2006
Agendamento de Consultas Centros de Saúde (2ª versão)	06/2007
Imagiologia - PACS (aplicação externa)	05/2007
Indicadores CSP	05/2008
Patologia Clínica (Laboratório – aplicação externa)	06/2008
Urgência Clínica Hospitalar	01/2009
Vias Verdes	
• Sepsis	02/2009
• Coronária	01/2010
• AVC	02/2010
• Trauma	06/2010
Agendamento de Consultas Hospitalares (2ª versão)	12/2009
Portal Médico Cuidados Hospitalares	07/2009
Portal Web SRS (1ª versão)	06/2009
Portal Web do Utente (1ª versão)	07/2010
• Pedido marcação de consultas para MF (2010)	07/2010
Referenciação Clínica	07/2010
Integração do Registo Regional de Utentes (RRU) com Registo Nacional de Utentes (RNU)	06/2011
Gestão Intervenções Cirúrgicas	03/2014
Urgência Clínica Cuidados Saúde Primários	03/2015
Integração com a Prescrição Eletrónica Médica (PEM)	03/2015
Processo Social do Utente (PSU)	01/2016
RRCCI – Gestão do Processo de Admissão na RRCCI	01/2016
Integração com Plataforma de Dados da Saúde (PDS – atualmente RSE)	06/2016
SEISRAM@BI	05/2018
REM – Registo de Emergência Médica	02/2019
SMS – Urgência	08/2020
SAUDE@ID	07/2020
MediaCall@Check-In Consulta	08/2020

Gestão de Visitas (QRCode)	03/2020
Dashboard COVID19	04/2020
SEISRAM@COVID19 AG	12/2020
Portal do Utente	
• Inscrição na Vacina COVID19	02/2021
• Declaração de Vacinação RAM (QRCode) em Português e Inglês	04/2021
Integração das Reações Adversas de Medicamentos com Infarmed	05/2021
Integração com sistema nacional VACINAS	06/2021
Integração com Certificado Verde Digital COVID19	07/2021
IDG CSP Madeira	08/2021
Plataforma de Business Intelligence	02/2022
Inquéritos Satisfação Online	03/2022
MediaCall@Quiosque	10/2022
APP SESARAM	12/2022

Fonte: Núcleo de Informática do SESARAM

Anexo B – Parecer da Comissão de Ética do SESARAM



Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM, EPERAM Parecer relativo ao documento nº 75 /2024

A – RELATÓRIO

A Comissão de Ética para Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, FPFARM (SESARAM, EPERAM), analisou o Projeto /estudo de Investigação: **" Ferramenta Digital para Alerta e Planeamento Precoce para o Serviço Social"** da investigadora do SESARAM, Drª Márcia Assunção

Com este estudo pretendemos analisar os factores associados ao protelamento da alta hospitalar nos dois hospitais da RAM, bem como perceber a taxa de ocupação e os custos associados ao período de protelamento social.

Identificar e propor uma ferramenta digital de alerta e de planeamento para prevenção do protelamento das altas hospitalares.

Este trabalho será realizado apenas com base na análise de dados estatísticos.

B – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPERAM deliberou emitir Parecer Favorável por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

Aprovado em reunião da CES do dia 17 de junho de 2024, por unanimidade.

O presidente da CES/SESARAM, EPERAM
(Filomena Patrício Gomes)