Perspetiva Ético-Legal e Intersetorial do Protelamento da Alta Hospitalar

Ethical-Legal and Intersectoral Perspective on Delayed Hospital Discharge

Vânia Ribeiro | Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto, Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga | vaniatsribeiro@gmail.com

Ana Morais | Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga

Cristiana Dias de Almeida | Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto; Intrepid Lab, FCESE, Universidade Lusófona; CETRAD, Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento, UTAD (Funding UID/04011) | cristiana.almeida@lusofona.pt

Resumo
Este estudo explora a problemática dos internamentos hospitalares prolongados por razões sociais em unidades do Serviço Nacional de Saúde. Através de uma abordagem exploratória e quantitativa, analisaram-se dados do Barómetro dos Internamentos Sociais (2022–2024), focando-se na região Norte. Os resultados evidenciam desigualdades regionais, insuficiência de respostas sociais formais (nomeadamente RNCCI e ERPI) e uma elevada concentração de casos na especialidade de Medicina Interna. Conclui-se que o protelamento da alta hospitalar é reflexo de uma disfunção sistémica, com implicações éticas, organizacionais e sociais, exigindo políticas públicas integradas e soluções territorializadas.

Palavras-chave: Internamentos sociais; alta hospitalar protelada; Serviço Nacional de Saúde; articulação intersectorial; Serviço Social.

Abstract:
This study explores the issue of prolonged hospital stays for social reasons in Portugal's National Health Service units. Using an exploratory and quantitative approach, data from the Social Hospitalisation Barometer (2022–2024) were analysed, with a focus on the Northern region. Findings reveal regional disparities, insufficient formal social support structures (especially RNCCI and ERPI), and a high concentration of cases in Internal Medicine. It is concluded that hospital discharge delays reflect systemic dysfunction with ethical, organisational, and social implications, requiring integrated public policies and decentralised solutions.

Keywords: Social hospitalisation; delayed discharge; National Health Service; intersectoral coordination; Social Work.

Introdução

O envelhecimento demográfico constitui um dos principais desafios que os sistemas de saúde europeus enfrentam na atualidade, sendo Portugal um dos países mais pressionados por esta tendência nos próximos anos (Coelho et al., 2019). A par do envelhecimento populacional, a persistência das doenças crónicas não transmissíveis e a fragmentação dos cuidados entre os diferentes níveis de prestação de serviços de saúde configuram ameaças significativas à sustentabilidade e à eficácia do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português (Santo et al., 2021).

Neste contexto, a gestão eficiente dos recursos hospitalares assume particular relevância, nomeadamente no que diz respeito à utilização da cama hospitalar, considerada um recurso escasso e dispendioso que deve ser alocado de forma racional, com o menor custo possível (Noonan et al., 2019). Uma das problemáticas que mais compromete essa eficiência prende-se com o fenómeno dos internamentos hospitalares prolongados por razões não clínicas, também designados como internamentos sociais. Estes casos ocorrem quando o utente, embora clinicamente apto a receber alta, permanece internado por ausência de resposta social ou de retaguarda familiar, constituindo um entrave à adequada gestão dos fluxos hospitalares e ao cumprimento das boas práticas de transição de cuidados (Gaughan et al., 2017).

Em Portugal, as respostas sociais dirigidas à população idosa mantêm-se insuficientes face ao ritmo de crescimento das necessidades, não só em termos de cobertura territorial como também ao nível da acessibilidade económica (Martins, 2006). A escassez de vagas em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e em Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) origina longas listas de espera, contribuindo para o agravamento do fenómeno dos internamentos prolongados. Este contexto compromete o direito dos utentes a uma alta atempada e adequada, e exerce uma pressão adicional sobre os serviços hospitalares, transformando os hospitais em espaços de permanência indevida por ausência de soluções sociais disponíveis e eficazes.

A escolha deste tema justifica-se, assim, não só pela atualidade e pertinência, mas também pela recorrência e ausência de respostas estruturadas, numa área onde os constrangimentos operacionais são agravados pelas falhas na articulação entre os setores da saúde, da segurança social e da rede solidária. O aumento dos internamentos inapropriados evidencia a urgência de repensar a organização e interligação das respostas, de modo a

garantir transições adequadas e atempadas para contextos de cuidados mais apropriados.

Esta análise é fundamental para o desenvolvimento de intervenções informadas e eficazes, que visem mitigar os impactos negativos dos internamentos sociais — tanto para os doentes e respetivas famílias, como para a sustentabilidade do sistema de saúde. Para além disso, permite aferir o grau de adequação das respostas sociais formalmente disponíveis, promovendo uma reflexão crítica sobre a articulação entre o sistema de saúde e a rede social formal, especialmente no que respeita à continuidade de cuidados e à proteção das populações mais vulneráveis.

Dando continuidade à fundamentação teórica e à contextualização do fenómeno, o presente estudo propõe-se a analisar o internamento social enquanto expressão de disfunções estruturais no sistema de cuidados em Portugal. Neste sentido, procura compreender em que medida os constrangimentos sociais, organizacionais e jurídicos contribuem para a permanência prolongada de utentes hospitalizados após obtenção de alta clínica, com particular enfoque na atuação do Serviço Social no processo de transição para contextos de cuidados adequados.

Com base nesta problemática, o estudo assume como objetivo geral analisar o fenómeno do protelamento da alta hospitalar por motivos sociais, identificando os seus impactos organizacionais, sociais e ético-legais, a partir da realidade empírica de duas unidades hospitalares da zona Norte do país e da intervenção do Serviço Social nesses contextos. A investigação estrutura-se em torno de cinco objetivos específicos: (1) caracterizar o perfil sociodemográfico dos utentes internados com alta clínica protelada, sinalizados ao Serviço Social, evidenciando vulnerabilidades associadas; (2) identificar os principais bloqueios institucionais e sociais à efetivação da alta hospitalar, com destaque para as insuficiências da RNCCI e das ERPI; (3) relacionar os dados empíricos com os impactos organizacionais decorrentes da ocupação prolongada de camas hospitalares; (4) analisar criticamente o papel do Serviço Social na mediação entre o hospital e os sistemas de apoio social e familiar; e (5) refletir sobre os desafios ético-legais emergentes das situações de internamento social, propondo caminhos de reforço normativo e de reconfiguração política.

A abordagem adotada combina uma análise quantitativa de dados provenientes do Barómetro dos Internamentos Sociais (APAH, 2024) com uma perspetiva crítica e intersectorial, permitindo articular a dimensão empírica com os referenciais teóricos da

literatura nacional e internacional. Com esta articulação pretende-se não apenas descrever a realidade observada, mas contribuir para a construção de um olhar mais integrado, reflexivo e orientado para a transformação das práticas e das políticas públicas no domínio da continuidade de cuidados e da proteção social em saúde.

1. Internamentos Sociais no SNS: Uma Análise Multidimensional da Ineficiência Sistémica e das Estratégias de Articulação Intersectorial

O fenómeno dos internamentos sociais (IS) tem assumido crescente visibilidade nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), refletindo uma disfunção complexa e persistente que transcende o domínio clínico. Refere-se à permanência hospitalar de utentes que, não reunindo critérios médicos de internamento, permanecem nas unidades de saúde por ausência de condições sociais, familiares ou institucionais que permitam o regresso ao domicílio ou a transição para estruturas adequadas de acolhimento. Esta realidade compromete a dignidade dos utentes, afeta a alocação racional de recursos e limita a capacidade de resposta dos serviços hospitalares, prejudicando simultaneamente o bem-estar das equipas profissionais envolvidas.

A literatura nacional e internacional reconhece o caráter multifatorial dos IS. Martins et al. (2023) destacam os riscos clínicos, demográficos e sociais associados à hospitalização prolongada, sublinhando que a ausência de soluções institucionais adequadas contribui para uma crescente medicalização de problemas de natureza social. Esta análise é complementada por Seibert et al. (2019), que propõem compreender a alta hospitalar não apenas como um fim de episódio clínico, mas como um dispositivo de proteção integral, valorizando o papel do Serviço Social como agente de mediação entre estruturas formais e informais.

Vários estudos convergem na identificação do envelhecimento populacional, da fragilidade das redes de apoio familiar e dos constrangimentos das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) como elementos estruturantes da permanência hospitalar prolongada. Crispim (2021) associa os IS à ausência de articulação eficaz entre os cuidados clínicos e as estruturas de suporte social, enquanto Pereira e Almeida (2024) sublinham o papel do hospital como uma espécie de retaguarda informal para carências que deveriam ser solucionadas por equipamentos sociais.

A investigação de Duque (2017) e Machado (2014) reforça a influência dos contextos territoriais e demográficos, demonstrando que a exclusão cumulativa afeta sobretudo os idosos em situação de dependência, particularmente nas regiões com menor cobertura de respostas sociais.

Carvalho (2023), por sua vez, chama a atenção para a necessidade de reconfiguração das políticas públicas, de modo a que estas respondam adequadamente ao envelhecimento populacional e promovam a integração efetiva dos cuidados de saúde e apoio social. Esta perspetiva é central para compreender que os IS não são apenas reflexo de insuficiências operacionais, mas expressão clara das fragilidades do modelo de articulação entre os sectores da saúde e da proteção social.

Ao evidenciar os impactos organizacionais dos IS, a investigação de Ali e Salehnejad (2020) mostra como a ocupação indevida de camas hospitalares — por ausência de critério clínico — contribui para a ineficiência na alocação de recursos e para o agravamento das iniquidades no acesso aos cuidados. Esta perspetiva é partilhada por Martins et al. (2023), que estimam que cerca de 11,7% dos internamentos nos hospitais do SNS são considerados inapropriados, o que representa não só um elevado custo financeiro como uma pressão constante sobre os serviços de urgência e de internamento.

A problemática dos IS tem vindo a destacar-se como uma expressão visível da desarticulação entre os sistemas de saúde e de apoio social. O fenómeno, apesar de não ser novo, adquiriu uma centralidade crescente face ao envelhecimento demográfico, à sobrecarga das instituições hospitalares e à ausência de respostas sociais integradas. A literatura nacional e internacional convergem na identificação dos IS como uma manifestação de disfunção sistémica, com implicações clínicas, organizacionais e éticas.

O Barómetro dos Internamentos Sociais, na sua 8.ª edição (APAH, 2024), oferece uma visão clara da extensão do problema, revelando que cerca de 90% das unidades hospitalares do SNS lidam com casos de internamento por razões sociais, com impactos diretos na gestão de camas e na eficiência dos serviços. Esta realidade está longe de ser exclusivamente portuguesa. O relatório conjunto da Organização Mundial da Saúde e da OCDE (2021) evidencia que países com modelos de cuidados integrados, centrados na transição entre hospitais e estruturas residenciais, têm conseguido reduzir internamentos desnecessários, promovendo trajetórias mais seguras e adequadas para os utentes.

O papel dos profissionais neste contexto torna-se particularmente relevante. Estudos de Machado (2014) e Carvalho (2023) destacam a forma como os técnicos — em particular os assistentes sociais — assumem frequentemente a gestão do vazio institucional, recorrendo a estratégias informais para garantir a continuidade de cuidados em contextos onde as respostas formais são insuficientes ou inexistentes. Este esforço, embora essencial, acentua o risco de desgaste profissional e revela a necessidade de dotar as equipas de instrumentos adequados à complexidade dos casos.

A persistência de internamentos hospitalares por motivos sociais evidencia, de forma clara, as fragilidades do atual modelo de articulação entre o setor da saúde e as respostas sociais disponíveis. Este problema, analisado por Glasby *et al.* (2006), demonstra como a ocupação prolongada de camas hospitalares por utentes clinicamente estáveis resulta da ausência de uma resposta social eficaz. Considerando que o internamento deve cessar assim que o utente se encontra clinicamente estável, a permanência prolongada em ambiente hospitalar, por ausência de retaguarda social, representa não apenas um entrave à eficiência do sistema de saúde, mas também um risco acrescido para a dignidade e o bem-estar do próprio utente (Bryan, 2010).

Neste contexto, é essencial estabelecer mecanismos jurídicos que responsabilizem adequadamente os cuidadores que, tendo o dever legal de prestar cuidados, negligenciam os idosos, colocando-os em risco de abandono institucional. Como salientam Bonnie & Wallace (2003), a omissão de cuidados por parte de quem tem a responsabilidade de zelar pelo bem-estar da pessoa idosa deve ser encarada como uma forma de maus-tratos que exige resposta legal. Adicionalmente, Swidler *et al.* (2007) sublinham que a ausência de diretrizes legais claras para lidar com recusas de reintegração no domicílio por parte dos cuidadores cria desafios éticos e jurídicos significativos para os profissionais de saúde, reforçando a necessidade de um enquadramento normativo que salvaguarde os direitos dos utentes.

Neste sentido, impõe-se uma reflexão sobre possíveis alterações legislativas, nomeadamente o alargamento do artigo 138.º do Código Penal e do artigo 2034.º do Código Civil, com o intuito de incluir formas de negligência social que contribuam para o abandono institucional prolongado. Estas medidas devem ser acompanhadas por uma revisão dos mecanismos de pagamento de pensões sociais, nomeadamente quando exista proposta deferida de integração em ERPI não concretizada por recusa dos responsáveis

familiares — situação que contribui para o bloqueio de vagas e para a perpetuação do internamento inapropriado.

A insuficiência da RNCCI e das ERPI é um fator crítico identificado na maioria das regiões do país (APAH, 2024). A este respeito, o relatório conjunto da Organização Mundial da Saúde e da OCDE (2021) evidencia que modelos bem-sucedidos de cuidados integrados — como os implementados em diversos países europeus — são eficazes na articulação entre hospitais e estruturas residenciais, garantindo transições seguras e evitando internamentos desnecessários. Para dar uma resposta eficaz a este desafio, é fundamental reforçar a cooperação entre o setor da saúde e o Instituto da Segurança Social, através da criação de um modelo nacional de referenciação para vagas em ERPI, com critérios técnicos claros, circuitos específicos e pré-requisitos uniformes para a validação das propostas de admissão. Tal modelo permitiria racionalizar e garantir a equidade na atribuição de vagas, evitando a utilização indevida e prolongada de camas hospitalares.

Por fim, a resposta estrutural a esta problemática exige mais do que reorganizações institucionais pontuais. Implica uma aposta clara na promoção de serviços integrados de proximidade e em soluções habitacionais alternativas à institucionalização clássica. Estudos como os de Bamford (2005) evidenciam que iniciativas como a co-habitação e a habitação colaborativa não só favorecem o envelhecimento digno, como também contribuem para a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde e apoio social. A necessidade de políticas públicas robustas que respondam ao envelhecimento populacional exige um investimento significativo na rede de cuidados domiciliários e de proximidade. A promoção de serviços integrados, que articulem os cuidados de saúde com os apoios sociais prestados no domicílio, bem como a aposta em soluções alternativas à institucionalização tradicional — como os modelos de co-habitação e habitação colaborativa — deverão estar no centro de uma reforma que promova maior justiça social, respeito pelos direitos das pessoas idosas e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

2. Metodologia

Este estudo insere-se numa abordagem exploratória de natureza quantitativa, centrada na análise das situações de internamento hospitalar prolongado sinalizadas ao Serviço Social. A sua natureza exploratória justifica-se pela escassez de investigação sistematizada neste domínio, bem como pela necessidade de produzir conhecimento

preliminar que possa fundamentar futuras investigações e ações de intervenção.

A escolha dos métodos e técnicas de investigação teve por base os objetivos definidos e a natureza do fenómeno em estudo. Segundo Fortin et al. (2009), o método de recolha de dados deve ser adequado ao tipo de investigação e garantir a fiabilidade das informações obtidas. Neste sentido, foi elaborado um plano de recolha estruturado, conforme preconizado por Polit et al. (2004).

Os dados analisados foram obtidos, por um lado, a partir da consulta dos processos clínicos individuais dos utentes, recorrendo à plataforma informática Medtrix EPR, uma aplicação Web desenvolvida em ASP.NET com base no Microsoft .NET Framework, que permite aceder a informação relevante desde a admissão hospitalar.

Paralelamente, a análise foi complementada com dados cedidos pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH, 2024), no âmbito da iniciativa Barómetro dos Internamentos Sociais. Esta iniciativa, promovida pela APAH com o apoio da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) (a partir da segunda edição) e da EY (Building a Better Working World), visa estudar a problemática das altas hospitalares proteladas e fomentar medidas conjuntas para atenuar os seus efeitos. Desde o início, conta também com o apoio institucional do Ministério da Saúde.

As informações provenientes desta iniciativa resultam de três inquéritos anuais realizados aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde nos anos de 2022, 2023 e 2024, tendo como referência um dia específico de cada ano. Nas edições mais recentes, os questionários foram aplicados nas seguintes datas: 16 de março de 2022, 20 de março de 2023 e 20 de março de 2024, com a participação de 39 unidades hospitalares do SNS.

Para facilitar a análise e a sistematização da informação recolhida, foi elaborada uma grelha de análise, a qual permitiu organizar os dados segundo variáveis definidas à luz dos objetivos da investigação. O tratamento da informação assumiu uma abordagem quantitativa descritiva, com vista à caracterização da amostra e à identificação de padrões relevantes.

Atendendo ao prazo de conclusão do estudo e à necessidade de garantir acesso a dados consistentes e fiáveis, optou-se por uma metodologia retrospetiva, incidindo sobre dados relativos ao ano de 2023 e ao 1.º semestre de 2024.

O estudo respeita as disposições legais e éticas aplicáveis à investigação em contexto de saúde, nomeadamente o Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD) –

Regulamento (UE) 2016/679, assegurando a confidencialidade, anonimato e tratamento adequado dos dados pessoais dos utentes.

3. Apresentação e discussão dos resultados

A análise dos dados relativos aos internamentos inapropriados entre 2022 e 2024, com base no Barómetro dos Internamentos Sociais (APAH, 2024), confirma que este fenómeno representa um problema estrutural e transversal ao SNS, com variações significativas entre regiões. A persistência de taxas elevadas, particularmente na região Norte, corrobora a literatura que reconhece os internamentos sociais como reflexo de falhas na articulação intersectorial (Crispim, 2021; Glasby et al., 2006).

3.1. Internamentos inapropriados em percentagem (%) e em números absolutos

Os internamentos inapropriados não afetam apenas a eficiência do sistema de saúde, mas também comprometem a saúde dos utentes. A literatura aponta para o aumento do risco de infeções hospitalares, redução da mobilidade e autonomia dos utentes, e agravamento das condições gerais, como evidenciado por Modas & Nunes (2019). Além disso, as elevadas taxas de ocupação hospitalar associadas a internamentos inapropriados comprometem os recursos disponíveis para novos utentes, gerando pressões adicionais no SNS.

Figura n.º 1. Taxa de internamentos inapropriados por região, incluindo unidades de psiquiatria (em %)

Fonte: Elaboração própria com base na 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte da Building a better working world (EY).

Figura n.º 2. N.º de internamentos inapropriados por região, incluindo unidades de psiquiatria

Fonte: Elaboração própria com base na 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte da Building a better working world (EY).

Os gráficos analisam a taxa e o número absoluto de internamentos inapropriados em Portugal entre 2022 e 2024, incluindo unidades de psiquiatria. Estes dados realçam um desafio recorrente no SNS relacionado com a gestão de altas hospitalares.

A região Norte regista os valores mais elevados em percentagem e números absolutos. Apesar de uma redução percentual de 54% em 2022 para 47% em 2024, os internamentos inapropriados em números absolutos mantêm-se elevados, atingindo 1021 em 2024. Esta situação reflete uma limitação estrutural do sistema em assegurar alternativas adequadas, como descrito por Victor *et al.* (2000), que destacam os efeitos negativos da falta de coordenação na transição entre cuidados hospitalares e cuidados na comunidade.

Em Lisboa e Vale do Tejo (LVT), observa-se um aumento percentual significativo de 29% (2022) para 36% (2024), traduzindo-se num crescimento em números absolutos de 365 para 770 casos. Este incremento pode ser atribuído a fatores como o envelhecimento populacional, aumento de doenças crónicas e insuficiência de redes de suporte, como analisado pela OECD (2023).

No Centro, Alentejo e Algarve, os internamentos inapropriados mantêm percentuais mais baixos (entre 1% e 13%), mas registam uma tendência de aumento em números absolutos, particularmente no Algarve, que avança de 30 para 84 casos no período analisado. Apesar de números menores, as consequências para os utentes e os custos operacionais hospitalares continuam a ser significativos, como indicado por Kydd (2008),

que destaca o impacto dos internamentos hospitalares prolongados nas populações vulneráveis.

A percentagem de internamentos inapropriados, embora ligeiramente reduzida em algumas regiões, mantém-se alarmante. O caso da região Norte, com mais de mil casos em 2024, evidencia não apenas a pressão sobre os serviços hospitalares, mas também o défice de respostas no pós-alta. Victor et al. (2000) já haviam salientado os riscos da ausência de coordenação na transição entre cuidados, reforçando a relevância de uma rede eficaz de retaguarda.

3.2. Internamentos inapropriados por número de camas

Os dados que se seguem indicam que, enquanto regiões como o Algarve e LVT apresentam um controlo relativamente eficaz da taxa de internamentos inapropriados por número de camas, o Norte sobressai como uma região crítica, com valores persistentemente altos ao longo dos anos.

Figura n.º 3 . Taxa de internamentos inapropriados por número de camas e região, incluindo unidades de psiquiatria (em %)

Fonte: 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte da Building a better working world (EY). Elaboração própria.

O SNS possui um total de 20.288 camas distribuídas pelos hospitais em todo o país. A distribuição dessas camas por regiões é a seguinte: no Norte, existem 7.792 camas; no Centro, 3.366 camas; em LVT, 7.221 camas; no Alentejo, 859 camas; e no Algarve, 1.050 camas. (INE Estatísticas da Saúde 2020 Edição 2022, INE Estatísticas da Saúde 2021

Edição 2023 e INE Estatísticas da Saúde 2022 Edição 2024 *cit. in* APAH, 2024).

De forma consistente, a região Norte mantém os valores mais elevados, começando com uma taxa de 9% em 2022, subindo para 13% em 2023 e mantendo este patamar em 2024.

Por outro lado, o Centro apresenta taxas relativamente estáveis, variando de 5% em 2022 para 7% em 2023 e retornando a 6% em 2024.

A região de LVT e o Algarve, por sua vez, mantêm taxas constantes em todos os anos analisados, oscilando entre 3% a 4% para o LVT e estabilizando em 8% para o Algarve em 2023 e 2024.

O Alentejo também apresenta consistência nos valores, variando de 4% em 2022 para 6% em 2023 e mantendo este nível em 2024, indicando um ligeiro agravamento inicial, mas sem grandes oscilações.

A distribuição por número de camas revela igualmente assimetrias regionais relevantes. Apesar de o Algarve e Lisboa e Vale do Tejo (LVT) apresentarem uma proporção mais controlada, a manutenção de taxas elevadas no Norte — que chega a 13% — indica um bloqueio sistémico, exigindo políticas territoriais diferenciadas. Esta evidência alinha-se com as conclusões de Duque (2017) e Machado (2014), que destacam a exclusão cumulativa de populações idosas em regiões com escassez de recursos sociais.

3.3. Dias de Internamentos inapropriados

Figura n.º 4. Dias de internamentos inapropriados por região, incluindo unidades de psiquiatria

Fonte: 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte da Building a better working world (EY). Elaboração própria.

A região Norte destaca-se amplamente, com números muito superiores aos das outras regiões ao longo do período. Em 2022, o Norte registou 224.616 dias de internamentos inapropriados, número que aumentou em 2023, atingindo 289.233 dias, seguido por um acentuado aumento em 2024, apresentando o total de 299.231.

A região de LVT apresenta uma variação notável em 2022, com 10.537 dias, subindo para 34.861 em 2023 e alcançando 69.843 dias em 2024.

O Centro, mantém valores relativamente baixos em comparação ao Norte, mas observa- se um crescimento nos dias de internamento inapropriado, passando de cerca de 2.399 em 2022 para 4.595 em 2023, e diminuindo para 4.170 em 2024.

O Alentejo e o Algarve, com valores menores, seguem tendências semelhantes. O Alentejo, mantém valores baixos, com uma oscilação de 49 dias em 2022 para 2.004 em 2023, diminuindo para 1.337 em 2024. No Algarve, os números aumentam de 1.480 dias em 2022 para 4.849 em 2023, e diminuem para 3.487 em 2024.

Em termos de dias de internamento, o Norte destaca-se novamente, acumulando mais de 299 mil dias em 2024. Esta permanência prolongada expõe os utentes a riscos adicionais, como perda de autonomia e infeções hospitalares (Modas & Nunes, 2019), e acentua a ineficiência da gestão de camas, comprometendo o acesso de novos doentes. Como referem Bryan (2010) e Ali & Salehnejad (2020), este tipo de ocupação não clínica contribui para o colapso operacional e financeiro das instituições hospitalares.

3.4. Internamentos Inapropriados a aguardar resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e das Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI's)

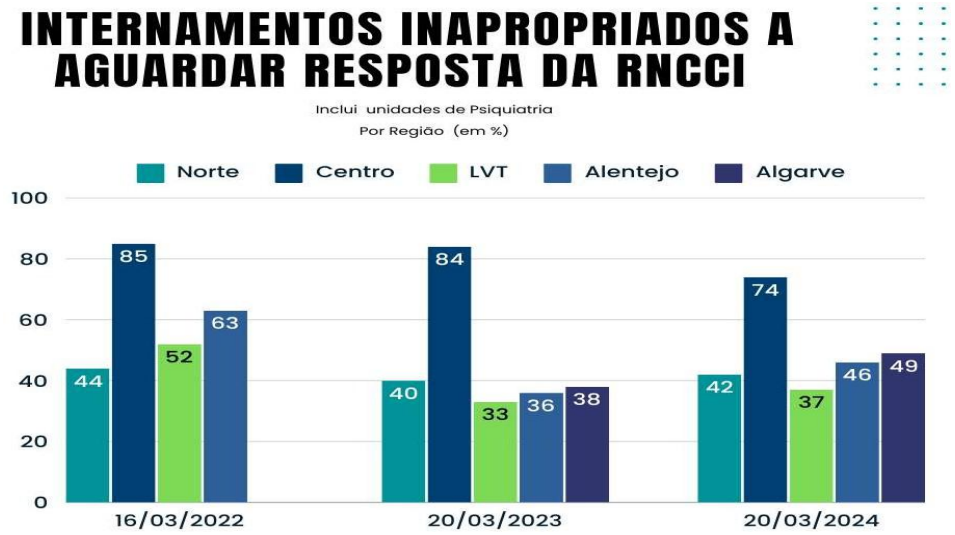
A região Norte apresenta percentagens de 44% em 2022, uma ligeira redução para 40% em 2023, e volta a crescer para 42% em 2024.

O Centro destaca-se com valores consistentemente altos, começando em 85% em 2022, reduzindo ligeiramente para 84% em 2023 e diminuindo mais significativamente para 74% em 2024.

LVT mostra uma variação marcante, com uma queda de 52% em 2022 para 33% em 2023, mas um novo aumento para 37% em 2024.

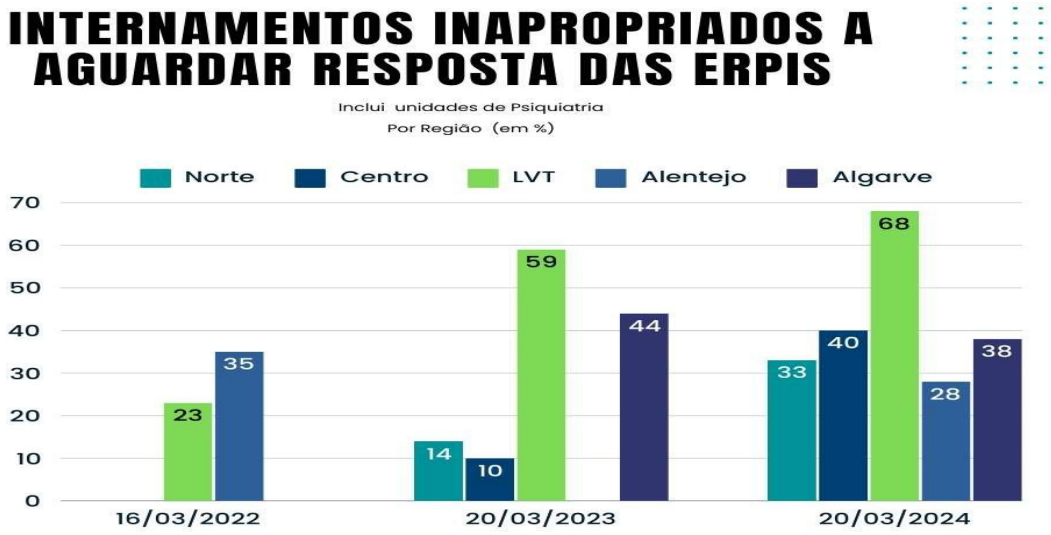
Já o Alentejo e o Algarve apresentam oscilações menores, permanecendo relativamente estáveis ou com leves reduções ao longo dos anos.

Figura n.º 5.- Taxa de internamentos inapropriados a aguardar resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, por região, incluindo unidades de psiquiatria (em %)



Fonte: 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte da Building a better working world (EY). Elaboração própria.

Figura n.º 6. Taxa de internamentos inapropriados a aguardar resposta das Estruturas Residenciais para Idosos, por região, incluindo unidades de psiquiatria (em %)



Fonte: Elaboração própria com base na 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte da Building a better working world (EY).

No Norte, embora não tenham sido apresentados valores para 2022, houve um aumento de 14% em 2023, seguido por um novo aumento para 33% em 2024.

O Centro, por outro lado, mostrou o mesmo registo que o Norte em 2022, mas registou um aumento de 10% em 2023 e um aumento significativo para 40% em 2024.

LVT destaca-se pela disparidade, começando com valores de 23% em 2022 e atingindo um pico de 68% em 2024, tornando-se a região mais problemática neste último ano.

O Alentejo e o Algarve mostram menor variação, com percentagens entre 28% e 44% ao longo do período analisado.

Comparando os dois gráficos, os dados sugerem que os internamentos inapropriados que aguardam resposta da RNCCI apresentam percentagens consistentemente mais altas do que os das ERPI, indicando desafios mais significativos na resposta de cuidados continuados. A insuficiente resposta da RNCCI permanece como uma das principais causas apontadas para o elevado número de Internamentos Inapropriados em várias regiões. A resposta inadequada das ERPI's contribui significativamente para o prolongamento dos internamentos em diversas regiões do país.

As taxas de internamento associadas à ausência de resposta da RNCCI e das ERPI demonstram que o problema transcende o hospital. Com percentagens que chegam a 85% no Centro, no caso da RNCCI, ou a 68% em LVT no caso das ERPI, torna-se evidente a insuficiência crónica das estruturas sociais de apoio. Este défice, reiterado pela APAH (2024), confirma que os internamentos sociais são, acima de tudo, sintomas de uma fragilidade sistémica na proteção social, como também enfatizam Pereira & Almeida (2024) e Carvalho (2023).

3.5. Internamentos Inapropriados distribuição por serviços

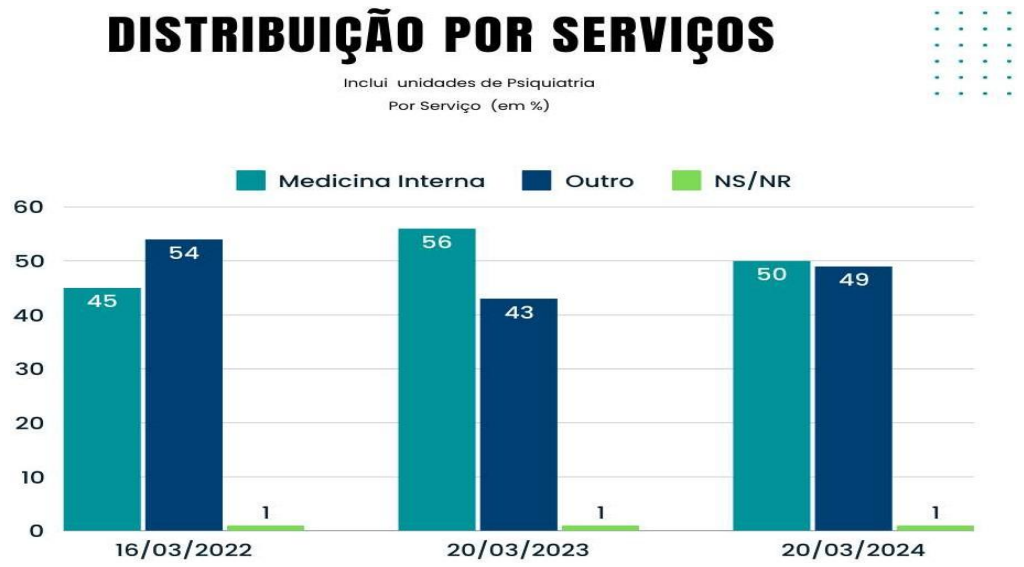
Os Internamentos Inapropriados no serviço de Medicina Interna apresentam uma tendência de crescimento ao longo do período analisado (em 16 de março de 2022, representava 45% dos internamentos inapropriados, aumentando para 56% em 2023 e estabilizando em 50% em 2024).

A percentagem de internamentos classificados como "Outros" segue a trajetória oposta à de Medicina Interna (em 2022, era a maior categoria com 54%, mas caiu para 43% em 2023 e para 49% em 2024).

Entre 2022 e 2024, observa-se um equilíbrio gradual entre as categorias Medicina Interna e Outros serviços. Em 2022, a categoria Outros era mais representativa, mas em 2023 e 2024, a Medicina Interna tornou-se o serviço principal. Os utentes internados nos serviços de Medicina Interna são, na sua maioria, idosos e muito idosos, e apresentam

alta complexidade, com múltiplas doenças, uso de vários medicamentos e diversos níveis de fragilidade (Lopes *et al*., 2023).

Figura n.º 7. Taxa de internamentos inapropriados distribuição por serviços, incluindo unidades de psiquiatria (em %)



Fonte: Elaboração própria com base na 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte da Building a better working world (EY).

A análise por serviço revela que a Medicina Interna concentra cerca de 50% dos casos, o que é coerente com os estudos de Lopes et al. (2023), que identificam uma prevalência de doentes idosos e com comorbilidades nesta especialidade, mais suscetíveis a internamentos prolongados por ausência de retaguarda. A atuação do Serviço Social nestes contextos torna-se, por isso, decisiva na articulação com a rede externa (Seibert et al., 2019).

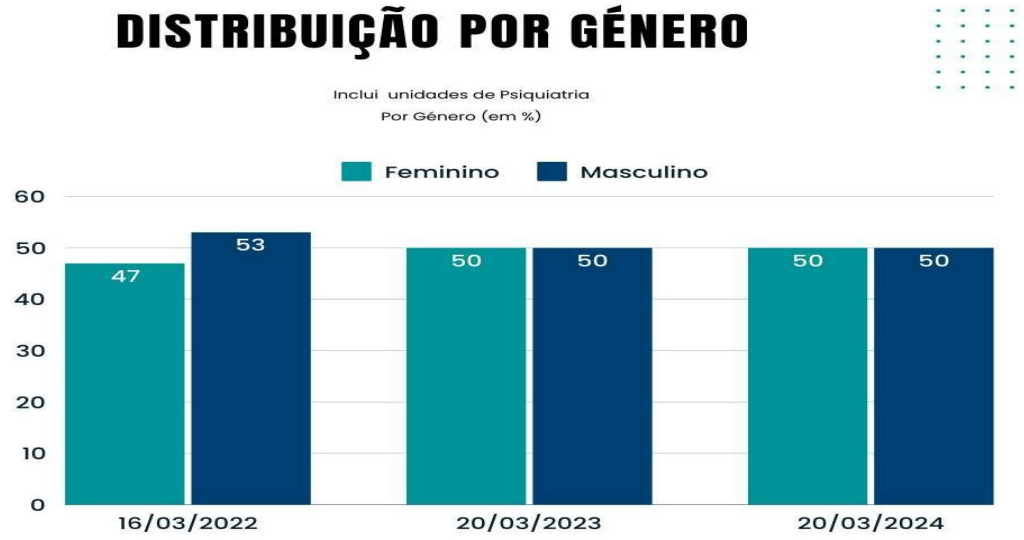
3.6. Internamentos Inapropriados distribuição por género

Em 2022, observa-se uma leve predominância de internamentos de indivíduos do género masculino, representando 53% do total, em comparação com 47% do género feminino.

Essa diferença inicial pode refletir desigualdades no acesso ou na gestão de cuidados de saúde entre os géneros, alinhando-se a estudos como o de Courtenay (2000), que refere que os homens tendem a procurar assistência médica apenas em estados mais avançados de condições de saúde, o que pode influenciar a taxa de internamentos.

Nos anos de 2023 e 2024, houve uma distribuição igual de internamentos entre homens e mulheres, com 50% para cada grupo. Este equilíbrio sugere uma uniformidade na distribuição dos cuidados hospitalares. Intervenções da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) focadas na equidade de género podem ter contribuído para esta igualdade, ao reduzir barreiras de estereótipos de género e promover um acesso mais justo aos serviços.

Figura n.º 8. Taxa de internamentos inapropriados distribuição por género, incluindo unidades de psiquiatria (em %)



Fonte: Elaboração própria com base na 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte da Building a better working world (EY).

A estabilidade observada nos dois últimos anos também pode sugerir uma consolidação de políticas mais inclusivas ou mudanças na perceção da saúde por parte da população, especialmente no que diz respeito a cuidados preventivos. Como apontado por Bustreo & Hunt (2013), a igualdade de género em saúde é um elemento fundamental para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

3.7. Internamentos Inapropriados distribuição por idade

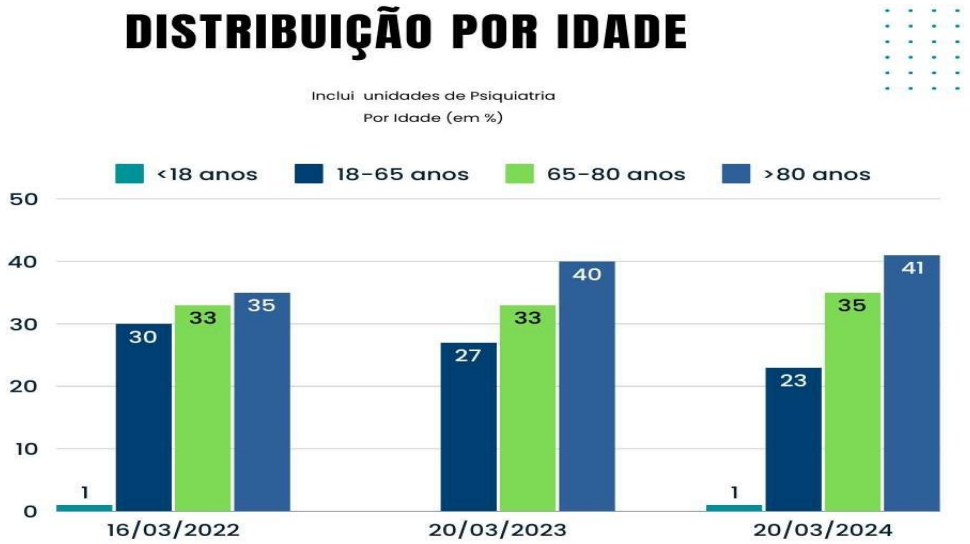
Em 2022, os utentes entre 65 e 80 anos foram a faixa etária predominante, representando 33% do total, seguidos por aqueles com mais de 80 anos, que compunham 35%. O grupo entre 18 e 65 anos constituiu 30% dos internamentos, enquanto os menores de 18 anos eram praticamente inexistentes, com apenas 1%.

Já em 2023, observa-se um crescimento significativo na proporção de utentes acima

de 80 anos, que alcançaram 40%, mantendo-se como o grupo maioritário. A faixa entre 65 e 80 anos permaneceu estável, ainda a representar 33% dos internamentos. Já os adultos entre 18 e 65 anos registraram um decréscimo, passando de 30% para 27%. Os menores de 18 anos mantiveram sua posição inicial, com 1%.

Em 2024, os dados indicam uma continuidade da tendência de envelhecimento do perfil dos utentes. Os utentes com mais de 80 anos aumentaram novamente, atingindo 41%, consolidando a sua posição como a faixa etária dominante. O número de utentes entre 65 e 80 anos subiu para 35%, evidenciando a importância desse grupo etário no contexto de internamentos. Já os adultos entre 18 e 65 anos diminuíram para 23%, enquanto os menores de 18 anos permaneceram com apenas 1%.

Figura n.º 9. Taxa de internamentos inapropriados distribuição por idade e por região, incluindo unidades de psiquiatria (em %)



Fonte: Elaboração própria com base na 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais. Iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte da Building a better working world (EY).

A análise revela uma clara concentração de internamentos entre as faixas etárias mais avançadas, o que está em linha com a literatura sobre o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas nesta população. Bustreo & Hunt (2013) destacam que os sistemas de saúde enfrentam desafios crescentes para fazer face às necessidades específicas dos grupos idosos, exigindo uma maior atenção à saúde geriátrica e aos cuidados de longo prazo.

A distribuição por género e idade reforça ainda mais o enquadramento teórico. A maior representatividade de pessoas com mais de 80 anos (41% em 2024) confirma a

relação entre o envelhecimento e os IS. Esta tendência está em linha com as previsões da OMS (2018) e com as reflexões de Bustreo & Hunt (2013) sobre os desafios éticos e estruturais dos sistemas de saúde perante o envelhecimento da população. A questão do género, por sua vez, embora com distribuição equitativa em 2023 e 2024, deve ser acompanhada com atenção, dado que as construções sociais da masculinidade podem influenciar padrões de procura de cuidados (Courtenay, 2000).

Reflexão Conclusiva

A investigação evidencia que o protelamento da alta hospitalar por razões sociais constitui um obstáculo à dignidade dos utentes e à eficiência organizacional do SNS, refletindo a falência de uma articulação intersectorial capaz de garantir transições seguras e integradas. Os dados apontam para uma realidade marcada por desigualdades regionais, fragilidades na cobertura das respostas da RNCCI e das ERPI, e desafios operacionais significativos, sobretudo em Medicina Interna, onde se concentra a maioria dos casos.

A ausência de uma rede de suporte social eficiente e bem estruturada pode contribuir para a permanência prolongada de utentes em unidades de saúde, mesmo quando o critério clínico não mais o justifica.

O atraso na alta hospitalar, muitas vezes, não é apenas uma falha do sistema de saúde, mas um sintoma de lacunas nos serviços sociais que não conseguem acompanhar as necessidades das populações vulneráveis. Esse cenário repete-se, em menor escala, nos casos dos internamentos que aguardam a colocação em ERPI, embora seja evidente que essa categoria apresenta menos sobrecarga percentual e variações mais regionais.

Outro ponto crítico é a permanência prolongada de utentes que poderiam ser transferidos para redes de cuidados sociais ou continuados o que limita a capacidade de admissão de novos utentes, no internamento. Este problema é especialmente visível nos dados de dias de internamento inapropriados, nos quais a região Norte apresenta números significativamente altos em relação às demais, o que pode estar relacionado a dificuldades no planeamento ou na integração com os serviços pós-hospitalares.

A crítica mais abrangente a esta situação envolve a necessidade de maior integração e coordenação entre os sistemas de saúde e os serviços sociais, considerando que a articulação eficiente é essencial para reduzir os atrasos nas altas hospitalares e garantir que os utentes recebam os cuidados adequados, em ambientes apropriados. A ausência de

tais integrações não apenas perpetua os internamentos inapropriados como também coloca em risco a eficiência global do sistema de saúde.

Não obstante os contributos deste estudo, importa reconhecer algumas limitações que condicionam o seu alcance. A natureza retrospetiva da análise e a sua base exclusivamente documental limitam a compreensão dos fatores subjetivos implicados nos processos de decisão sobre a não alta hospitalar. Além disso, a investigação foi centrada em apenas duas unidades hospitalares da zona Norte, o que restringe a generalização dos resultados ao universo do SNS. A ausência de perspetivas qualitativas, nomeadamente das equipas técnicas e dos próprios utentes, constitui também um aspeto a aprofundar.

Neste sentido, futuras investigações poderão beneficiar de metodologias mistas, que combinem análise quantitativa com entrevistas exploratórias junto de profissionais de saúde e cuidadores informais, aprofundando a compreensão dos dilemas éticos, jurídicos e operacionais associados aos internamentos sociais. Estudando, por exemplo, modelos regionais diferenciados de articulação, ou os impactos financeiros e humanos das permanências prolongadas, será possível contribuir para soluções mais robustas, sustentáveis e equitativas.

Apesar dos avanços no reconhecimento institucional do problema — como ilustra o Barómetro dos Internamentos Sociais —, a resposta sistémica continua fragmentada. A literatura reforça que a permanência indevida em contexto hospitalar, além de dispendiosa, é geradora de sofrimento e vulnerabilização, exigindo soluções centradas na pessoa, na comunidade e na integração efetiva de políticas públicas (Carvalho, 2023; Glasby et al., 2006; Mendes, 2012).

Porque nenhum hospital pode substituir uma casa, e nenhuma alta deve ser adiada por ausência de dignidade social.

Referências Bibliográficas

Ali, M., & Salehnejad, M. (2020). The implications of delayed discharges for hospital costs. *Health Economics Review, 10(1),* 1–14. https://doi.org/10.1186/s13561-020-00274-3

Bamford, S. M. (2005). *Extra care housing: Balancing housing and care needs for older people.* Housing LIN. https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Reports/HC-Extra_Care_Housing.pdf

Bonnie, R. J., & Wallace, R. B. (Eds.). (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect,*

and exploitation in an aging America. National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10406

Braccialli, L. M. P., Bagagi, P. S., & Sankako, A. N. (2023). Hospitalization of older adults and social vulnerability: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 76,* e20220276. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0276

Bryan, K. (2010). Policies for reducing delayed discharge from hospital. *British Medical Bulletin, 95(1),* 33–46. https://doi.org/10.1093/bmb/ldq020

Bustreo, F., & Hunt, P. (2013). *Women's and children's health: Evidence of impact of human rights.* World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/84203

Carvalho, L. (2023). *O internamento social enquanto fenómeno de exclusão institucional: contributos para a integração de cuidados.* Lisboa.

Crispim, R. (2021). Alta hospitalar protelada por motivos sociais: implicações éticas e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 39(2),* 45–52. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2021.01.005

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine, 50(10*), 1385–1401. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1

Duque, M. (2017). Internamento social: retrato de uma exclusão acumulada. Revista Interações, 13(42), 149–163. https://doi.org/10.25755/int.13791

Glasby, J., Littlechild, R., & Pryce, K. (2006). *Hospital discharge: Integrating health and social car*e. Radcliffe Publishing.

Lopes, M. et al. (2023). Perfil dos doentes em internamento social: implicações para a prática clínica e para o Serviço Social. *Revista de Medicina Interna, 30(1),* 21–27.

Machado, C. (2014). *A condição do internamento por razões sociais: entre o desamparo e a invisibilidade* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da UL. https://repositorio.ul.pt/handle/10451/12345

Martins, M., Almeida, A., & Costa, P. (2023). Alta clínica e internamento social: quando a saúde espera pela ação social. *Revista de Administração em Saúde, 23(90),* 10–21. https://doi.org/10.23973/ras.90.2023.241

Mendes, R. (2012). *O modelo de atenção às condições crónicas: desafios para a inovação na gestão do cuidado.* Organização Pan-Americana da Saúde. https://iris.paho.org/handle/10665.2/37029

Modas, A., & Nunes, M. (2019). Internamentos prolongados: impactos na autonomia funcional do idoso. *Revista Saúde e Sociedade, 28(3),* 284–292. https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180829

Organização Mundial da Saúde & Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Health at a glance: Europe 2020 – State of health in the EU cycle.* OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/82129230-en

Pereira, M. J., & Almeida, J. T. (2024). Hospitalização prolongada por razões sociais: Um problema clínico-social. *Revista de Serviço Social e Sociedade, 145*, 101–119.

Seibert, K., Lueckmann, S. L., & Schneider, N. (2019). Discharge management as a

protective measure: Qualitative analysis of social work practices in German hospitals. *Health & Social Care in the Community*, *27(4)*, 1015–1023. https://doi.org/10.1111/hsc.12715

Swidler, A., Godwin, D., & Lang, R. (2007). Elder abuse and neglect: Legal strategies for prevention and intervention. *The Journal of Elder Law and Policy, 3*, 33–58.

Victor, C., Scambler, S., & Bond, J. (2000). T*he social world of older people: Understanding loneliness and social isolation in later life.* Open University Press.