

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE *FOLLOW-UP* NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE CASCAIS PARA DOENTES CRITICOS

Artur Manuel Rosa Martins

Mestrado em Gestão Aplicada à Saúde

Orientadoras:

Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora Associada,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Mestre Enfermeira Isabel Maria Amaral Pereira Lopes, Professora Convidada do
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Outubro, 2025

iscte

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE *FOLLOW-UP* NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE CASCAIS PARA DOENTES CRITICOS

Artur Manuel Rosa Martins

Mestrado em Gestão Aplicada à Saúde

Orientadoras

Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora associada,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Mestre Isabel Maria Amaral Pereira Lopes, Professora Convidada do Instituto
Superior de Ciências Sociais e Políticas

Outubro, 2025

*"O maior perigo em tempos de turbulência não é a turbulência,
mas agir com a lógica de ontem."*

Peter Drucker

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o contributo e apoio de várias pessoas e instituições, a quem expresso a minha sincera gratidão.

Às minhas orientadoras, Professora Generosa do Nascimento e Enfermeira Isabel Pereira Lopes, pela orientação rigorosa, exigente e sempre construtiva, que foi essencial para a definição do rumo científico e metodológico desta investigação.

Ao Hospital de Cascais, pela disponibilidade e abertura à concretização deste estudo, e em particular à equipa do Serviço de Urgência, pela colaboração nas entrevistas, no preenchimento dos questionários e na partilha de experiências que tanto enriqueceram este trabalho.

Aos colegas e professores do Mestrado em Gestão Aplicada à Saúde, pelas discussões e aprendizagens partilhadas, que ampliaram a minha visão sobre os desafios e as soluções possíveis na gestão em saúde.

À minha família, agradeço pela paciência, compreensão e apoio incondicional ao longo deste percurso, que tantas vezes exigiu tempo, energia e dedicação. Aos amigos mais próximos, pelo encorajamento discreto, mas sempre presente, que me recordou a importância de manter o equilíbrio entre a vida académica e pessoal.

Por fim, este trabalho nasce da convicção de que a gestão em saúde é mais do que números, protocolos e sistemas: é um compromisso humano com a continuidade de cuidados. Se a implementação deste projeto vier a beneficiar um só doente crítico após a alta, já terá cumprido o seu verdadeiro propósito.

Resumo

A continuidade de cuidados após a alta hospitalar em doentes críticos constitui um desafio central na gestão dos serviços de urgência. No Hospital de Cascais, a ausência de protocolos estruturados de *follow-up* para doentes críticos revelou fragilidades na segurança clínica, na eficiência organizacional e na experiência do utente. Neste contexto, o presente trabalho teve como objetivo propor um modelo organizacional de acompanhamento pós-alta, fundamentado em evidência científica e adaptado à realidade institucional. A metodologia integrou uma revisão integrativa da literatura segundo os referenciais do *Joanna Briggs Institute*, entrevistas semiestruturadas a decisores clínicos e gestores, e questionários a profissionais de saúde, permitindo a triangulação de resultados. A revisão identificou evidência consistente de que o contacto clínico precoce (até 48h), estruturado por guiões clínicos e registado em sistemas interoperáveis, reduz readmissões e melhora a transição de cuidados. O diagnóstico organizacional confirmou descontinuidade e vulnerabilidade do modelo existente, mas também oportunidades derivadas da maturidade digital e da cultura de qualidade da instituição. O modelo proposto assenta em três eixos: identificação automática de doentes elegíveis, contacto clínico precoce e estruturado, e integração digital para monitorização em tempo real com fluxos de escalonamento definidos. A implementação faseada prevê indicadores clínicos, organizacionais e experienciais que asseguram a avaliação contínua. O modelo é exequível, sustentado em evidência robusta e adaptado à realidade nacional, configurando uma oportunidade estratégica para o Hospital de Cascais e para o SNS, ao alinhar tecnologia e humanização na transição de cuidados.

Palavras-chave: *Follow-up*, Serviço de Urgência, doentes críticos, alta hospitalar, continuidade de cuidados.

Classificação JEL

I10 - Saúde: Geral

O33 - Mudança Tecnológica: Escolhas e Consequências; Processos de Difusão

Abstract

Continuity of care after hospital discharge in critically ill patients represents a central challenge in emergency department management. At Hospital de Cascais, the absence of structured follow-up protocols for critical patients revealed weaknesses in clinical safety, organizational efficiency, and patient experience. In this context, the present study aimed to propose an organizational model for post-discharge follow-up, grounded in scientific evidence and adapted to the institutional reality. The methodology combined an integrative literature review following the Joanna Briggs Institute framework, semi-structured interviews with clinical and managerial decision-makers, and questionnaires addressed to healthcare professionals, allowing triangulation of results. The review identified consistent evidence that early clinical contact (within 48 hours), guided by standardized clinical scripts and recorded in interoperable systems, reduces readmissions and improves care transitions. The organizational diagnosis confirmed discontinuity and vulnerability within the existing model but also highlighted opportunities derived from the institution's digital maturity and strong quality culture. The proposed model is structured around three pillars: automatic identification of eligible patients, early and structured clinical contact, and digital integration for real-time monitoring with defined escalation pathways. The phased implementation includes clinical, organizational, and experiential indicators to ensure continuous evaluation. The model is feasible, supported by robust evidence, and tailored to the national healthcare context, representing a strategic opportunity for Hospital de Cascais and the Portuguese National Health Service by aligning technology and humanization in care transitions.

Keywords: *Follow-up, Emergency department, critically ill patients, Hospital discharge, Continuity of care.*

JEL Classification System:

I10 - Health: General

O33 - Technological Change: Choices and Consequences; Diffusion Processes

Índice

1. Introdução.....	1
2. Revisão da Literatura	3
2.1. Evolução da continuidade de cuidados	3
2.2. A alta hospitalar e a vulnerabilidade das transições assistenciais	4
2.3. Modelos e evidência científica sobre <i>follow-up</i> pós-alta	5
2.4. Impacto organizacional e económico	7
2.5. Transformação digital e inteligência artificial na continuidade de cuidados	8
2.6. Benchmarking internacional e experiências comparadas.....	10
2.7. Contexto nacional e lacunas no sistema português	11
2.8. Fatores críticos de sucesso e síntese final	12
3. Metodologia.....	13
3.1. Tipo de estudo e desenho metodológico	13
3.2. Questão de investigação e critérios de elegibilidade.....	14
3.3. Fontes de informação e estratégia de pesquisa.....	14
3.4. Técnicas de recolha de dados	15
3.5. Processo de seleção e avaliação crítica	16
3.6. Síntese e análise dos dados.....	16
3.7. Considerações Éticas.....	17
4. Diagnóstico Organizacional.....	19
4.1. Caracterização do Hospital de Cascais.....	19
4.2. Caracterização do Serviço de Urgência (SU).....	19
4.3. <i>Follow-up</i> Pós-Alta em Doentes Críticos: Da Experiência Nacional às Tendências Internacionais	22
4.4. Resultados e Interpretação dos Dados.....	24
4.4.1. Resultados das Entrevistas	24
4.4.2. Resultados do Questionário.....	25
4.4.2.1. Caracterização da amostra.....	25
4.4.2.2. Respostas do Questionário	26
4.5. Triangulação dos resultados: fragilidades e oportunidades.....	30
5. Projeto de Intervenção.....	33
5.1. Justificação do Projeto	33

5.2. Objetivo Geral	34
5.3. Objetivos Específicos	34
5.4. Descrição do Modelo Proposto	34
5.5. Implementação	36
5.6. Recursos Necessários	37
5.7. Indicadores de Monitorização e Avaliação	38
5.8. Sustentabilidade e Perspetivas Futuras	43
6. Conclusões.....	45
Referências Bibliográficas	47
ANEXOS	53
ANEXO A.....	55
(Guião das entrevistas)	55
ANEXO B.....	59
(Transcrição e síntese das entrevistas)	59
ANEXO C.....	69
(Questionário Aplicado)	69
ANEXO D.....	73
(Fluxograma PRISMA 2020)	73
ANEXO E.....	77
(Quadro com os estudos incluídos na revisão)	77
ANEXO F	95
(Grelhas de avaliação JBI)	95
ANEXO G	99
(Documento de triangulação Gioia)	99
ANEXO H	103
(Consentimento informado)	103

Índice de Figuras

Figura 1 - Atendimentos no SU (2015–2024).....	20
Figura 2 - Atendimentos por prioridade de triagem (2015–2024).	21

Índice de Quadros

Quadro 4.3.0.1 - Modelos internacionais e nacionais de <i>follow-up</i> pós-alta.	23
Quadro 4.4.2.1 - As instruções de alta fornecidas aos doentes são claras e consistentes. ..	26
Quadro 4.4.2.2 - Existe coordenação eficaz entre profissionais no momento da alta.....	27
Quadro 4.4.2.3 - Os protocolos de alta disponíveis são adequados às necessidades clínicas	27
Quadro 4.4.2.4 - Tenho tempo suficiente para explicar as recomendações de alta aos doentes.	27
Quadro 4.4.2.5 - Existem canais institucionais formais para apoio ao doente após a alta. .	28
Quadro 4.4.2.6 - O sistema de informação facilita a transmissão de dados relevantes na alta.	28
Quadro 4.4.2.7 - O seguimento pós-alta contribui para reduzir o risco de readmissão precoce.	28
Quadro 4.4.2.8 - Existe articulação adequada entre o Serviço de Urgência e os cuidados de saúde primários.	29
Quadro 4.4.2.9 - Sinto que tenho apoio da instituição para realizar o <i>follow-up</i> pós-alta do Serviço de Urgência.	29
Quadro 4.4.2.10 - O modelo de <i>follow-up</i> é relevante para a segurança do doente crítico.	29
Quadro 5.4.1 - Fases de implementação do modelo de <i>follow-up</i> pós-alta.....	36
Quadro 5.7.1 - Indicadores de monitorização - Perspetiva dos Processos Internos.....	39
Quadro 5.7.2 - Indicadores de monitorização - Perspetiva dos Resultados Clínicos.....	40
Quadro 5.7.3 - Indicadores de monitorização - Perspetiva do Utente.....	40
Quadro 5.7.4 - Indicadores de monitorização - Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento.	40
Quadro 5.7.5 - Indicadores de monitorização - Perspetiva Financeira / Eficiência Organizacional.	41
Quadro 5.7.6 - Indicadores de monitorização - Perspetiva de Qualidade e Segurança / Governança.....	41

Acrónimos

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*
AISBL – *Association Internationale Sans But Lucratif*
APA – *American Psychological Association*
BSC – *Balanced Scorecard*
BMJ – *British Medical Journal*
CAGR – *Compound Annual Growth Rate*
CERQual – *Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research*
CTM-15 – *Care Transitions Measure* (versão de 15 itens)
DGS – *Direção-Geral da Saúde*
DeCS – *Descritores em Ciências da Saúde*
EMR – *Electronic Medical Record*
EMRAM – *Electronic Medical Record Adoption Model*
GHG – *Global Health Governance*
HCAHPS – *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*
HFF – *Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*
HIMSS – *Healthcare Information and Management Systems Society*
ICU – *Intensive Care Unit*
INR – *Instituto Nacional Ricardo Jorge* (mencionado em referência contextual)
ISCTE-IUL – *Instituto Universitário de Lisboa*
ISO – *International Organization for Standardization*
JAMA – *Journal of the American Medical Association*
JBI – *Joanna Briggs Institute*
JCI – *Joint Commission International*
MC – *Erasmus MC (Erasmus University Medical Center, Países Baixos)*
MeSH – *Medical Subject Headings*
NCBI – *National Center for Biotechnology Information*
NG – *NICE Guideline*
NHS – *National Health Service*
NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*
OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*
OMS / WHO – *Organização Mundial da Saúde / World Health Organization*
PACS – *Picture Archiving and Communication System*
PDCA / PDSA – *Plan–Do–Check–Act / Plan–Do–Study–Act* (ciclos de melhoria contínua)
PEO – *População, Exposição, Outcome*
PICO – *População, Intervenção, Comparação, Outcome*
PPP – *Parceria Público-Privada*
PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
PTM – *Protocolo de Triagem de Manchester*
RDaSH – *Rotherham Doncaster and South Humber*
ROI – *Return on Investment*
SNS – *Serviço Nacional de Saúde*
SU – *Serviço de Urgência*

ULS – Unidade Local de Saúde

UniView – *Universal Viewer* (plataforma de visualização de imagem médica)

1. Introdução

A evolução dos sistemas de saúde tem colocado crescente ênfase na qualidade e na continuidade dos cuidados prestados ao utente. No contexto hospitalar, a transição entre o episódio agudo e o regresso ao domicílio constitui um dos momentos de maior vulnerabilidade clínica e organizacional. Este desafio é particularmente relevante nos serviços de urgência, onde a elevada pressão assistencial, a rotatividade de profissionais e a heterogeneidade dos casos clínicos tornam difícil assegurar acompanhamento estruturado após a alta.

No Hospital de Cascais, integrado no Grupo Ribera Salud, a preocupação com a continuidade assistencial tem ganho destaque progressivo no âmbito da melhoria contínua da qualidade e da eficiência organizacional. A experiência acumulada em projetos de inovação, acreditação e maturidade digital, reconhecida pelas certificações JCI, ISO 9001 e 14001 e pelo nível 7 da HIMSS EMRAM, cria condições ideais para o desenvolvimento de modelos de acompanhamento pós-alta com base em evidência científica e suporte tecnológico.

A ausência de mecanismos formais de *follow-up* pós-alta do Serviço de Urgência (SU) traduz-se, no entanto, numa lacuna estrutural que afeta a segurança do doente, a continuidade dos cuidados e a eficiência global do sistema. Em particular, os doentes críticos (classificados como prioridade vermelha ou laranja segundo o Protocolo de Manchester) permanecem sem uma estratégia sistematizada de vigilância após a alta, apesar de constituírem o grupo de maior risco de complicações e de readmissão precoce.

Nos últimos anos, a literatura tem reforçado a relevância de abordagens estruturadas de *transitional care* e contacto precoce, demonstrando a sua eficácia na redução de readmissões hospitalares e na melhoria da experiência do doente. Conforme detalhado na Revisão da Literatura (Capítulo 2), o seguimento clínico precoce, realizado nas primeiras 48 a 72 horas após a alta, constitui uma das intervenções mais eficazes para mitigar riscos, garantir adesão terapêutica e reforçar a confiança do utente no sistema de saúde.

Neste contexto, o presente estudo propõe o desenvolvimento de um modelo de *follow-up* pós-alta para doentes críticos do Serviço de Urgência do Hospital de Cascais, alinhado com as recomendações internacionais da OCDE, OMS e Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2021–2026). O modelo assenta em três eixos complementares: a segurança e a continuidade assistencial, asseguradas através de protocolos clínicos de contacto precoce e escalonamento de risco; a eficiência e a governação clínica, suportadas por indicadores integrados num *Balanced Scorecard* hospitalar; e a inovação e a transformação digital, materializadas pelo uso de ferramentas interoperáveis e pela integração futura de algoritmos de

apoio à decisão. A pertinência desta investigação emerge, assim, de uma necessidade concreta e institucionalmente reconhecida: assegurar que a alta hospitalar não representa o fim do processo terapêutico, mas o início de uma fase de acompanhamento e prevenção sustentada. A análise desenvolvida ao longo deste trabalho, procura demonstrar que a continuidade de cuidados é, simultaneamente, um imperativo ético, clínico e de gestão moderna em saúde.

Este projeto aplicado encontra-se organizado em seis capítulos. O primeiro corresponde à Introdução, onde se contextualiza o problema, se justifica a relevância do estudo e se apresentam os objetivos. O segundo capítulo é a Revisão da Literatura, que explora a evidência nacional e internacional sobre o *follow-up* de doentes críticos, bem como a aplicabilidade de modelos de gestão, inovação digital e avaliação integrada, como o *Balanced Scorecard*. O terceiro capítulo apresenta a Metodologia, descrevendo o desenho de investigação de carácter qualitativo, a revisão integrativa da literatura, as técnicas de recolha de dados (entrevistas, questionários e análise documental), os procedimentos de seleção e avaliação crítica, a síntese de dados e as considerações éticas. O quarto capítulo expõe o Diagnóstico Organizacional, caracterizando o Hospital de Cascais e o seu Serviço de Urgência, apresentando o *benchmarking* nacional e internacional, os resultados das entrevistas e questionários e a triangulação das fragilidades e oportunidades. O quinto capítulo desenvolve o Projeto de Intervenção, propondo um modelo organizacional de *follow-up* pós-alta, com descrição, fases de implementação, recursos necessários, indicadores de monitorização e perspetivas de sustentabilidade. Por fim, o sexto capítulo apresenta as Conclusões, destacando os principais contributos, limitações e perspetivas futuras. Deste modo, importa compreender em detalhe a evidência científica e as práticas internacionais de referência, analisadas no capítulo seguinte.

2. Revisão da Literatura

2.1. Evolução da continuidade de cuidados

A continuidade de cuidados constitui um conceito nuclear na gestão moderna em saúde, refletindo a capacidade de um sistema assegurar transições seguras, coordenadas e centradas no utente entre diferentes níveis e contextos assistenciais. Desde o final do século XX, o termo evoluiu da mera noção de “continuidade clínica” para uma perspetiva mais ampla de coordenação interprofissional e integração organizacional (Haggerty *et al.*, 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) reconhece que a continuidade é um determinante essencial da qualidade e da segurança do doente, destacando a necessidade de abordagens centradas no ciclo completo de cuidados, da admissão à reabilitação.

Na literatura, a continuidade é tradicionalmente decomposta em três dimensões complementares: continuidade informacional, que implica a transmissão eficaz e tempestiva de dados clínicos relevantes; continuidade relacional, baseada na confiança e na manutenção de um vínculo entre o doente e os profissionais de saúde; e continuidade de gestão, que assegura coerência entre intervenções, objetivos terapêuticos e decisões clínicas ao longo do tempo (Haggerty *et al.*, 2003; Reid *et al.*, 2010). A ausência de qualquer uma destas dimensões tem sido associada a maior probabilidade de erro terapêutico, duplicação de atos clínicos e readmissões evitáveis (Coleman, Mahoney, & Parry, 2005). O conceito de *transitional care*, amplamente desenvolvido nos Estados Unidos por autores como Mary Naylor e Eric Coleman, traduz precisamente a operacionalização desta continuidade nas transições entre o hospital e o domicílio. Este modelo defende que as altas hospitalares devem ser acompanhadas por um conjunto de intervenções estruturadas, incluindo reconciliação terapêutica, educação do doente e vigilância pós-alta precoce (Naylor *et al.*, 2011). O *Care Transitions Measure* (CTM-15) de Coleman é uma das ferramentas mais utilizadas internacionalmente para avaliar a perceção do doente quanto à qualidade dessas transições, constituindo referência metodológica em investigações sobre *follow-up* pós-alta (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2023).

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2019) define a continuidade de cuidados como um “processo de prestação de cuidados coordenado e integrado, em que o doente recebe a intervenção certa, no momento certo e no local certo”. Esta perspetiva aproxima o conceito da eficiência organizacional, elevando-o de preocupação clínica a indicador de desempenho institucional. Assim, a continuidade passou a ser entendida como um atributo

estratégico de governação clínica, com impacto direto na segurança, satisfação e sustentabilidade económica dos sistemas de saúde (OECD, 2021).

2.2. A alta hospitalar e a vulnerabilidade das transições assistenciais

A alta hospitalar é reconhecida como um dos momentos mais críticos do percurso do doente, representando uma transição particularmente vulnerável entre hospital e domicílio. Este processo exige planeamento estruturado e comunicação eficaz entre equipas e níveis de cuidados. A revisão sistemática de Braet *et al.* (2016) demonstrou que as intervenções de alta estruturadas, combinando educação ao doente, reconciliação terapêutica, validação do plano de alta e contacto de seguimento, reduzem significativamente as readmissões e melhoram a adesão terapêutica. Estes achados confirmam que a continuidade de cuidados deve ser preparada desde o internamento, integrando componentes clínicas, educativas e organizacionais, de modo a garantir uma transição segura e sustentável. Trata-se de uma transição em que a responsabilidade pelos cuidados muda de mãos, do hospital para o utente e, frequentemente, para os cuidados de saúde primários e em que qualquer falha de comunicação pode ter consequências graves. As readmissões precoces, particularmente as que ocorrem nas primeiras 72 horas, são amplamente utilizadas como indicador-sentinelha de falhas na transição (Jencks, Williams, & Coleman, 2009).

A investigação de Kripalani *et al.* (2007) demonstrou que cerca de 41% dos doentes hospitalizados recebem alta com erros ou omissões no plano terapêutico, e que aproximadamente 20% não compreendem integralmente as instruções recebidas. Estes fatores contribuem para o fenómeno das readmissões evitáveis, estimadas em 15 a 25% do total das readmissões hospitalares (Greenwald *et al.*, 2010). O problema não é apenas clínico, mas também económico e institucional: as readmissões aumentam custos, sobrecarregam os serviços de urgência e são frequentemente interpretadas como sinal de falhas sistémicas na coordenação dos cuidados (OECD, 2021).

Evidência mais recente reforça estas conclusões. As revisões sistemáticas de Nguyen *et al.* (2021), Tyler *et al.* (2023) e Boggan *et al.* (2024, 2025) demonstram de forma consistente que o contacto clínico estruturado nas primeiras 48 a 72 horas após a alta reduz significativamente o risco de readmissão e melhora a experiência do doente. Estes estudos sublinham que intervenções simples, como telefonemas de seguimento, consultas de transição ou programas de monitorização digital, têm impacto mensurável na segurança e continuidade dos cuidados.

Complementarmente, o estudo de Liu, Zhang *et al.* (2025), baseado numa coorte retrospectiva com mais de um milhão de episódios, identificou uma taxa de revisitas críticas de 0,12%, definidas como morte, admissão em unidade de cuidados intensivos ou necessidade de intervenção urgente nas 72 horas subsequentes. As revisitas ocorreram predominantemente em doentes com idade avançada, parâmetros vitais alterados e diagnósticos neurológicos ou infecciosos, demonstrando que variáveis clínicas simples podem servir como preditores precoces de risco.

Por sua vez, o estudo qualitativo de McPeake, Naylor, O'Neill e Iles-Smith (2025), centrado na experiência subjetiva de doentes e familiares após doença crítica, revelou sentimentos de insegurança e falta de apoio nas primeiras horas pós-alta, frequentemente associados à ausência de mecanismos formais de acompanhamento. Estes resultados reforçam a importância de modelos integrados de *follow-up* precoce, combinando contacto clínico estruturado, vigilância digital e humanização da transição de cuidados.

Em Portugal, este desafio ganha expressão particular devido à fragmentação dos sistemas de informação e à ausência de mecanismos normativos de comunicação entre hospitais e unidades de cuidados primários (Simões, Augusto & Fronteira, 2017). A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2022) reconhece explicitamente as transições assistenciais como um ponto vulnerável do SNS, salientando a necessidade de estruturas dedicadas à continuidade de cuidados. Contudo, o seguimento pós-alta em doentes críticos, especialmente aqueles que têm alta direta do Serviço de Urgência, permanece incipiente e dependente de esforços isolados. Assim, a literatura aponta para um consenso: as readmissões precoces são, simultaneamente, um problema de qualidade e de gestão. Constituem o reflexo mensurável da falha em transformar a alta hospitalar num processo planeado, integrado e monitorizado.

2.3. Modelos e evidência científica sobre *follow-up* pós-alta

A evidência científica acumulada nas últimas duas décadas demonstra de forma consistente que modelos estruturados de *follow-up* pós-alta melhoram a segurança do doente e reduzem a utilização não programada dos serviços de saúde. Estudos conduzidos em diferentes contextos clínicos (Harrison *et al.*, 2011; Nguyen *et al.*, 2021; Fruhan *et al.*, 2022; Pugh *et al.*, 2021; Lukanski *et al.*, 2023) confirmam que o contacto clínico precoce, idealmente nas primeiras 48 a 72 horas, é o fator isolado mais fortemente associado à redução de readmissões. Estes contactos, quando estruturados por guiões clínicos validados e realizados por profissionais de

saúde treinados, reduzem as readmissões em 15-30%, aumentam a adesão terapêutica e melhoram significativamente a satisfação do doente (Lee *et al.*, 2020).

Neste enquadramento, a utilização de tecnologias móveis no acompanhamento pós-alta tem vindo a demonstrar impacto crescente na adesão dos doentes e na deteção precoce de complicações. O estudo de Bruce *et al.* (2024) avaliou um programa de mensagens de texto automatizadas após a alta hospitalar, concluindo que os níveis de envolvimento dos doentes se correlacionaram positivamente com a satisfação e a perceção de segurança. Estes resultados reforçam o potencial dos canais digitais como complemento ao contacto clínico tradicional, sobretudo em contextos de elevada rotatividade assistencial, e sustentam a integração de soluções tecnológicas nos programas de *follow-up* propostos.

Apesar da evidência robusta quanto à eficácia do contacto clínico precoce e das intervenções digitais, a implementação destes modelos permanece heterogénea. A revisão sistemática de Choi *et al.* (2023) identificou um conjunto de barreiras e facilitadores do acompanhamento pós-alta, salientando desigualdades significativas no acesso entre diferentes grupos populacionais. Fatores como literacia em saúde limitada, vulnerabilidade socioeconómica, diversidade cultural e constrangimentos institucionais condicionam a continuidade efetiva dos cuidados e a adesão às recomendações pós-alta. Estes resultados sublinham que a transição segura não depende apenas da estrutura dos protocolos, mas também da capacidade organizacional e da sensibilidade dos sistemas de saúde em assegurar equidade e inclusão.

De forma convergente, a meta-análise de Bilicki *et al.* (2024) confirmou que as consultas de seguimento programadas nas duas primeiras semanas após a alta reduzem significativamente as readmissões a 30 dias em patologias crónicas como insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral. O estudo demonstrou que a probabilidade de readmissão diminui de forma proporcional à precocidade e estruturação do contacto pós-alta, reforçando a importância de integrar consultas de transição e mecanismos de monitorização sistemática no planeamento da alta hospitalar. Estes resultados consolidam a evidência de que o *follow-up* precoce, quando apoiado em protocolos padronizados e interoperabilidade informacional, constitui um fator determinante de segurança e eficiência assistencial.

O conteúdo e a forma do contacto revelam-se determinantes. As intervenções mais eficazes incluem: revisão sistemática da medicação e reconciliação terapêutica; verificação de sintomas persistentes ou sinais de alarme; reforço da literacia em saúde e da compreensão das instruções de alta; e encaminhamento rápido em caso de deterioração clínica. A técnica *teach-back*,

validada por Yen, Titler e Schneider (2019), é considerada essencial para confirmar a compreensão do doente. A sua aplicação reduz falhas de comunicação e previne eventos adversos, sendo hoje recomendada em múltiplas *guidelines* internacionais de segurança do doente. Contudo, as revisões integrativas identificam também limitações metodológicas na literatura. Persistem heterogeneidades significativas quanto às populações estudadas, aos desfechos analisados (readmissões a 7, 14 ou 30 dias) e às modalidades de contacto (telefónico, presencial ou digital). A ausência de ensaios clínicos randomizados de larga escala no contexto europeu e a escassez de análises económicas detalhadas limitam a generalização dos resultados (Nguyen *et al.*, 2021; Bressman *et al.*, 2024). Ainda assim, a consistência dos efeitos positivos observados em diferentes contextos e metodologias confere robustez à conclusão de que o *follow-up* precoce e estruturado é uma intervenção de elevado valor clínico e organizacional. No caso específico dos doentes críticos, a literatura aponta ganhos adicionais. Estudos realizados em unidades de cuidados intensivos demonstram que programas de contacto pós-alta reduzem complicações tardias, melhoram a qualidade de vida e reforçam a integração com os cuidados primários (Zhang *et al.*, 2024). No entanto, a evidência sobre doentes críticos com alta direta do Serviço de Urgência permanece limitada, representando precisamente a lacuna que este trabalho procura colmatar.

2.4. Impacto organizacional e económico

Para além dos resultados clínicos, a literatura demonstra que os programas de *follow-up* estruturado têm impacto direto na eficiência organizacional e na sustentabilidade financeira das instituições de saúde. Do ponto de vista operacional, estas iniciativas reduzem a pressão sobre os serviços de urgência e os internamentos, melhoram o planeamento de recursos e libertam capacidade assistencial. O estudo de *CipherHealth* (2020), conduzido em sistemas hospitalares norte-americanos, relatou reduções médias de 56% nas readmissões após a implementação de programas de contacto automatizado supervisionado, traduzindo-se em ganhos financeiros significativos. Na ótica da gestão estratégica, o *follow-up* pós-alta enquadra-se nos princípios do *Value-Based Healthcare* (Porter & Lee, 2013), centrando-se na maximização dos resultados em saúde face aos recursos utilizados. Cada readmissão evitada representa não apenas uma poupança económica, mas também uma melhoria mensurável nos indicadores de qualidade e segurança.

A implementação de programas de *follow-up* pós-alta deve ser entendida como um processo dinâmico de melhoria contínua, sujeito a monitorização e ajustamentos sucessivos. A revisão sistemática de Knudsen *et al.* (2019) demonstrou que a aplicação estruturada do ciclo *Plan–Do–Study–Act* (PDSA) em contextos hospitalares conduz a melhorias consistentes na qualidade assistencial e na segurança do doente, permitindo corrigir falhas operacionais e otimizar fluxos de comunicação. Este modelo de aprendizagem organizacional é particularmente relevante em ambientes de elevada complexidade, como os serviços de urgência, onde a variabilidade e a pressão assistencial exigem mecanismos permanentes de adaptação e avaliação. O *Balanced Scorecard* (BSC) surge como ferramenta particularmente útil para monitorizar o desempenho global dos programas de continuidade de cuidados. Originalmente desenvolvido por Kaplan e Norton (1992), o BSC permite alinhar indicadores financeiros, de processos internos, de aprendizagem e de satisfação do utente. A sua aplicação à gestão hospitalar evoluiu para incluir uma quinta perspetiva – Qualidade e Segurança (Abu Jaber & Nashwan, 2022), tornando-o especialmente relevante em contextos em que se avaliam resultados clínicos e experiência do doente. Assim, programas de *follow-up* pós-alta podem e devem ser integrados nas métricas de governação clínica das instituições, funcionando como instrumentos de melhoria contínua e de *accountability*. No mesmo sentido, a revisão sistemática de Hill *et al.* (2020) salienta que os programas de melhoria contínua da qualidade não se limitam à obtenção de resultados clínicos, mas promovem o desenvolvimento profissional e o fortalecimento da cultura organizacional. A consolidação de práticas de avaliação e de reflexão sistemática contribui para ambientes de maior segurança psicológica, favorecendo a participação ativa das equipas e a partilha de responsabilidade pelos resultados assistenciais. Esta perspetiva reforça que a qualidade em saúde é simultaneamente um resultado e um processo coletivo, sustentado por liderança ética, aprendizagem permanente e envolvimento interdisciplinar. Em hospitais com elevado grau de maturidade digital, como o Hospital de Cascais, a integração destes indicadores em *dashboards* de monitorização em tempo real amplifica a capacidade de decisão baseada em dados e permite agir precocemente perante desvios. Em síntese, a literatura demonstra que o *follow-up* estruturado não é apenas uma boa prática clínica, mas um investimento estratégico, com retorno mensurável em segurança, eficiência e sustentabilidade organizacional.

2.5. Transformação digital e inteligência artificial na continuidade de cuidados

A transformação digital tem assumido um papel central na reconfiguração dos modelos de continuidade de cuidados, impulsionando uma transição do paradigma reativo para uma abordagem proativa e preditiva. A literatura recente evidencia que a integração de sistemas

digitais e algoritmos de apoio à decisão pode otimizar processos de vigilância pós-alta, melhorar a interoperabilidade entre níveis de cuidados e aumentar a segurança clínica (HIMSS, 2021; Topol, 2019). O *Electronic Medical Record Adoption Model* (EMRAM), desenvolvido pela *Healthcare Information and Management Systems Society* (HIMSS), é o referencial internacional mais amplamente utilizado para avaliar o grau de maturidade digital dos hospitais. Atingir o nível 7, como ocorreu no Hospital de Cascais, representa o patamar máximo de integração tecnológica: utilização plena de registo clínico eletrónico, interoperabilidade entre sistemas, acesso remoto em tempo real e utilização de ferramentas analíticas de apoio à decisão clínica (HIMSS, 2021). Estudos conduzidos em hospitais com níveis avançados de maturidade digital demonstram ganhos substanciais em termos de eficiência e segurança. A digitalização permite, por exemplo, reduzir erros de medicação, acelerar tempos de resposta e garantir uma comunicação integrada entre profissionais e serviços (Adler-Milstein & Jha, 2017). Na perspetiva do *follow-up*, esta maturidade possibilita a identificação automática de doentes elegíveis para acompanhamento, o registo sistemático de contactos clínicos e a análise preditiva de risco de readmissão. Ferramentas de inteligência artificial, como as plataformas *Infermedica* ou os algoritmos de triagem do NHS Digital, exemplificam esta evolução. Utilizam técnicas de “*machine learning*” para identificar padrões de risco e emitir alertas precoces, permitindo intervir antes que ocorra a deterioração clínica (NHS Digital, 2023). Contudo, a literatura é unânime em reconhecer que a tecnologia deve ser encarada como instrumento complementar, e não como substituto da intervenção humana. Greenhalgh *et al.* (2022) demonstraram que a perceção de segurança do doente depende fortemente da empatia e da presença de contacto humano, mesmo em ambientes tecnologicamente sofisticados. No contexto português, a digitalização hospitalar tem avançado de forma desigual, com poucas unidades a atingirem níveis elevados de interoperabilidade (OECD, 2023). O caso do Hospital de Cascais, integrado no Grupo Ribera Salud, constitui exceção e oportunidade estratégica: o capital tecnológico já instalado (EMR, PACS, UniView e *dashboards* clínicos) cria condições ideais para o desenvolvimento de um modelo digital de *follow-up*, integrando dados em tempo real, algoritmos preditivos e mecanismos de escalonamento automatizado. A conjugação de tecnologia e acompanhamento humano reflete uma tendência internacional para modelos híbridos de cuidado, que combinam automação, personalização e proximidade. Esta é a via defendida pela OCDE e pela OMS nas suas recomendações para sistemas de saúde digitalmente maduros: tecnologias ao serviço da humanização, e não o contrário.

2.6. Benchmarking internacional e experiências comparadas

A análise comparativa de modelos internacionais de *follow-up* pós-alta permite identificar tendências, boas práticas e lições aplicáveis ao contexto português. O Reino Unido é o sistema mais avançado na institucionalização de políticas normativas para o contacto precoce pós-alta. Desde 2018, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomenda que todos os doentes de alto risco sejam contactados por profissionais de saúde nas primeiras 72 horas após a alta, como parte de uma estratégia nacional de continuidade de cuidados (NICE, 2018). O modelo operacional do *Rotherham Doncaster and South Humber NHS Foundation Trust* (RDaSH) é paradigmático: prevê triagem de risco, contacto telefónico estruturado, registo digital padronizado e fluxos de escalonamento formalmente definidos. Nos Países Baixos, o Erasmus MC (*Erasmus University Medical Center*) implementou um programa de acompanhamento multidisciplinar para doentes críticos, com contacto precoce e avaliação de resultados funcionais, psicológicos e sociais até 12 meses após a alta (Erasmus MC, 2021). O sucesso deste modelo assentou na articulação estreita entre hospital e cuidados primários, apoiada por plataformas interoperáveis.

Nos Estados Unidos, os programas de *follow-up* assumem uma escala e diversidade superiores. Instituições como a Kaiser Permanente e a Mayo Clinic aplicam programas integrados de contacto automatizado (chamadas ou mensagens) complementados por avaliação humana. Estudos de Nguyen *et al.* (2021) e Fruhan *et al.* (2022) relatam reduções consistentes nas taxas de readmissão hospitalar, reforçando que a componente humana é determinante para consolidar os ganhos proporcionados pela automação. A CipherHealth (2020), empresa que presta soluções de contacto automatizado para grandes sistemas hospitalares, reportou uma redução média de 56% nas readmissões através de programas híbridos supervisionados clinicamente. Apesar da origem corporativa dos dados, a consistência com a evidência académica reforça a relevância desta abordagem. No conjunto, os modelos internacionais partilham quatro elementos estruturais: Contactos precoces e padronizados nas primeiras 48-72 horas; Protocolos clínicos normativos e guiões de contacto validados; Integração digital entre hospital e comunidade; Monitorização contínua de indicadores de desempenho. Estes princípios encontram eco nas recomendações da OECD (2023) e da OMS (2021), que salientam a importância de alinhar a continuidade de cuidados com a maturidade digital e com os modelos de governação baseados em valor (*value-based governance*). Comparativamente, o contexto português apresenta um atraso estrutural: ausência de políticas nacionais formais, dispersão de iniciativas locais e reduzida integração entre níveis de cuidados. Esta disparidade reforça o valor

estratégico de projetos-piloto, como o do Hospital de Cascais, que podem funcionar como casos de demonstração e de replicação em rede.

2.7. Contexto nacional e lacunas no sistema português

Em Portugal, o tema do *follow-up* pós-alta encontra-se ainda numa fase inicial de desenvolvimento, embora a sua relevância esteja claramente reconhecida em documentos orientadores. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2021–2026) e o Plano Nacional de Saúde (2021–2030) destacam explicitamente a necessidade de reforçar a continuidade assistencial e a integração entre níveis de cuidados. Contudo, a implementação efetiva destas orientações permanece fragmentada. As experiências nacionais mais relevantes situam-se em torno dos hospitais de Vila Franca de Xira e Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF). No primeiro, foi criada uma consulta de *follow-up* do doente crítico, com avaliação multidimensional e articulação com os cuidados primários. No segundo, a “Clínica do Doente Crítico”, inaugurada em 2022, combina consultas presenciais com contactos telefónicos seriados, registando melhorias na qualidade de vida e na readmissão. No entanto, ambos os modelos se centram em doentes provenientes de internamento, não contemplando as altas diretas do Serviço de Urgência (SU), onde a vulnerabilidade é particularmente elevada. O Hospital de Cascais surge neste cenário como um caso singular. A experiência-piloto de consultas pós-urgência implementada em 2019 constituiu um marco pioneiro, demonstrando viabilidade e utilidade clínica. Todavia, a sua descontinuidade durante a pandemia e a ausência de monitorização estruturada revelaram fragilidades típicas do sistema: dependência de iniciativas isoladas e falta de integração sistémica (Simões, Augusto & Fronteira, 2017”). A maturidade institucional do Hospital de Cascais, acreditação JCI, certificações ISO 9001 e 14001, prémios Kaizen Lean e GS1 Healthcare Award, e o estatuto HIMSS EMRAM nível 7, cria um ecossistema propício à implementação de um modelo de *follow-up* automatizado e sustentado digitalmente. A cultura de qualidade e de inovação instalada constitui um diferencial competitivo e um ponto de partida sólido para o desenvolvimento de soluções replicáveis no SNS. Assim, o enquadramento nacional confirma uma lacuna estrutural, mas também uma oportunidade estratégica: a ausência de modelos formais de acompanhamento pós-alta em doentes críticos abre espaço para a construção de um sistema pioneiro, que alie governação clínica, eficiência organizacional e inovação tecnológica.

2.8. Fatores críticos de sucesso e síntese final

A revisão da literatura, complementada pelo *benchmarking* internacional e pela análise da realidade nacional, permite identificar um conjunto de fatores críticos de sucesso para a implementação eficaz de programas de *follow-up* pós-alta: Contactos precoces e estruturados nas primeiras 48 horas, baseados em guiões clínicos validados e protocolos normativos (Harrison *et al.*, 2011; NICE, 2018). Integração digital e interoperabilidade entre sistemas hospitalares e de cuidados primários, sustentada por registos eletrónicos e *dashboards* de monitorização (HIMSS, 2021). Equipa multiprofissional, com definição clara de papéis e fluxos de escalonamento, assegurando continuidade entre níveis de cuidados (Naylor *et al.*, 2011). Monitorização por indicadores *Balanced Scorecard*, integrando resultados clínicos, de processo, de experiência e económicos (Abu Jaber & Nashwan, 2022). Cultura institucional de qualidade e melhoria contínua, baseada em metodologias PDCA e PDSA, que garante sustentabilidade operacional (Chen *et al.*, 2020; Taylor *et al.*, 2014). Equilíbrio entre tecnologia e humanização, preservando a dimensão relacional do cuidado e a empatia profissional (Greenhalgh *et al.*, 2022). Entre os principais desafios persistem a escassez de recursos humanos, a resistência à mudança, a ausência de incentivos financeiros associados a métricas de qualidade e a insuficiente interoperabilidade dos sistemas de informação. A literatura alerta ainda para a necessidade de incorporar avaliações económicas de custo-efetividade, sobretudo no contexto europeu, de modo a sustentar decisões de investimento (OECD, 2023).

Em síntese, o estado da arte evidencia que o *follow-up* estruturado pós-alta é uma intervenção de elevado valor, com benefícios clínicos, organizacionais e económicos comprovados. A evidência internacional legitima a pertinência de desenvolver modelos híbridos, que combinem rigor clínico, suporte digital e governação baseada em indicadores. Para o contexto português, e em particular para o Hospital de Cascais, a implementação de um sistema automatizado de *follow-up* representa não apenas uma resposta operacional a uma fragilidade identificada, mas também uma oportunidade estratégica de liderança em inovação organizacional e digital no setor da saúde. A conjugação entre segurança, eficiência e humanização constitui a base sobre a qual deve assentar o futuro da continuidade de cuidados. A análise crítica desta revisão fornece, assim, a fundamentação científica e estratégica que sustenta a metodologia e o projeto de intervenção apresentados nos capítulos seguintes, estabelecendo a ponte entre a evidência e a ação prática no terreno.

3. Metodologia

3.1. Tipo de estudo e desenho metodológico

O presente trabalho desenvolve-se a partir de um estudo de caso de caráter qualitativo, sustentado em princípios de investigação-ação. Esta metodologia é particularmente adequada em contextos de saúde, pois permite articular o desenvolvimento de conhecimento com a melhoria real das práticas. A revisão sistemática de Waterman *et al.* (2001), uma das referências fundacionais nesta área, demonstra que a sua aplicação em ambientes clínicos potencia a aprendizagem organizacional, a participação dos profissionais e a transformação sustentada dos processos assistenciais. Esta abordagem combina reflexão crítica e intervenção prática, favorecendo a construção coletiva de soluções e a integração entre investigação e gestão operacional. A adoção desta abordagem metodológica decorre da necessidade de compreender em profundidade a realidade concreta do Serviço de Urgência do Hospital de Cascais e de produzir conhecimento que seja simultaneamente científico e organizacional. A investigação-ação, enquanto metodologia participativa, permite envolver diretamente profissionais e decisores no processo de diagnóstico e na construção da solução, potenciando a relevância prática e a probabilidade de implementação efetiva. Em paralelo, foi conduzida uma revisão integrativa da literatura, alinhada com os princípios do Joanna Briggs Institute (JBI), com o objetivo de sistematizar a evidência disponível sobre modelos de *follow-up* pós-alta em doentes críticos. A combinação destas duas abordagens, estudo de caso qualitativo e revisão integrativa, assegura o equilíbrio entre a compreensão aprofundada do contexto local e o alinhamento com as melhores práticas internacionais, garantindo robustez académica e pertinência aplicada. Em reforço, a revisão sistemática de Montgomery, Doulougeri e Panagopoulou (2015) analisou a implementação de projetos de investigação-ação em contexto hospitalar, concluindo que o seu sucesso depende de liderança colaborativa, comunicação interprofissional eficaz e mecanismos formais de *feedback* contínuo. Estes elementos permitem alinhar objetivos institucionais e necessidades clínicas, promovendo a aprendizagem coletiva e a integração entre equipas assistenciais e de gestão. Tal perspetiva é coerente com a filosofia subjacente a este projeto, que valoriza o envolvimento dos profissionais do Serviço de Urgência na conceção, execução e avaliação do modelo de *follow-up* pós-alta. De forma convergente, a revisão sistemática de Moreno-Poyato *et al.* (2022) evidenciou que a investigação-ação em enfermagem promove o desenvolvimento profissional, o empoderamento das equipas e a melhoria das práticas clínicas através da reflexão coletiva. Os autores demonstram que a participação ativa dos profissionais

nos ciclos de planeamento, implementação e avaliação favorece a coesão organizacional e a apropriação dos resultados, transformando o contexto assistencial num espaço de aprendizagem contínua. Esta perspetiva reforça o papel central dos enfermeiros enquanto agentes de mudança e legitima a sua participação ativa no desenho e implementação de modelos de *follow-up* que visam fortalecer a continuidade de cuidados e a segurança do doente.

3.2. Questão de investigação e critérios de elegibilidade

A questão de investigação foi construída segundo molduras PEO e PICO, focalizando adultos com alta hospitalar subsequente a episódios classificados com prioridade laranja ou vermelha de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester. O objetivo central consistiu em identificar quais os modelos ou estratégias de seguimento, considerando quem contacta, por que canal e em que momento se associam a melhores resultados clínicos e organizacionais, como readmissão hospitalar em trinta e noventa dias, segurança, mortalidade, qualidade de vida, satisfação do utente e utilização de cuidados.

Na revisão integrativa foram incluídos estudos publicados entre 2015 e 2025, em português, inglês ou espanhol, que abordassem intervenções de *follow-up* estruturado em janelas temporais até 72 horas, sete dias ou trinta dias. Admitiram-se ensaios clínicos, estudos quase experimentais, coortes, transversais, qualitativos, revisões sistemáticas e de escopo, bem como textos de opinião, diretrizes clínicas e literatura cinzenta. Foram excluídos estudos exclusivamente pediátricos, trabalhos em psiquiatria sem transição físico-clínica e publicações sem descrição mínima de métodos e resultados. Para o estudo de caso, os critérios de inclusão privilegiaram profissionais com funções de liderança e intervenção direta no processo de alta e de acompanhamento dos doentes críticos.

3.3. Fontes de informação e estratégia de pesquisa

A pesquisa bibliográfica incidiu sobre bases de dados de referência internacional, designadamente MEDLINE/PubMed, CINAHL, *Embase*, *Scopus*, *Cochrane Library* e *Web of Science*. Foram ainda consultados repositórios de acesso aberto e literatura cinzenta, incluindo *PubMed Central*, *NCBI Bookshelf*, NICE, JBI, *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD), bem como páginas institucionais de ministérios da saúde e sociedades científicas relevantes. A estratégia

de pesquisa combinou descritores controlados (MeSH/DeCS) e termos livres, de modo a garantir simultaneamente sensibilidade e especificidade. Entre os principais termos utilizaram-se “*discharge*”, “*post-discharge*”, “*follow-up*”, “*continuity of care*”, “*critical care*”, “*intensive care unit (ICU)*”, “*emergency department*”, “*readmission*” e “*patient outcomes*”. As *strings* foram adaptadas a cada base de dados, com operadores booleanos e truncagem aplicados sempre que necessário. Complementarmente, recorreu-se à técnica de *snowballing*, pela análise das referências dos artigos incluídos, de modo a ampliar a cobertura da evidência. Todo o processo foi documentado, registando-se as *strings* completas, as datas de execução, os filtros aplicados e o número de resultados obtidos.

3.4. Técnicas de recolha de dados

No estudo de caso qualitativo foram mobilizadas várias técnicas de recolha de informação, de forma a garantir triangulação metodológica e maior validade interna. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com profissionais selecionados pelas suas funções estratégicas no processo de alta e acompanhamento dos doentes críticos. A amostra intencional foi constituída pelo enfermeiro gestor do Serviço de Urgência, pela assistente social do mesmo serviço, pela enfermeira diretora do hospital e pela gestora de produção e planeamento, assegurando a diversidade de perspetivas clínicas, sociais, organizacionais e de gestão. As entrevistas foram conduzidas a partir de guiões previamente validados, assegurando comparabilidade entre respostas e flexibilidade para explorar dimensões emergentes (Anexo A - Guião das entrevistas). Em paralelo, foi aplicado um questionário estruturado a profissionais do Serviço de Urgência, permitindo recolher perceções sobre fragilidades do processo atual e potenciais estratégias de melhoria (Anexo C - Questionário aplicado aos profissionais). A recolha documental complementou estes dados, englobando relatórios institucionais, *dashboards* clínicos, normas internas e dados de produção hospitalar, de modo a caracterizar o volume assistencial, o perfil dos doentes e as práticas existentes de seguimento pós-alta. No conjunto, a utilização articulada destas técnicas de recolha permitiu captar diferentes dimensões da realidade em estudo e assegurar a diversidade de perspetivas necessárias à compreensão global do fenómeno. Esta pluralidade metodológica exigiu igualmente a adoção de procedimentos rigorosos de seleção e avaliação crítica, apresentados na secção seguinte, de modo a garantir a qualidade, a consistência e a credibilidade dos dados analisados.

3.5. Processo de seleção e avaliação crítica

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos da revisão seguiu as recomendações PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2021), assegurando rastreabilidade desde a pesquisa inicial até à seleção final. A avaliação crítica foi realizada com recurso às listas de verificação do JBI adequadas a cada desenho, complementada, quando aplicável, pela apreciação GRADE no caso dos estudos quantitativos e pela matriz CERQual no caso dos qualitativos (Anexo D - Fluxograma PRISMA 2020 com resultados da revisão e Anexo F – Grelhas de avaliação JBI). Esta abordagem permitiu explicitar o nível de confiança nas estimativas e a robustez dos achados, reduzindo a probabilidade de viés e aumentando a credibilidade dos resultados.

3.6. Síntese e análise dos dados

A análise dos dados da revisão privilegiou a abordagem narrativa, integrando de forma convergente resultados qualitativos e quantitativos. Foram identificadas 90 referências, sem duplicações. Após triagem e apreciação metodológica, 18 publicações foram integradas na evidência principal (14 revisões sistemáticas e metanálises, três coortes e um estudo qualitativo). Nenhum ensaio clínico randomizado atingiu o limiar de inclusão. Este núcleo reúne o patamar de robustez exigido na hierarquia do *Joanna Briggs Institute*, com cumprimento maioritário dos itens nucleares das listas de verificação e sem falhas críticas que comprometessem a validade interna, nomeadamente quanto à mensuração objetiva de desfechos, identificação e controlo de confundidores e adequação analítica. Em paralelo, 18 estudos foram classificados como evidência complementar, maioritariamente transversais, qualitativos, revisões de escopo e documentos orientadores, cuja função foi contextualizar a implementação, mapear barreiras e facilitadores e sustentar decisões de desenho do serviço. Sete referências permaneceram indeterminadas por lacunas de relato que impediram juízo definitivo, enquanto 48 estudos foram excluídos por desencontro com os critérios de elegibilidade ou por qualidade metodológica insuficiente à luz das listas do *Joanna Briggs Institute* (Anexo E - Quadro com os estudos incluídos na revisão). Foram ainda delineadas análises por subgrupos clinicamente relevantes, como a comparação entre intervenções até 72 horas, até sete dias e até trinta dias, bem como entre doentes provenientes de unidades de cuidados intensivos e de serviços de urgência.

No estudo empírico, as entrevistas foram sujeitas a análise segundo a metodologia de Gioia, permitindo codificação aberta, axial e seletiva, da qual resultaram categorias e dimensões agregadas. Os questionários foram tratados estatisticamente com análise descritiva, e a análise documental permitiu triangular os resultados, reforçando a validade interna. Esta combinação de métodos assegurou uma leitura multidimensional da realidade em estudo, abrangendo não apenas desfechos clínicos, mas também aspetos organizacionais, processuais e de experiência do utente. Em síntese, a metodologia adotada combinou a robustez de uma revisão integrativa, que assegura a ancoragem científica do trabalho, com a profundidade de um estudo de caso qualitativo, que permitiu captar as especificidades do contexto organizacional do Hospital de Cascais. Esta integração metodológica fornece a base necessária para o diagnóstico que se apresenta no capítulo seguinte, no qual os resultados da análise documental, das entrevistas e dos questionários são confrontados com os dados da revisão de literatura, de modo a justificar a pertinência e o desenho do modelo proposto.

3.7. Considerações Éticas

O estudo respeitou os princípios éticos fundamentais da investigação em saúde: voluntariedade da participação, respeito pela autonomia, garantia de confidencialidade e integridade dos dados. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram um termo de consentimento informado, assegurando a sua concordância esclarecida. A investigação incidiu apenas sobre profissionais de saúde, recolhendo perceções acerca de processos organizacionais, sem recorrer a dados clínicos ou pessoais de doentes. Neste enquadramento, considerou-se dispensada a submissão formal a comissão de ética, em conformidade com as boas práticas internacionais aplicadas à investigação organizacional e em gestão em saúde (Anexo H – Consentimento Informado).

4. Diagnóstico Organizacional

4.1. Caracterização do Hospital de Cascais

O Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, inaugurado em 2010, é uma unidade hospitalar do SNS gerida em regime de parceria público-privada (PPP). Serve uma população de cerca de 290.000 habitantes e está inserido no Grupo Ribera Salud, tendo vindo a destacar-se por uma cultura organizacional de melhoria contínua e orientação para a qualidade e eficiência. É gerido em modelo de Parceria Público-Privada pelo Grupo Ribera Salud, dispõe de cerca de 277 camas, 33 gabinetes de consulta, 6 salas de bloco operatório e 10 salas de parto, configurando-se como uma unidade hospitalar de dimensão média e com perfil típico de hospital distrital do SNS.

A elevada e sustentada procura do Serviço de Urgência, aliada à complexidade crescente dos casos, tem colocado à prova a capacidade de resposta assistencial e os mecanismos de continuidade de cuidados.

O hospital distingue-se, contudo, por uma maturidade organizacional e digital consolidada, reconhecida nacional e internacionalmente. As diversas certificações de qualidade, segurança e sustentabilidade, bem como o nível 7 de maturidade digital (HIMSS EMRAM), traduzem a adoção efetiva de práticas baseadas em evidência, sistemas de informação integrados e apoio à decisão clínica em tempo real.

Essa infraestrutura tecnológica e cultura de qualidade proporcionam um contexto privilegiado para a implementação de modelos de *follow-up* pós-alta, garantindo suporte digital, rastreabilidade e monitorização contínua dos indicadores assistenciais. No diagnóstico empírico que se segue, analisa-se de que forma essa capacidade institucional se traduz (ou não) em mecanismos concretos de acompanhamento após a alta hospitalar, conforme percecionado pelos profissionais do Serviço de Urgência.

4.2. Caracterização do Serviço de Urgência (SU)

O Serviço de Urgência do Hospital de Cascais é um pilar do atendimento emergente regional, tendo registado uma afluência anual superior a 150.000 atendimentos no período recente (2015–2024), como se observa no Figura 1, dos quais 46% correspondiam a casos urgentes ou emergentes, classificados como vermelhos, laranjas e amarelos, como se observa no Figura 2, o que demonstra a pressão persistente sobre a capacidade instalada e reforça a necessidade de

estratégias inovadoras que garantam a continuidade de cuidados após a alta. O serviço dispõe de diversas áreas funcionais, entre as quais se incluem a triagem, a sala de espera geral, a sala de reanimação, a área de atendimento e observação para doentes triados como laranja e amarelo, gabinetes médicos de ortopedia e cirurgia com sala de pequena cirurgia, salas de apoio técnico e uma sala de observação destinada ao internamento de curta duração, até 24 horas. A organização interna assenta em três tipologias: Urgência Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica, todas a funcionar 24 horas por dia, com triagem efetuada segundo o Protocolo de Triagem de Manchester (PTM), que estabelece a prioridade clínica dos doentes de acordo com critérios padronizados e está certificado pelas autoridades nacionais.

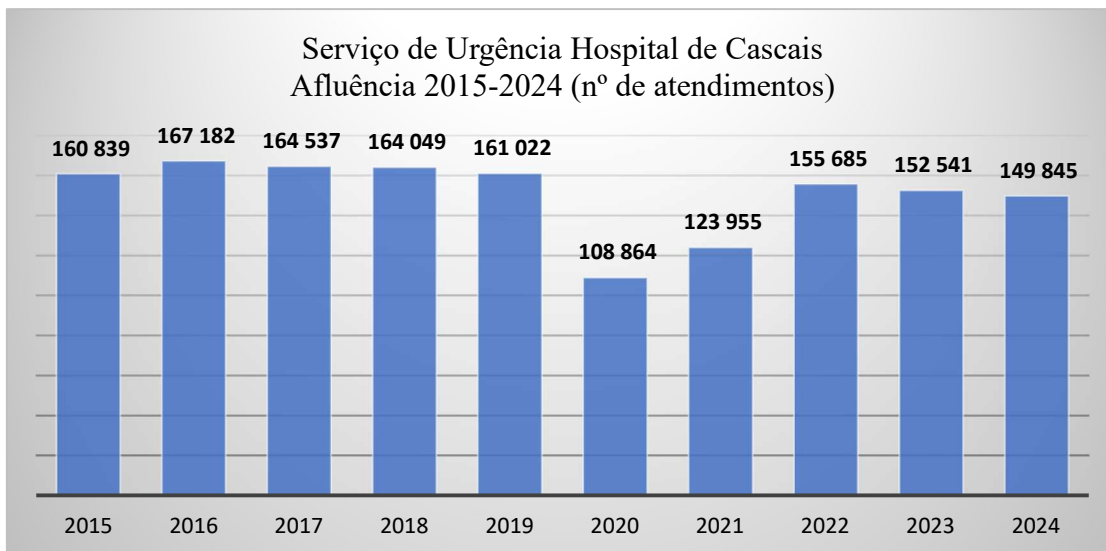


Figura 1 - Atendimentos no SU (2015–2024). Adaptado de Fonte: Portal da Transparência do SNS (datasets “número de atendimentos”).

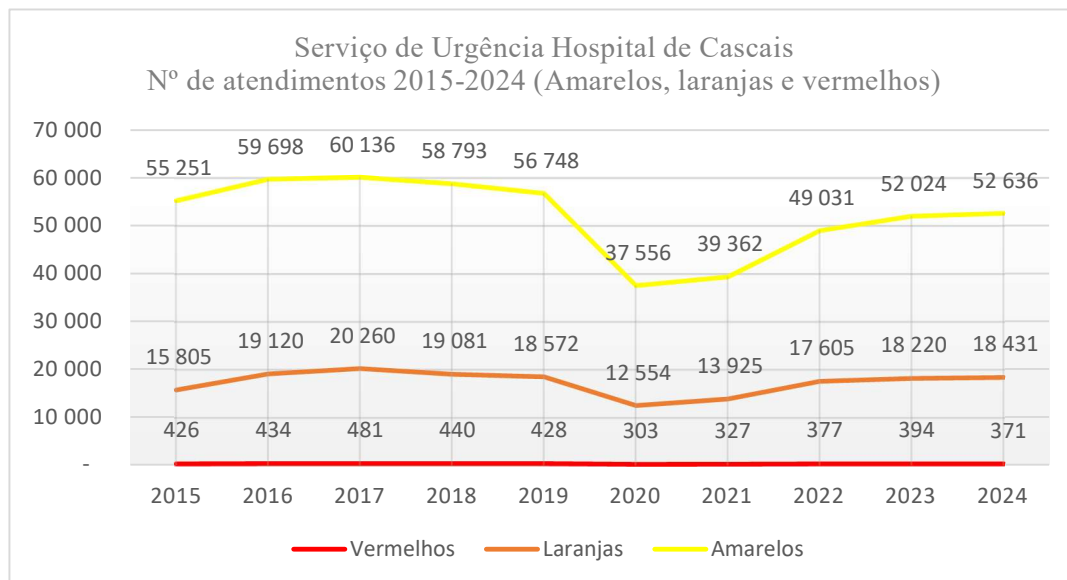


Figura 2 - Atendimentos por prioridade de triagem (2015–2024). Fonte: Adaptado de Portal da Transparência do SNS (datasets “número de atendimentos”, “atendimentos por tipo”, “triagem de Manchester”).

A análise longitudinal da atividade do Serviço de Urgência entre 2015 e 2024 revela uma trajetória marcada por oscilações anuais, mas com uma tendência global de estabilização em níveis elevados de procura. O cálculo da taxa de crescimento anual composta (CAGR) no período, de -0,78%, confirma que a procura não sofreu reduções estruturais relevantes, mantendo-se estável em torno dos 150 mil atendimentos anuais. Este comportamento traduz uma pressão assistencial sustentada, que persiste independentemente de variações conjunturais e reforça a ideia de que o Serviço de Urgência do Hospital de Cascais continua a desempenhar um papel central na rede regional de cuidados emergentes.

Neste contexto, torna-se evidente que o desafio não reside apenas no volume absoluto de episódios, mas sobretudo na sua complexidade clínica e no impacto que a ausência de mecanismos de continuidade de cuidados pode ter na readmissão precoce. A elevada procura, combinada com o crescimento relativo das situações muito urgentes (prioridade laranja), demonstra a necessidade de implementar estratégias inovadoras de acompanhamento pós-alta que permitam reduzir a pressão sobre o serviço, assegurar transições de cuidados seguras e promover a utilização adequada dos recursos hospitalares. O desenvolvimento de um modelo estruturado de *follow-up* pós-alta, apoiado por tecnologia digital e inteligência artificial, apresenta-se, assim, como uma resposta fundamental para transformar esta pressão assistencial em oportunidade de melhoria contínua da qualidade e eficiência organizacional. Após a caracterização estrutural e funcional do Serviço de Urgência do Hospital de Cascais, importa agora situar esta realidade no quadro mais amplo das práticas nacionais e internacionais. O

benchmarking apresentado a seguir permite comparar diferentes modelos de *follow-up* pós-alta em doentes críticos, evidenciando pontos fortes e fragilidades da experiência portuguesa e identificando tendências que podem informar o desenho de um modelo adaptado à realidade local.

4.3. *Follow-up* Pós-Alta em Doentes Críticos: Da Experiência Nacional às Tendências Internacionais

O *benchmarking* constitui uma ferramenta de gestão fundamental para avaliar o desempenho organizacional e identificar práticas de excelência que possam ser adaptadas ao contexto local. No presente estudo, este exercício teve como objetivo comparar o modelo de funcionamento do Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Cascais com experiências nacionais e internacionais de acompanhamento pós-alta, permitindo posicionar a instituição face às tendências emergentes em governação clínica e continuidade assistencial. A análise de *benchmarking* baseou-se nas práticas descritas na Revisão da Literatura (Capítulo 2), onde se sintetizam as principais abordagens internacionais no domínio do *follow-up* pós-alta. Entre elas destacam-se o modelo britânico do NICE e o protocolo RDaSH 72h, o programa de transição assistida do Erasmus MC (Países Baixos), e as soluções híbridas adotadas por sistemas integrados como o Kaiser Permanente e a *CipherHealth* nos Estados Unidos. Estes exemplos representam diferentes estágios de maturidade digital e integração clínica, mas convergem em princípios comuns: contacto precoce nas 48-72 horas após a alta, protocolos normativos, integração digital e monitorização contínua de indicadores.

No plano nacional, as experiências mais relevantes identificadas na literatura incluem o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) e o Hospital de Vila Franca de Xira, ambos com programas dedicados a doentes críticos, embora aplicados a populações de internamento. A inexistência de iniciativas estruturadas dirigidas a doentes críticos com alta direta do SU reforça a oportunidade de intervenção no Hospital de Cascais, que reúne maturidade organizacional, cultura de qualidade e infraestruturas tecnológicas compatíveis com a adoção de modelos avançados de continuidade de cuidados.

Com base nesta análise, o *benchmarking* foi sintetizado no Quadro 4.3.1, que apresenta de forma comparativa os principais modelos de *follow-up* descritos no Capítulo 2, permitindo visualizar as suas dimensões essenciais e respetiva aplicabilidade ao contexto de Cascais.

Quadro 4.3.0.1. – Modelos internacionais e nacionais de *follow-up* pós-alta (síntese adaptada do Capítulo 2)

Modelo / País	Características principais	Mecanismo de contacto	Integração digital	Resultados observados
NICE / RDaSH (Reino Unido)	Protocolo normativo de contacto ≤72h; articulação com cuidados primários; equipas multiprofissionais.	Telefónico / presencial	Registo eletrónico integrado NHS Spine	Redução de readmissões e maior satisfação do doente.
Erasmus MC (Países Baixos)	Programa de transição assistida para doentes críticos; acompanhamento funcional e psicológico.	Telefónico e consulta dedicada	Plataforma interoperável hospital–cuidados primários	Melhoria da recuperação funcional e diminuição de reinternamentos.
Kaiser Permanente / CipherHealth (EUA)	Modelos híbridos humano-digitais; contacto automatizado supervisionado clinicamente.	Automação + supervisão humana	Alta maturidade digital e dashboards em tempo real	Redução média de 15–25% em readmissões hospitalares.
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Portugal)	Consulta pós-alta do doente crítico; articulação com CSP; cobertura limitada.	Telefónico e presencial	Parcial (sem integração plena)	Melhoria da satisfação e redução parcial de reinternamentos.
Hospital de Vila Franca de Xira (Portugal)	Consulta de <i>follow-up</i> de doente crítico; enfoque na educação e reabilitação.	Presencial	Parcial	Melhoria na literacia e continuidade dos cuidados.
Hospital de Cascais (Portugal)	Projeto-piloto de consultas pós-urgência (2019); contexto tecnológico HIMSS 7.	Telefónico / presencial	Total (plataforma interoperável Ribera Salud)	Potencial para implementação estruturada e replicação nacional.

Em síntese, o benchmarking confirma que o Hospital de Cascais se encontra num ponto de maturidade favorável para implementar um modelo integrado de *follow-up* pós-alta, sustentado por tecnologia digital e alinhado com as melhores práticas internacionais. O Capítulo 2 fornece o enquadramento detalhado dessas referências, servindo de base teórica à análise e adaptação proposta neste diagnóstico. O próximo subcapítulo apresenta os resultados das entrevistas e questionários aplicados no Serviço de Urgência do Hospital de Cascais, permitindo integrar a visão interna da equipa na definição do modelo proposto.

4.4. Resultados e Interpretação dos Dados

O diagnóstico empírico constitui a base analítica deste estudo e foi desenvolvido a partir de dois instrumentos complementares: entrevistas semiestruturadas e questionários autoadministrados. As entrevistas visaram aprofundar as percepções, experiências e sugestões dos profissionais diretamente envolvidos no Serviço de Urgência, permitindo uma leitura qualitativa e interpretativa do fenómeno em estudo. Os questionários, por sua vez, permitiram recolher dados estruturados e quantificáveis sobre características sociodemográficas, práticas profissionais e percepções relacionadas com o acompanhamento pós-alta.

A análise seguiu uma lógica sequencial e triangular: em primeiro lugar são apresentados os resultados das entrevistas, que traduzem a voz direta dos profissionais e evidenciam dimensões temáticas centrais; em segundo lugar, expõem-se os resultados dos questionários, que permitem validar e complementar as tendências observadas nas entrevistas; por fim, realiza-se uma síntese integrativa entre ambos os instrumentos, identificando convergências, divergências e implicações para o modelo de intervenção proposto no capítulo seguinte.

4.4.1. Resultados das Entrevistas

A análise qualitativa das entrevistas, realizadas a quatro profissionais-chave: o enfermeiro gestor do Serviço de Urgência, a assistente social do mesmo serviço, a enfermeira diretora do hospital e a gestora de produção e planeamento, evidenciou uma visão convergente quanto às fragilidades estruturais do seguimento pós-alta de doentes críticos (Anexo B – Transcrição e síntese das entrevistas). Com base na metodologia de Gioia, foi possível identificar três dimensões centrais (Anexo G – Documento de triangulação Gioia). A primeira refere-se à ausência de protocolos formais para doentes críticos com alta direta do SU, originando uma lacuna organizacional na cadeia de cuidados. A segunda dimensão relaciona-se com as limitações operacionais, nomeadamente a escassez de recursos humanos e a sobrecarga assistencial, fatores que comprometem a sustentabilidade de iniciativas sistemáticas de *follow-up*. Por fim, emergem barreiras tecnológicas, associadas à falta de interoperabilidade entre os sistemas hospitalares e os cuidados de saúde primários, o que dificulta a comunicação e a continuidade assistencial. Apesar destas limitações, os entrevistados foram unânimes em reconhecer a pertinência de um modelo estruturado de *follow-up*, salientando a importância de integrar protocolos clínicos, apoio tecnológico e articulação multiprofissional. A proposta de um sistema que combine tecnologia digital com contacto humano foi destacada como condição

essencial para transformar a detecção precoce de complicações em resposta clínica efetiva, garantindo maior segurança e eficiência na transição de cuidados. Em síntese, as entrevistas revelam uma percepção crítica, mas construtiva, que sustenta a necessidade de reformular o acompanhamento pós-alta no Serviço de Urgência e cria o enquadramento empírico necessário para a análise quantitativa que se apresenta no subcapítulo seguinte, dedicada aos resultados dos questionários aplicados à equipa multidisciplinar.

4.4.2. Resultados do Questionário

4.4.2.1. Caracterização da amostra

Os resultados do questionário aplicado aos profissionais do Serviço de Urgência reforçam as conclusões das entrevistas, acrescentando a perspetiva do nível operacional da equipa. A caracterização da amostra confirma a heterogeneidade dos respondentes, abrangendo um total de 71 profissionais de saúde. No que respeita à idade, a maior proporção situa-se entre os 40 e 49 anos (38%), seguida dos 30–39 anos (22,5%) e dos menos de 30 anos (21,1%), revelando uma distribuição equilibrada entre profissionais em início, meio e fases mais avançadas da carreira. Em termos de género, 74,6% dos respondentes são do sexo feminino e 25,4% do sexo masculino, refletindo a composição tradicionalmente feminizada da profissão de enfermagem e, em menor grau, de algumas funções médicas hospitalares. Quanto à categoria profissional, destaca-se a predominância dos enfermeiros (67,6%), o que confirma o papel central desta classe no funcionamento quotidiano do Serviço de Urgência, tanto na gestão direta dos cuidados como na articulação entre doentes, médicos e outros profissionais da equipa multidisciplinar. Os médicos representam 28,2% dos inquiridos, assegurando a dimensão clínica e de decisão terapêutica — reforçando a complementaridade entre as duas categorias mais expressivas da amostra. Regista-se ainda a participação de 1,4% de enfermeiros especialistas, cuja presença, embora reduzida, demonstra a importância da diferenciação de competências em áreas críticas do cuidado. Para além destas categorias maioritárias, participaram igualmente 1,4% de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e 1,4% de assistentes sociais, que, apesar de em menor número, desempenham um papel relevante no suporte complementar ao processo assistencial. A presença destas categorias, mesmo que residual, sublinha a importância da abordagem multidisciplinar no Serviço de Urgência, onde o contributo técnico e social constitui um eixo essencial para a continuidade e integralidade dos cuidados. Esta distribuição confirma que a perspetiva recolhida pelo questionário se centra sobretudo nos dois grupos profissionais que

concentram a responsabilidade assistencial direta, mas integra igualmente visões complementares que enriquecem a análise da problemática em estudo. Relativamente à experiência profissional global, 38% possuem mais de 20 anos de atividade, 26,8% entre 11 e 20 anos e 19,7% entre 5 e 10 anos, refletindo uma amostra com forte presença de profissionais experientes. Já quanto ao tempo de experiência no Serviço de Urgência, 33,8% exercem há menos de 5 anos, 26,8% entre 5 e 10 anos, e 21,1% há mais de 20 anos, evidenciando uma combinação equilibrada entre profissionais em fase de integração e outros com elevada senioridade. Esta caracterização demonstra que a amostra apresenta amplitude etária, diversidade funcional e experiência acumulada, o que confere consistência e validade às respostas obtidas. A análise das questões seguintes permitirá compreender, de forma mais detalhada, as perceções e atitudes da equipa face ao acompanhamento pós-alta de doentes críticos, complementando a leitura qualitativa das entrevistas com evidência quantitativa estruturada.

4.4.2.2. Respostas do Questionário

A análise das respostas às dez questões do questionário permite compreender as perceções dos profissionais sobre o processo de alta e o acompanhamento pós-alta em doentes críticos. Os resultados são apresentados em texto corrido e acompanhados de quadros que sintetizam a distribuição percentual das respostas, de modo a garantir transparência e reprodutibilidade da análise.

No que respeita à clareza e consistência das instruções fornecidas aos doentes, 38% dos participantes referem concordar com a sua adequação, enquanto 29,6% expressam discordância e 23,9% assumem uma posição neutra, sendo residuais as percentagens de concordância ou discordância total, indicando necessidade de uniformização e reforço da comunicação (Quadro 4.4.2.1.).

Quadro 4.4.2.1. - As instruções de alta fornecidas aos doentes são claras e consistentes

Resposta	Percentagem (%)
Concordo Totalmente	4.2
Concordo	38.0
Neutro	23.9
Discordo	29.6
Discordo Totalmente	4.2

Relativamente à coordenação entre profissionais no momento da alta, 42,3% dos inquiridos concordam que esta é eficaz, ao passo que 35,2% discordam e 15,5% se mantêm neutros, revelando perceções divididas entre prática colaborativa e ausência de articulação estruturada (Quadro 4.4.2.2.).

Quadro 4.4.2.2. - Existe coordenação eficaz entre profissionais no momento da alta

Resposta	Percentagem (%)
Concordo Totalmente	2.8
Concordo	42.3
Neutro	15.5
Discordo	35.2
Discordo Totalmente	4.2

A adequação dos protocolos de alta às necessidades clínicas é igualmente questionada, com 38% a manifestar discordância, 28,2% a manterem-se neutros e 25,4% a reconhecerem a sua adequação, sugerindo margem para revisão e reforço da aplicabilidade destes instrumentos. (Quadro 4.4.2.3.).

Quadro 4.4.2.3. - Os protocolos de alta disponíveis são adequados às necessidades clínicas

Resposta	Percentagem (%)
Concordo Totalmente	4.2
Concordo	25.4
Neutro	28.2
Discordo	38.0
Discordo Totalmente	4.2

No que se refere ao tempo disponível para transmitir recomendações aos doentes, a perceção é maioritariamente negativa: 52,1% discordam de ter tempo suficiente, 21,1% concordam e 14,1% mantêm posição neutra, salientando a sobrecarga assistencial como fator limitador (Quadro 4.4.2.4.).

Quadro 4.4.2.4. - Tenho tempo suficiente para explicar as recomendações de alta aos doentes

Resposta	Percentagem (%)
Concordo Totalmente	2.8
Concordo	21.1
Neutro	14.1
Discordo	52.1
Discordo Totalmente	9.9

A ausência de canais institucionais formais de apoio após a alta emerge como fragilidade, uma vez que 42,3% dos participantes discordam da sua existência e 15,5% discordam totalmente, contrastando com apenas 11,2% de concordância (Quadro 4.4.2.5.).

Quadro 4.4.2.5. - Existem canais institucionais formais para apoio ao doente após a alta

Resposta	Percentagem (%)
Concordo Totalmente	4.2
Concordo	7.0
Neutro	31.0
Discordo	42.3
Discordo Totalmente	15.5

Quanto ao papel dos sistemas de informação na transmissão de dados relevantes na alta, 42,3% dos profissionais reconhecem que estes facilitam o processo, 31% mantêm-se neutros e 18,3% discordam, evidenciando uma perceção global moderadamente positiva, ainda que não unânime, o que aponta para oportunidades de melhoria na integração e usabilidade (Quadro 4.4.2.6.).

Quadro 4.4.2.6. - O sistema de informação facilita a transmissão de dados relevantes na alta

Resposta	Percentagem (%)
Concordo Totalmente	2.8
Concordo	42.3
Neutro	31.0
Discordo	18.3
Discordo Totalmente	5.6

Importa destacar a quase unanimidade na valorização do seguimento pós-alta: 83,1% dos inquiridos consideram que este contribui para reduzir o risco de readmissão precoce, sendo que mais de metade concorda totalmente com esta afirmação (Quadro 4.4.2.7.).

Quadro 4.4.2.7. - O seguimento pós-alta contribui para reduzir o risco de readmissão precoce

Resposta	Percentagem (%)
Concordo Totalmente	53.5
Concordo	29.6
Neutro	8.5
Discordo	5.6
Discordo Totalmente	2.8

Em contrapartida, a articulação entre o Serviço de Urgência e os Cuidados de Saúde Primários é percecionada como insuficiente por 70,5% dos participantes, e apenas 2,8% manifestam concordância, revelando uma lacuna relevante na continuidade de cuidados (Quadro 4.4.2.8.).

Quadro 4.4.2.8. - Existe articulação adequada entre o Serviço de Urgência e os cuidados de saúde primários?

Resposta	Percentagem (%)
Concordo	2.8
Neutro	26.8
Discordo	42.3
Discordo Totalmente	28.2

Quanto ao apoio institucional para a realização do *follow-up*, este é igualmente percecionado como deficitário: 63,4% dos profissionais manifestam discordância, 21,1% assumem posição neutra e apenas 15,5% revelam concordância (Quadro 4.4.2.9.).

Quadro 4.4.2.9. - Sinto que tenho apoio da instituição para realizar o *follow-up* pós-alta do Serviço de Urgência

Resposta	Percentagem (%)
Concordo Totalmente	2.8
Concordo	12.7
Neutro	21.1
Discordo	38.0
Discordo Totalmente	25.4

Quanto à relevância do modelo de *follow-up* para a segurança do doente crítico, observa-se predominância de concordância, reforçando a pertinência de soluções estruturadas de acompanhamento (Quadro 4.4.2.10.).

Quadro 4.4.2.10. - O modelo de *follow-up* é relevante para a segurança do doente crítico

Resposta	Percentagem (%)
Concordo Totalmente	57.7
Concordo	29.6
Neutro	8.5
Discordo	2.8
Discordo Totalmente	1.4

Os resultados revelam constrangimentos significativos no processo de alta, nomeadamente no tempo disponível para transmitir recomendações, na existência de mecanismos institucionais de apoio e na articulação com os cuidados de saúde primários. Em paralelo, a maioria dos

profissionais reconhece algum grau de clareza nas instruções e utilidade nos sistemas de informação, ainda que subsistam lacunas que exigem resposta organizacional. Destaca-se, de forma consistente, a valorização do seguimento pós-alta, identificado por mais de quatro quintos dos respondentes como estratégia eficaz para reduzir readmissões e reforçar a segurança do doente crítico. Este consenso confere robustez ao argumento da necessidade de implementar um modelo estruturado de *follow-up*, capaz de responder às fragilidades assinaladas e de alinhar a prática assistencial com as expectativas dos profissionais diretamente envolvidos no cuidado destes doentes.

Assim, as entrevistas e os questionários convergem na identificação das mesmas lacunas: ausência de protocolos, fragilidades na comunicação e articulação interinstitucional, e na valorização das mesmas soluções: protocolos estruturados, apoio tecnológico e clarificação de responsabilidades. Esta convergência reforça a validade do diagnóstico e prepara o terreno para o subcapítulo seguinte, dedicado à triangulação das fragilidades e oportunidades, onde se consolidam os resultados e se estruturam as recomendações organizacionais.

4.5. Triangulação dos resultados: fragilidades e oportunidades

A triangulação dos dados recolhidos, as entrevistas, os questionários e a análise documental, permitiu identificar convergências claras entre as perceções dos profissionais e as evidências científicas previamente analisadas na Revisão da Literatura (Capítulo 2).

As fragilidades observadas no contexto local alinham-se com as lacunas descritas na evidência internacional: ausência de protocolos formais de *follow-up*, fragmentação de sistemas de informação, insuficiente comunicação entre níveis de cuidados e ausência de mecanismos estruturados de monitorização pós-alta. Estas limitações, amplamente documentadas em estudos internacionais (ver Capítulo 2, subcapítulos 2.2 e 2.7), manifestam-se de forma concreta no Hospital de Cascais, traduzindo-se em variação de práticas e dependência de iniciativas individuais.

Por outro lado, as oportunidades identificadas são consistentes com os fatores críticos de sucesso destacados na literatura (Capítulo 2, subcapítulo 2.8). Entre elas, salientam-se a cultura institucional orientada para a qualidade e inovação, a existência de certificações reconhecidas (JCI, ISO, HIMSS 7), a capacidade tecnológica instalada e a disponibilidade de equipas multiprofissionais com elevada competência técnica. Estas condições configuram um terreno fértil para a implementação de um modelo estruturado *de follow-up* digitalmente suportado,

com potencial para melhorar resultados clínicos, otimizar fluxos e reforçar a segurança do doente.

A triangulação permitiu, assim, confirmar que as percepções dos profissionais de saúde e os dados institucionais se articulam com a evidência científica mais recente. O diagnóstico aponta, portanto, para um alinhamento entre as necessidades locais e as tendências globais, legitimando a pertinência do projeto de intervenção apresentado no capítulo seguinte. A transposição prática dessas oportunidades é explorada no Capítulo 5, onde se propõe o modelo organizacional de *follow-up* pós-alta adaptado à realidade do Serviço de Urgência do Hospital de Cascais.

5. Projeto de Intervenção

5.1. Justificação do Projeto

O projeto de *follow-up* pós-alta para doentes críticos no Serviço de Urgência do Hospital de Cascais justifica-se por razões clínicas, organizacionais e estratégicas que decorrem diretamente do diagnóstico previamente estabelecido (ver 4.1–4.4). Em termos clínicos, a população triada como laranja/vermelha apresenta risco elevado de deterioração precoce, exigindo contacto estruturado e atempado após a alta. No plano organizacional, a pressão assistencial persistente do SU torna indispensável um mecanismo fiável de transição de cuidados que reduza retornos não programados e readmissões precoces. Do ponto de vista estratégico, a instituição reúne condições singulares, cultura de qualidade, governação clínica e elevada maturidade digital, para implementar um modelo inovador com potencial de replicação. A proposta centra-se em transformar lacunas identificadas no diagnóstico em vantagem competitiva institucional: sinalização automática dos elegíveis no momento da alta, contacto clínico precoce baseado em guiões validados e integração digital para monitorização e escalonamento. Este desenho responde simultaneamente à segurança do doente, à eficiência operacional do SU e à sustentabilidade do hospital. O projeto alinha-se com orientações e tendências internacionais sobre continuidade de cuidados e *follow-up* precoce, mas evita duplicar a fundamentação já apresentada no benchmarking (4.2). Aqui, o foco é a decisão de implementação: converter evidência consolidada e capacidade instalada em resultados mensuráveis, articulando indicadores de processo e de *outcome* (24, 72 h e 30 dias), experiência do utente e eficiência organizacional.

Em síntese, este projeto é a resposta operacional a um problema bem delimitado e uma oportunidade estratégica para o Hospital de Cascais e para o SNS: padronizar a transição de cuidados em doentes críticos com alta direta, capitalizando a infraestrutura digital existente e a cultura de melhoria contínua, e preparando terreno para evolução futura com soluções avançadas de apoio à decisão (IA) e telemonitorização.

5.2. Objetivo Geral

Desenvolver e implementar um modelo organizacional de *follow-up* pós-alta para doentes críticos, classificados como laranja ou vermelho pelo Protocolo de Triagem de Manchester, no Serviço de Urgência do Hospital de Cascais, visando melhorar a continuidade de cuidados, reduzir readmissões precoces e reforçar a segurança e a experiência dos utentes.

5.3. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos do projeto centram-se em assegurar a efetividade do modelo de *follow-up* pós-alta no Serviço de Urgência do Hospital de Cascais. Em primeiro lugar, pretende-se garantir o contacto clínico precoce com os doentes críticos, idealmente até 48 horas após a alta, estruturado com base em guiões clínicos validados. Em segundo lugar, o projeto visa desenvolver e implementar protocolos normativos e fluxos de apoio, assegurando a padronização das práticas. Paralelamente, procura-se integrar soluções digitais de apoio à decisão e de monitorização, reforçando a interoperabilidade e a fiabilidade do sistema. Outro objetivo é fortalecer a articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários, assegurando continuidade assistencial e resposta adequada em caso de risco clínico. Do ponto de vista dos resultados em saúde, o modelo visa reduzir as taxas de readmissão a 24 horas, 72 horas e 30 dias, promovendo segurança clínica e utilização racional de recursos. Além disso, procura-se melhorar a experiência do utente e dos profissionais envolvidos, reforçando a humanização e a eficiência dos processos assistenciais. Por fim, o projeto pretende contribuir para a eficiência organizacional do Serviço de Urgência, reduzindo a sobrecarga do serviço e otimizando o uso da capacidade instalada.

5.4. Descrição do Modelo Proposto

O modelo organizacional de *follow-up* pós-alta concebido para o Serviço de Urgência do Hospital de Cascais visa colmatar a atual descontinuidade na transição de cuidados dos doentes críticos, classificados como laranja ou vermelho pelo Protocolo de Triagem de Manchester, que recebem alta direta. Estrutura-se em torno de três eixos fundamentais: identificação automática dos elegíveis, contacto clínico precoce e estruturado e integração digital para monitorização e escalonamento. No momento da alta, os doentes são automaticamente sinalizados no sistema de informação clínica, com base nos códigos de triagem e em critérios de elegibilidade

definidos (exclusão de alta contra parecer médico, óbitos e transferências inter-hospitalares). Esta sinalização constitui o ponto de partida para a ativação do protocolo de acompanhamento. O primeiro contacto ocorre preferencialmente até 48 horas após a alta, através de chamada telefónica estruturada por profissional de saúde. Este contacto segue um guião clínico previamente validado, que integra três componentes essenciais: avaliação de sinais de alarme e sintomas persistentes, reconciliação terapêutica e validação das instruções de alta. Sempre que necessário, a chamada é complementada com orientações educativas adicionais e com a avaliação da compreensão do utente ou do cuidador, recorrendo à técnica do *teach-back* como método de verificação da compreensão. Esta estratégia, já descrita na Revisão da Literatura, é incorporada no protocolo como boa prática para reforçar a segurança e a literacia em saúde.

Nos casos em que são identificados sinais de risco clínico ou social, o modelo prevê mecanismos de escalonamento imediato, incluindo reencaminhamento para observação no Serviço de Urgência, referenciação para consulta aberta ou contacto direto com o médico assistente.

Todo o processo é registado num *dashboard* clínico em tempo real, que permite monitorizar indicadores de desempenho como o tempo até ao primeiro contacto, a taxa de contactos conseguidos, a proporção de sinais de alerta identificados e as readmissões subsequentes.

O protocolo contempla ainda um segundo contacto, entre o sétimo e o décimo dia após a alta, orientado para reforço da adesão terapêutica e resolução de barreiras identificadas. O ciclo encerra ao trigésimo dia, com recolha sistemática de resultados clínicos, ocorrência de readmissões e nível de satisfação de doentes e profissionais.

Para esta avaliação serão utilizados instrumentos validados internacionalmente, nomeadamente o *Care Transitions Measure* (CTM-15) e as escalas de qualidade de vida EQ-5D ou SF-36, assegurando comparabilidade e robustez metodológica.

O modelo assume uma natureza híbrida, combinando contacto humano multiprofissional com soluções digitais de apoio. Estas incluem algoritmos de triagem automática, alertas de risco integrados no sistema clínico e relatórios periódicos de monitorização para a gestão hospitalar. Esta abordagem visa não apenas garantir segurança clínica, mas também promover eficiência organizacional, transformando informação dispersa em inteligência operacional. Deste modo, o modelo proposto traduz-se numa resposta estruturada, sistemática e replicável, que assegura continuidade assistencial, reforça a integração hospital-comunidade e promove a utilização racional dos recursos. O Hospital de Cascais posiciona-se, assim, como pioneiro na adoção de um modelo organizacional de *follow-up* adaptado à realidade do SU, mas alinhado com as melhores práticas internacionais.

5.5. Implementação

A implementação do modelo de *follow-up* pós-alta foi estruturada em fases sequenciais, de modo a garantir uma adaptação progressiva, segura e mensurável. Esta abordagem faseada permite integrar a inovação tecnológica e organizacional de forma controlada, assegurando que cada etapa gera evidência para sustentar a fase seguinte. O Quadro 5.4.1. sintetiza as principais etapas do plano, os seus objetivos, ações-chave e resultados esperados.

Quadro 5.4.1. – Fases de implementação do modelo de *follow-up* pós-alta

Fase	Duração estimada	Objetivos principais	Ações-chave	Resultados esperados
1. Planeamento	0–3 meses	Preparação estrutural e técnica do projeto	<ul style="list-style-type: none"> Definir protocolos clínicos e guiões de contacto; Selecionar indicadores de processo e resultado; Parametrizar sistemas de informação para identificar automaticamente doentes elegíveis; Formar equipa multiprofissional; Articular com os cuidados de saúde primários para garantir interoperabilidade. 	Estrutura do modelo validada e sistemas prontos para execução.
2. Piloto	4–6 meses	Testar a exequibilidade e ajustar o modelo	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar o modelo numa amostra inicial de doentes críticos; Avaliar adequação dos guiões clínicos e do escalonamento; Monitorizar desempenho e identificar barreiras; Introduzir ajustes antes da expansão. 	Modelo ajustado, exequível e validado operacionalmente.
3. Expansão	7–9 meses	Integrar o modelo no funcionamento regular do Serviço de Urgência	<ul style="list-style-type: none"> Implementar o modelo em todos os doentes críticos elegíveis; Incorporar relatórios no <i>dashboard</i> clínico institucional; Articular sistematicamente com direção de serviço e gestão hospitalar. 	Modelo institucionalizado e em execução rotineira.
4. Monitorização e melhoria contínua	10–12 meses	Sustentar e otimizar o modelo a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar indicadores de desempenho e realizar auditorias clínicas semestrais; Implementar ciclos <i>Plan-Do-Study-Act</i> (PDSA); Integrar soluções tecnológicas emergentes (IA, <i>chatbots</i>, automação clínica). 	Modelo otimizado, sustentável e alinhado com melhores práticas internacionais.

Este plano faseado garante a adaptação progressiva da instituição, permitindo testar, expandir e consolidar o modelo de *follow-up* pós-alta de forma controlada e mensurável. O horizonte temporal de doze meses equilibra celeridade com prudência, assegurando que cada etapa produz evidência robusta para sustentar a replicação do modelo em outros contextos do Grupo Ribera Salud.

5.6. Recursos Necessários

A implementação deste modelo exige a mobilização coordenada de recursos humanos, tecnológicos, organizacionais e financeiros, cuja articulação constitui condição essencial para a sua viabilidade e sustentabilidade. Do ponto de vista humano, a equipa multiprofissional assume papel central. Enfermeiros e médicos do Serviço de Urgência são os principais responsáveis pela execução dos contactos clínicos, apoiados por assistentes sociais quando estão em causa barreiras sociais ou contextuais à continuidade de cuidados. Adicionalmente, prevê-se o envolvimento de pessoal administrativo para apoiar na gestão de agendas e no registo dos contactos. A formação específica destes profissionais é indispensável, quer no domínio dos guiões clínicos, quer no uso das ferramentas digitais de registo e monitorização. No plano tecnológico, a infraestrutura já existente no Hospital de Cascais, incluindo o registo clínico eletrónico (EMR), a integração com o PACS e o UniView e os *dashboards* em tempo real, constitui uma base sólida. Todavia, será necessária a adaptação do sistema para permitir a identificação automática de doentes elegíveis, a configuração de alertas de risco e a incorporação dos indicadores específicos do *follow-up*. Complementarmente, poderão ser integradas soluções digitais externas, como plataformas de triagem inteligente e de comunicação segura com utentes, sempre que estas acrescentem valor à resposta. Os recursos organizacionais incluem a definição de protocolos normativos, a elaboração de guiões clínicos de contacto e a criação de fluxos de escalonamento claros entre SU, consultas abertas, médicos assistentes e cuidados de saúde primários. A articulação interinstitucional é particularmente relevante, uma vez que a eficácia do modelo depende da interoperabilidade entre o hospital e a rede de cuidados comunitários. Finalmente, os recursos financeiros correspondem a um investimento inicial moderado, sobretudo associado à parametrização do sistema de informação, ao desenvolvimento de *dashboards* específicos e à formação das equipas. Este investimento é compensado pela perspectiva de ganhos em eficiência organizacional e redução de custos associados a readmissões evitáveis, evidenciados na literatura internacional. Assim, o projeto configura não apenas uma necessidade clínica e organizacional, mas também uma oportunidade de otimização económica a médio e longo prazo.

5.7. Indicadores de Monitorização e Avaliação

A monitorização sistemática constitui um elemento central para garantir a sustentabilidade do modelo de *follow-up* pós-alta, permitindo avaliar o seu impacto em diferentes dimensões. A escolha dos indicadores segue a lógica do *Balanced Scorecard* (BSC), articulando quatro perspetivas complementares: processos internos, resultados clínicos, experiência do utente e do profissional, e eficiência organizacional.

Na dimensão dos processos internos, serão analisadas variáveis como a proporção de doentes críticos elegíveis efetivamente incluídos no programa, o tempo médio decorrido entre a alta e o primeiro contacto, a taxa de contactos conseguidos dentro das primeiras 48 horas e a proporção de episódios em que foi necessário escalonamento clínico. Estes parâmetros permitem aferir a adesão ao protocolo e a fiabilidade da sua execução.

Na perspetiva dos resultados clínicos, a avaliação incidirá sobre as taxas de readmissão hospitalar a 24 horas, 72 horas e 30 dias, sobre a mortalidade a 30 dias e sobre a ocorrência de eventos adversos relacionados com a medicação. Em paralelo, será monitorizada a utilização não programada do Serviço de Urgência, que constitui uma medida indireta da eficácia do acompanhamento precoce.

Quanto à experiência dos utentes, serão utilizados instrumentos validados como o *Care Transitions Measure* (CTM-15) para avaliar a qualidade da transição de cuidados, bem como o EQ-5D e o SF-36 para aferir a qualidade de vida. Estes instrumentos permitem comparabilidade internacional e fornecem informação sobre a perceção de segurança, a compreensão das instruções de alta e o impacto do seguimento na vida quotidiana do doente.

Será igualmente considerada a experiência dos profissionais, através de questionários de satisfação aplicados à equipa multiprofissional, de forma a avaliar a adequação dos protocolos, a clareza dos fluxos e a perceção da carga de trabalho. Esta dimensão é fundamental para assegurar a adesão das equipas e a continuidade operacional do modelo.

Por fim, na perspetiva da eficiência organizacional, serão monitorizados indicadores como a taxa média de permanência no Serviço de Urgência, a proporção de camas ocupadas por readmissões evitáveis e a estimativa de custos associados a internamentos prevenidos. Estes parâmetros permitem aferir não apenas o benefício clínico, mas também a racionalidade económica do projeto, em consonância com os objetivos de sustentabilidade do SNS.

O *Balanced Scorecard* detalhado que se apresenta de seguida foi adaptado ao contexto organizacional do Hospital de Cascais, unidade gerida em modelo de Parceria Público-Privada (PPP) pelo Grupo Ribera Salud. Nesta adaptação, cada indicador foi associado ao departamento

ou serviço responsável pela sua monitorização, assegurando alinhamento com a estrutura real de governação clínica, financeira e operacional.

A distribuição de responsabilidades reflete a prática institucional: a Direção Clínica e a Direção de Enfermagem lideram a supervisão assistencial; o Gabinete de Qualidade e Segurança do Doente centraliza a monitorização transversal dos indicadores de qualidade e segurança; o Gabinete de Experiência do Utente recolhe e analisa dados de satisfação e literacia em saúde; o Departamento de Sistemas de Informação assegura a fiabilidade tecnológica dos *dashboards*; e a Direção Financeira/Contabilidade, em articulação com o Gabinete de Gestão de Produção e Codificação Clínica, valida os custos e resultados económicos. A Administração da PPP garante a integração estratégica destes dados na governação global do hospital.

Desta forma, o *Balanced Scorecard* aqui apresentado ultrapassa a dimensão académica e constitui um instrumento operativo de governação clínica e organizacional, permitindo ao Hospital de Cascais monitorizar em tempo real a eficácia, a segurança e a sustentabilidade do modelo de *follow-up* pós-alta.

Quadro 5.7.1. - Perspetiva dos Processos Internos

Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Fonte de Dados	Periodicidade	Responsável
Garantir inclusão dos doentes críticos no programa	Proporção de doentes críticos elegíveis incluídos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ incluídos}}{\text{N}^\circ \text{ elegíveis}} \times 100$	$\geq 95\%$	Dashboard EMR + Triagem PTM	Mensal	Coordenação do Serviço de Urgência (Enfermeiro Gestor)
Aumentar rapidez no primeiro contacto	Tempo médio até 1.º contacto	$\frac{\text{Soma horas alta-contacto}}{\text{N}^\circ \text{ de doentes}}$	$\leq 48\text{h}$	Registo de <i>follow-up</i>	Semanal	Direção Clínica
Assegurar fiabilidade da intervenção	Taxa de contactos conseguidos $\leq 48\text{h}$	$\frac{\text{N}^\circ \text{ contactos válidos}}{\text{N}^\circ \text{ tentativas}} \times 100$	$\geq 90\%$	Sistema de registo	Mensal	Equipa Multidisciplinar de <i>Follow-up</i> (SU + Enfermagem + Médicos)
Garantir segurança clínica	Proporção de episódios com escalonamento atempado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos escalonados}}{\text{N}^\circ \text{ sinais de alarme}} \times 100$	$\geq 95\%$	Dashboard SU + Registos clínicos	Trimestral	Direção Clínica do Hospital de Cascais

Quadro 5.7.2. - Perspetiva dos Resultados Clínicos

Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Fonte de Dados	Periodicidade	Responsável
Reduzir readmissões precoces	Taxa de readmissão 24h / 72h / 30d	$\frac{\text{N}^\circ \text{ readmissões}}{\text{N}^\circ \text{ altas}} \times 100$	Redução $\geq 10\%$ face à linha de base	SIH-SNS / EMR	Mensal	Gabinete de Qualidade e Segurança do Doente
Aumentar segurança	Taxa de mortalidade a 30 dias	$\frac{\text{N}^\circ \text{ óbitos 30 dias}}{\text{N}^\circ \text{ altas}} \times 100$	\leq benchmark nacional	Registos clínicos	Trimestral	Direção Clínica do Hospital de Cascais
Reduzir eventos adversos	Ocorrência de erros terapêuticos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ eventos}}{\text{N}^\circ \text{ doentes seguidos}}$	0	Notificações internas	Mensal	Gabinete de Qualidade e Segurança do Doente

Quadro 5.7.3. - Perspetiva do Utente

Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Fonte de Dados	Periodicidade	Responsável
Melhorar experiência na alta	Nível de satisfação com alta	Média escala Likert (1–5)	$\geq 4,2$	Questionários CTM-15	Trimestral	Gabinete de Experiência do Utente
Reforçar literacia	Percentagem de doentes que compreendem instruções (teach-back positivo)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ corretos}}{\text{N}^\circ \text{ avaliados}} \times 100$	$\geq 90\%$	Registo <i>follow-up</i>	Mensal	Equipa Multidisciplinar de <i>Follow-up</i> (SU + Enfermagem + Médicos)
Aumentar qualidade de vida pós-alta	Varição EQ-5D / SF-36	Δ pontuação média	Melhoria significativa	Inquéritos validados	Semestral	Direção Clínica

Quadro 5.7.4. - Perspetiva da Aprendizagem & Crescimento

Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Fonte de Dados	Periodicidade	Responsável
Garantir capacitação profissional	% de profissionais formados no protocolo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ formados}}{\text{N}^\circ \text{ total}} \times 100$	100%	RH + registos formação	Anual	Direção de Enfermagem do Hospital de Cascais
Estimular cultura digital	Taxa de utilização correta do dashboard	$\frac{\text{N}^\circ \text{ registos completos}}{\text{N}^\circ \text{ previstos}}$	$\geq 95\%$	Dashboard	Mensal	Equipa Multidisciplinar de <i>Follow-up</i> (SU + Enfermagem + Médicos)
Promover inovação	Nº de propostas de melhoria submetidas	Contagem	$\geq 2/\text{ano}$	Relatórios internos	Anual	Coordenação da Qualidade

Quadro 5.7.5. - Perspetiva Financeira / Eficiência Organizacional

Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Fonte de Dados	Periodicidade	Responsável
Reduzir custos com readmissões	Custos associados a readmissões evitáveis	$(\text{Custo internamento} \times \text{N}^\circ \text{ readmissões}) \div \text{total}$	-15%	SIGIC / Contabilidade	Semestral	Direção Financeira / Administração
Otimizar utilização do SU	Taxa de ocupação por readmissão evitável	$\text{N}^\circ \text{ camas ocupadas} \div \text{total camas SU} \times 100$	$\leq 5\%$	Dashboard SU	Mensal	Coordenação do Serviço de Urgência
Sustentar economicamente o programa	ROI do modelo	$(\text{Custos evitados} - \text{custos do programa}) \div \text{custos do programa}$	$\text{ROI} \geq 1,5$	Relatórios financeiros	Anual	Administração da PPP (Grupo Ribera Salud)

Quadro 5.7.6. - Perspetiva de Qualidade e Segurança / Governação

Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Fonte de Dados	Periodicidade	Responsável
Assegurar governação clínica integrada	Nº de reuniões de monitorização realizadas	Contagem	$\geq 1/\text{mês}$	Atas e relatórios de reunião	Mensal	Administração / Direção Clínica
Reforçar cultura de segurança do doente	Taxa de eventos adversos reportados (por 1.000 episódios)	$\text{N}^\circ \text{ eventos} \div \text{N}^\circ \text{ episódios} \times 1.000$	$\leq \text{benchmark nacional}$	Sistema de Notificação Interno	Mensal	Gabinete de Qualidade e Segurança
Garantir conformidade com auditorias	Percentagem de auditorias com conformidade $\geq 90\%$	$\text{N}^\circ \text{ auditorias conformes} \div \text{N}^\circ \text{ total} \times 100$	$\geq 90\%$	Relatórios de auditoria	Semestral	Coordenação de Qualidade
Sustentar a melhoria contínua	Nº de ações corretivas implementadas	Contagem	$\geq 5/\text{ano}$	Relatórios PDSA	Anual	Direção Clínica e Administração

(Fonte: Elaboração própria, 2025)

A definição das metas do *Balanced Scorecard* resultou de um processo sistemático de alinhamento entre a evidência científica, a realidade operacional do Serviço de Urgência e os referenciais estratégicos do Hospital de Cascais. As metas foram estabelecidas a partir de *benchmarks* nacionais e internacionais, de dados históricos do hospital e de recomendações provenientes da literatura sobre *follow-up* pós-alta em doentes críticos. Por exemplo, a meta de inclusão de $\geq 95\%$ dos doentes elegíveis decorre da necessidade de garantir cobertura quase universal dos casos de maior risco clínico; o objetivo de contacto clínico em ≤ 48 horas foi definido com base em múltiplas revisões sistemáticas que evidenciam o impacto do contacto

precoce na redução de readmissões; e o ROI $\geq 1,5$ na perspectiva financeira deriva de análises de custo-efetividade que sustentam a viabilidade económica de modelos digitais de transição de cuidados.

Tomando estas três metas como referência, as restantes foram definidas através de metodologias equivalentes e ajustadas à natureza de cada perspectiva do *Balanced Scorecard*, assegurando coerência entre dimensões e alinhamento com os objetivos estratégicos institucionais. Cada indicador foi estruturado segundo critérios de relevância clínica, mensurabilidade e aplicabilidade operacional, garantindo consistência metodológica e sustentabilidade na avaliação futura do modelo.

Em conjunto, estas seis perspectivas configuram um modelo integrado de monitorização do desempenho do *follow-up* pós-alta, permitindo uma visão equilibrada entre eficiência, qualidade, segurança, experiência do utente e sustentabilidade organizacional. A consolidação deste *Balanced Scorecard* assegura a integração plena da governação clínica e estratégica do Hospital de Cascais.

5.8. Sustentabilidade e Perspetivas Futuras

A sustentabilidade do modelo de *follow-up* pós-alta assenta na sua integração plena na estratégia institucional do Hospital de Cascais e na capacidade de gerar valor clínico, organizacional e económico de forma continuada. A incorporação dos indicadores definidos no *Balanced Scorecard* hospitalar permitirá alinhar o projeto com os eixos estratégicos de qualidade, segurança, inovação e eficiência, reforçando a *accountability* perante a gestão e os organismos reguladores. A replicabilidade constitui outro elemento central de sustentabilidade. O modelo foi concebido de forma modular, podendo ser adaptado a outros serviços clínicos e a diferentes unidades hospitalares da rede Ribera Salud. Esta flexibilidade facilita a disseminação de boas práticas dentro do grupo e posiciona o Hospital de Cascais como referência para a inovação organizacional em saúde, tanto a nível nacional como europeu. No horizonte futuro, prevê-se a evolução do modelo através da incorporação progressiva de soluções digitais mais avançadas. Entre estas destacam-se a utilização de *chatbots* para apoio inicial ao contacto, sistemas de inteligência artificial para estratificação de risco dinâmico e plataformas de telemonitorização que permitam acompanhamento remoto em tempo real. A conjugação destas ferramentas com a componente humana multiprofissional reforçará a natureza híbrida do modelo, equilibrando tecnologia e humanização do cuidado. O contributo para o sistema de saúde nacional não deve ser negligenciado. Ao reduzir readmissões evitáveis, otimizar a utilização de recursos hospitalares e melhorar a experiência dos utentes, o projeto alinha-se com as prioridades do Plano Nacional de Saúde 2021–2030 e com os objetivos de sustentabilidade do SNS. Além disso, cria evidência local que pode informar a formulação de políticas públicas sobre continuidade de cuidados e integração hospital-comunidade. Em síntese, a sustentabilidade do modelo decorre da sua capacidade de se tornar parte integrante da cultura organizacional do hospital, de se expandir a outros contextos e de evoluir em consonância com os avanços tecnológicos e científicos. O projeto não se limita a resolver uma lacuna identificada: constitui uma oportunidade de transformação estrutural, capaz de reposicionar o Hospital de Cascais como líder na inovação em transição de cuidados e como agente ativo na redefinição das práticas assistenciais a nível nacional e internacional.

6. Conclusões

O presente estudo demonstrou que a continuidade de cuidados após a alta direta do Serviço de Urgência em doentes críticos constitui uma das principais fragilidades do sistema de saúde português. A partir de uma abordagem aplicada, ancorada na evidência científica e na realidade operacional do Hospital de Cascais, foi desenvolvido um modelo inovador de *follow-up* pós-alta, concebido como instrumento de governação clínica, tecnológica e organizacional. A análise integrada, assente numa revisão de literatura, em entrevistas a decisores clínicos e gestores e em questionários aplicados a profissionais de saúde, confirmou que a ausência de protocolos estruturados, a sobrecarga organizacional e a escassa integração tecnológica comprometem a segurança clínica, a eficiência assistencial e a experiência do utente.

A evidência nacional e internacional analisada aponta para a pertinência de modelos de *follow-up* precoce, baseados em contacto estruturado até 48 horas após a alta, reforço da literacia terapêutica, utilização do *teach-back* para validar a compreensão e integração de registos clínicos em plataformas digitais com capacidade de monitorização em tempo real. Estes elementos convergem para um modelo híbrido, que alia tecnologia e humanização, capaz de reduzir readmissões precoces e otimizar a utilização de recursos hospitalares.

Para o Serviço Nacional de Saúde, a adoção deste tipo de abordagem representa uma oportunidade estratégica de alinhar-se com as melhores práticas internacionais, reforçando a continuidade assistencial e promovendo ganhos em qualidade, segurança e sustentabilidade económica.

Para o Grupo Ribera, a institucionalização de um modelo estruturado de *follow-up* no Hospital de Cascais constitui não apenas uma resposta às necessidades locais, mas também uma vitrine de inovação organizacional e digital em Portugal, passível de replicação noutras unidades da rede.

Em síntese, este trabalho confirma que o investimento em modelos de *follow-up* pós-alta para doentes críticos do SU não é apenas desejável, mas essencial. A sua implementação faseada, acompanhada de monitorização rigorosa e ancorada em instrumentos como o *Balanced Scorecard*, permitirá transformar uma fragilidade estrutural em vantagem competitiva, contribuindo para a sustentabilidade do SNS e para a consolidação do Hospital de Cascais como referência em qualidade e inovação em saúde.

Referências Bibliográficas

- Abu Jaber, A. A., & Nashwan, A. J. (2022). Balanced scorecard-based hospital performance measurement framework. *Health Services Research Journal*.
- Abu Jaber, D., Al Shobaki, M. J., Abu Amuna, Y. M., & Abu-Naser, S. S. (2022). The impact of a modified balanced scorecard approach in hospitals: Inclusion of the quality of care perspective. *Journal of Health Management*, 24(1), 76–88.
- Adler-Milstein, J., & Jha, A. K. (2017). HITECH Act drove large gains in hospital electronic health record adoption. *Health Affairs*, 36(8), 1416–1422. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1651>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bradbury, H., Waddell, S., O'Brien, K., & Apgar, M. (2019). A call to action research for transformations: The transformative potential of action research in times of crisis. *Action Research*, 17(3), 275–291.
- Bressman, E., Balu, S., Henry, K. E., Robinson, M. L., & Shah, N. H. (2024). Automated text message–based program and use of acute care resources after hospital discharge: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 7(4), e243701. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.3701>
- Casey, M., Coghlan, D., Carroll, Á., Stokes, D., Roberts, K., & Hynes, G. (2021). Application of action research in the field of healthcare: A scoping review protocol. *HRB Open Research*, 4, 46. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13276.2>
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2023). HCAHPS: Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems. <https://hcahpsonline.org>
- Chen, Y., Guo, Y., He, H., & Zhang, Y. (2020). Application of PDCA cycle management in nursing management of critically ill patients during the COVID-19 pandemic. *Annals of Palliative Medicine*, 9(6), 3444–3450. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1621>
- CipherHealth. (2020). CipherHealth's outreach solutions reduce hospital readmissions by 56 percent [Case study]. <https://cipherhealth.com/resource/case-study/cipherhealths-outreach-solutions-reduce-hospital-readmissions-by-56-percent/>
- Coleman, E. A., Mahoney, E., & Parry, C. (2005). Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: The Care Transitions Measure. *Medical Care*, 43(3), 246–255. <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006). The Care Transitions Intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1822–1828.

- EIT Health, & McKinsey & Company. (2020). Transforming healthcare with AI: The impact on the workforce and organizations.
- Fernández-Salido, M., Alhambra-Borrás, T., Casanova, G., & Garcés-Ferrer, J. (2024). Value-based healthcare delivery: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2), 134.
- Field, A. (2013). Discovering statistics using IBM SPSS statistics (4th ed.). *SAGE Publications*.
- Flick, U. (2018). An introduction to qualitative research (6th ed.). *SAGE Publications*.
- Fruhan, S. A., Mullins, A. W., Beaudoin, F. L., Zenker, C., Donnelly, M., Stone, K., & Merchant, R. M. (2022). Association of a callback program with emergency department revisit rates among patients seeking emergency care. *JAMA Network Open*, 5(5), e2212575. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.12575>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31.
- GS1. (2018). GS1 Healthcare Reference Book 2018–2019: Global standards improving patient safety and operational efficiency. *GS1 AISBL*. <https://www.gs1.org/healthcare>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., & Shaw, S. (2022). Digital transformation in healthcare: A qualitative synthesis of patient-experience evidence. *The Lancet Digital Health*, 4(2), e93–e105. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(21\)00265-2](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00265-2).
- Harrison, P. L., Hara, P. A., Pope, J. E., Young, M. C., & Rula, E. Y. (2011). The impact of postdischarge telephonic *follow-up* on hospital readmissions. *Population Health Management*, 14(1), 27–32. <https://doi.org/10.1089/pop.2009.0076>
- Healthcare Information and Management Systems Society. (2021). Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM): Criteria and stages. <https://www.himss.org/what-we-do-solutions/digital-health-transformation/maturity-models/emram>
- Healthcare Information and Management Systems Society. (2022, June 16). HIMSS22 Europe celebrates healthcare systems validated at EMRAM Stages 6 and 7. <https://www.himss.eu/news/himss22-europe-celebrates-healthcare-systems-validated-emram-stages-6-and-7>
- Hill, J. E., Stephani, A.-M., Sapple, P., & Clegg, A. J. (2020). The effectiveness of continuous quality improvement for developing professional practice and improving healthcare outcomes: A systematic review. *Implementation Science*, 15, 23. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0975-2>
- Hospital de Cascais. (2025). Serviços de urgência – organização e triagem.

- Hospital de Vila Franca de Xira. (2022, março). Unidade de Cuidados Intensivos implementa "Consulta de *Follow-up*". Portal ULS Estuário do Tejo. <https://www.hospitalvilafrancadexira.pt/noticias/unidade-de-cuidados-intensivos-implementa-consulta-de-follow-up>.
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. (2022, maio). HFF reforça cuidados ao doente crítico com Consulta de *Follow-up* [Notícia]. Ministério da Saúde. <https://hff.min-saude.pt/hff-reforca-cuidados-ao-doente-critico-com-consulta-de-follow-up-2/>.
- Infermedica. (2025). AI-powered patient triage and symptom checker. <https://infermedica.com/>
- International Organization for Standardization. (2015a). ISO 9001:2015 Quality management systems – Requirements. ISO.
- International Organization for Standardization. (2015b). ISO 14001:2015 Environmental management systems – Requirements with guidance for use. ISO.
- Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418–1428.
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.
- Joint Commission International. (2021). Joint Commission International accreditation standards for hospitals (7th ed.). *Joint Commission Resources*.
- Kaizen Institute. (2016). Kaizen Lean Award 2016: Recognizing excellence in continuous improvement. *Kaizen Institute Consulting Group*.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research*. Springer.
- Knudsen, S. V., Laursen, H. V. B., Johnsen, S. P., Bartels, P. D., Ehlers, L. H., & Mainz, J. (2019). Can quality improvement improve the quality of care? A systematic review of reported effects and methodological rigor in plan-do-study-act projects. *BMC Health Services Research*, 19, 683. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4482-6>
- Kripalani, S., Jackson, A. T., Schnipper, J. L., & Coleman, E. A. (2007). Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 2(5), 314–323.
- Lee, K. K., Yang, J., Hernandez, A. F., Steimle, A., Go, A. S., Curtis, L. H., & Chang, P. (2020). In-person clinic *follow-up* within 7 days after discharge from a heart failure hospitalization is associated with lower 30-day readmission. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 13(10), e006553. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006553>

- Liu, Z., Zhang, X., Chen, L., Wang, J., & Huang, Y. (2025). Critical revisits after discharge from the emergency department. *International Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12245-025-00847-x>
- Lukanski, A., Watters, S., Bilderback, A. L., Buchanan, D., Hodges, J. C., Burwell, D., Triola, A., Marroquin, O. C., Martin, S. C., Zapf, R. L., Kip, P. L., & Minnier, T. E. (2023). Implementing a discharge *follow-up* phone call program reduces readmission rates in an integrated health system. *Journal of Healthcare Quality*, 45(6), 315–323. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000400>.
- McPeake, J., MacTavish, P., Puxty, K., Crook, C., & Quasim, T. (2025). *Patient and family member experience of hospital readmission following critical illness*. *Intensive & Critical Care Nursing*, 87, 103890. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103890>.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Montgomery, A., Doulougeri, K., & Panagopoulou, E. (2015). Implementing action research in hospital settings: A systematic review. *Journal of Health Organization and Management*, 29(6), 729–749. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2013-0203>
- Moreno-Poyato, A. R., González-Serna, J. M., Martínez-Riera, J. R., & Leyva-Moraga, F. A. (2022). A systematic review on the use of action research methods in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1658–1673. <https://doi.org/10.1111/jan.15463>
- Mourad, M. (2020a). Post-discharge *follow-up* phone call. PSNet – AHRQ.
- Mourad, M. (2020b). The power of post-discharge phone calls. *Agency for Healthcare Research and Quality*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018a). Emergency and acute medical care in over 16s: Service delivery and organization (NG94). *NICE*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018b). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs (NG27). *NICE*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018c). Post-discharge early *follow-up* clinics: Evidence review. *NICE*.
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746–754.
- Nguyen, H. Q., Baecker, A., *et al.* (2021). Association between post-hospital clinic and telephone *follow-up* provider visits with 30-day readmission risk in an integrated health system. *BMC Health Services Research*, 21, 826. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06720-3>

- Nguyen, V. T., Nguyen, H. Q., Nguyen, A. N., & Tran, N. T. (2021). The impact of *follow-up* interventions on readmission rates: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 21, 558.
- OECD. (2023a). Integrated care for better health outcomes. OECD Health Policy Studies.
- OECD. (2023b). Strengthening health systems through integrated care and *follow-up* pathways: Lessons from acute settings. OECD Health Policy Studies.
- Patton, M. Q. (2015). Qualitative research & evaluation methods (4th ed.). *SAGE Publications*.
- Portal da Transparência do SNS. (2024). Atendimentos por tipo de urgência hospitalar e por triagem de Manchester.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50–70. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>.
- Pugh, J., Penney, L. S., Noël, P. H., Neller, S., Mader, M., Finley, E. P., & Leykum, L. (2021). Evidence-based processes to prevent readmissions: More is better, a ten-site observational study. *BMC Health Services Research*, 21, 189. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06193-x>
- Reason, P., & Bradbury, H. (2008). The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice (2nd ed.). *SAGE Publications*.
- Ribera Salud. (2023). *Memoria corporativa: Innovación, digitalización y salud integrada*. Grupo Ribera Salud. <https://www.riberasalud.com>
- Rotherham Doncaster and South Humber NHS Foundation Trust. (2022). 72-hour *follow-up* technical guide. *RDaSH*.
- Sectra Medical. (n.d.). Hospital de Cascais integrates Sectra PACS with EMR for universal image access. <https://medical.sectra.com/customer-stories/hospital-de-cascais>.
- Simões, J., Augusto, G. F., & Fronteira, I. (2017). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(2). European Observatory on Health Systems and Policies / World Health Organization.
- Silva, S. M. da. (2017). Caso pedagógico: Eficiência operacional no serviço de urgência (2012–2015) [Dissertação de mestrado, ISCTE-IUL]. Repositório do ISCTE.
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 290–298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>.
- Topol, E. (2019). The Topol Review: Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. NHS Health Education England. <https://topol.hee.nhs.uk/>.
- Tyler, C. M., Brock, J., Foy, A., & Marsteller, J. A. (2023). Transitional care interventions and hospital readmissions: A meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(2), e2255037.

- Tyler, N., *et al.* (2023). Transitional care interventions may reduce readmission for low- and medium-complexity patients. *JAMA Network Open*.
- Wang, E. (2021). Improving post-discharge outcomes using automated text messaging [Doctoral dissertation, George Washington University]. *Himmelfarb Health Sciences Research Commons*.
- Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., & De Koning, K. (2001). Action research: A systematic review and guidance for assessment. *Health Technology Assessment*, 5(23), iii–157. <https://doi.org/10.3310/hta5230>
- World Health Organization. (2022a). Data and digital solutions to enhance patient safety and continuity of care. *WHO*.
- World Health Organization. (2022b). Digital health interventions to support people after hospital discharge. *WHO Publications*.
- World Health Organization. (2023). *Framework on integrated, people-centred health services: Implementation strategy 2023–2030*. WHO.
- Zhang, X., Zhang, Q., Sun, J., Li, Y., & Wang, Y. (2024). ICU follow-up services and their impact on post-intensive care outcomes. *Critical Care*, 28, artigo PMC11574462. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11574462/>.
- Yen, P. H., *et al.* (2019). Use and effectiveness of the teach-back method in patient education. *Patient Education and Counseling*.
- Yen, P. Y., Titler, M. G., & Schneider, S. (2019). Use of the teach-back method in the emergency department to improve discharge instructions. *Journal of Patient Experience*, 6(3), 220–225.

ANEXOS

ANEXO A
(Guião das entrevistas)

Guião de Entrevista - Projeto de *Follow-up* Pós-Alta

Entrevista Semi Estruturada

Objetivo: Compreender as perceções dos profissionais sobre o acompanhamento pós-alta, identificar lacunas e recolher sugestões para um modelo estruturado.

Perfil-alvo: o enfermeiro gestor do Serviço de Urgência, a assistente social do mesmo serviço, a enfermeira diretora do hospital e a gestora de produção e planeamento.

Estrutura da Entrevista:

1. Introdução

- Explicação do objetivo da entrevista e garantia de confidencialidade.

2. Questões Abertas

- Como descreveria o atual processo de seguimento pós-alta para os doentes críticos?
- Quais são, na sua perspetiva, os maiores obstáculos à continuidade de cuidados após a alta?
- Quais são, na sua perspetiva, as vantagens à continuidade de cuidados após a alta?
- Como seria, na sua opinião, um modelo ideal de seguimento após alta do SU?
- Que recursos seriam necessários para implementar um modelo desses?
- Qual o papel dos profissionais de saúde nesse processo? E da tecnologia?
- Considera que a implementação de IA no *follow-up* seria viável? Porquê?

3. Encerramento

- Agradecimento e possibilidade de partilha do relatório final

ANEXO B
(Transcrição e síntese das entrevistas)

Transcrição resumida – Entrevistas semiestruturadas

Nota introdutória:

A seguir apresenta-se o resumo das entrevistas semiestruturadas realizadas à amostra intencional descrita no capítulo 3.4. Embora aqui se sintetizem apenas os pontos mais relevantes, importa referir que a entrevista decorreu até se atingir a saturação temática, garantindo consistência e profundidade na recolha das perceções.

Entrevista 1 – S.M.S.

Entrevistador: Como descreveria o atual processo de seguimento pós-alta para os doentes críticos?

S.M.S.: Olhe... neste momento esse acompanhamento não existe de forma estruturada. O que temos são situações muito pontuais, como consultas pós-urgência, normalmente ligadas a resultados de exames. Mas um processo formal, não existe. É frequente até vermos doentes que voltam várias vezes à urgência, críticos e não críticos, por motivos como a falta de continuidade de cuidados nos Cuidados de Saúde Primários, insegurança em casa — seja do próprio ou da família — e a multiplicidade de problemas clínicos que acabam ligados à vinda anterior à urgência.

Entrevistador: E quais diria que são os maiores obstáculos à continuidade de cuidados?

S.M.S.: Pois... primeiro, porque a continuidade pós-alta nem sequer faz parte do descritivo funcional da urgência. Não há recursos escalados, nem preparação para isso. E depois, a urgência já está sobrecarregada: demasiados doentes em sala de observação, casos sociais, transferências... tudo isso ocupa tempo e tira margem para pensar em seguimento. Falta também uma visão mais “urgencista”, centrada no motivo exato da vinda ao SU, em vez de se investigar demasiado. E há profissionais menos experientes que atrasam altas. Sem esquecer que muitos utentes nem médico de família têm — acabam por encarar uma consulta pós-urgência como um acompanhamento para tudo, agudo e crónico, o que gera confusão de fronteiras.

Entrevistador: E quais são, então, as vantagens do modelo atual?

S.M.S.: Bem... vantagens, só em teoria. Como não há *follow-up*, existe menos contacto com o utente e menos compromisso de seguimento. Isso pode obrigar a focar apenas no problema inicial. Em teoria até poderia dissuadir alguns de recorrer à urgência por tudo, já que não esperam esse acompanhamento.

Entrevistador: E como seria o modelo ideal?

S.M.S.: Eu faria dois percursos: um para críticos e outro para não críticos. Hoje, como os Cuidados de Saúde Primários não dão resposta, os não críticos ainda vêm muito ao hospital — metade das admissões, no nosso caso, são pouco ou nada urgentes. Aqui o *follow-up* ajudava, sobretudo em situações de exames pendentes, permitindo altas precoces. Esse seguimento podia ser feito por teleconsulta ou até assistentes virtuais. Para críticos, criaria *clinical pathways* distintos. Nas altas contra parecer ou abandonos, começaria com assistentes virtuais para perceber o que fizeram ou porque saíram. Nas altas clínicas, marcaria teleconsulta ou presencial em 24-48h. E, se não houvesse recursos suficientes, os assistentes virtuais ajudariam a filtrar os casos que precisassem de contacto clínico, evitando complicações ou readmissões.

Entrevistador: Que recursos seriam necessários?

S.M.S.: Hoje já é possível. Os assistentes virtuais fazem a primeira abordagem. Depois entram enfermeiros e, em último recurso, médicos. Bastava ter fluxogramas claros e segui-los.

Entrevistador: E o papel dos profissionais e da tecnologia?

S.M.S.: A tecnologia deve ser o motor inicial — seleciona quem precisa de cuidados diferenciados. Os profissionais entram depois, para o trabalho clínico propriamente dito.

Entrevistador: Acha viável aplicar inteligência artificial no *follow-up*?

S.M.S.: Sim, sem dúvida. Já acontece noutros contextos, como cirúrgico ou em doentes crónicos. Pode ser por SMS, telemonitorização, teleconsulta. O importante é garantir que o utente é acompanhado ao longo da jornada e até possa contactar o hospital quando algo não está bem, sem precisar de voltar à urgência. Já há empresas a fazer isso, como a Uphill.

Entrevista 2 - I.P.L.

Entrevistador: Como descreveria o atual processo de seguimento pós-alta para os doentes críticos?

I.P.L.: Diria que é praticamente inexistente. Pode haver algum caso muito pontual, em que se encaminha ou se tenta dar seguimento numa consulta, mas isso não acontece de forma estruturada.

Entrevistador: E quais considera os maiores obstáculos a essa continuidade?

I.P.L.: Olhe, eu vejo dois grandes problemas: primeiro, não existe um processo organizado e com indicadores de acompanhamento definidos. Segundo, há escassez de recursos humanos, o que inviabiliza alocar uma equipa dedicada a este tipo de projeto.

Entrevistador: E no processo atual, o que destacaria como vantagens?

I.P.L.: Bem, as vantagens seriam sobretudo na prevenção de complicações e readmissões no serviço de urgência. Ao assegurar a transição de cuidados, melhora-se também a experiência do doente. Além disso, seria mais fácil criar ligação com programas como a Hospitalização Domiciliária, quando necessário.

Entrevistador: Então, como seria para si o modelo ideal de seguimento?

I.P.L.: Para mim, o ideal seria haver contacto telefónico logo nas primeiras 24 horas. Esse contacto podia estar suportado por algoritmos que desencadeassem “triggers” de gravidade para os enfermeiros ou médicos responsáveis. Se não houvesse necessidade de cuidados adicionais, o utente deveria ser encaminhado para o seu médico de família.

Entrevistador: Que recursos seriam indispensáveis para implementar esse modelo?

I.P.L.: A base tem de ser tecnológica. Um assistente virtual com script para os telefonemas, ligação com os ACES para marcação ou encaminhamento de consultas, e depois, claro, enfermeiros e médicos que possam intervir quando o sistema detetasse necessidade.

Entrevistador: E o papel dos profissionais? E da tecnologia?

I.P.L.: Os profissionais têm de ser os responsáveis, os garantes da continuidade de cuidados. A tecnologia é o suporte: ajuda a gerir recursos, dá eficiência, e permite recolher dados úteis para avaliação posterior.

Entrevistador: E, finalmente, a inteligência artificial no *follow-up*: seria viável?

I.P.L.: Sim, seria perfeitamente viável. Já existem exemplos, e os ganhos são evidentes: melhor eficiência, deteção precoce de problemas, maior segurança no processo.

Entrevista 3 – L.G.

Entrevistador: Como descreveria o atual processo de seguimento pós-alta para os doentes críticos?

L.G.: Bom... atualmente é bastante limitado. O que existe são contactos muito pontuais através de consultas hospitalares subsequentes. Mas um circuito estruturado, integrado, que assegure monitorização ativa após a alta do SU... isso não existe. Na prática, o doente acaba encaminhado para o médico de família ou para consultas hospitalares, mas sem mecanismos eficazes de acompanhamento imediato.

Entrevistador: E quais são, na sua perspetiva, os maiores obstáculos?

L.G.: Eu diria que são três principais. Primeiro, a falta de articulação formal entre hospital e cuidados de saúde primários. Segundo, a escassez de recursos humanos que possam estar dedicados ao *follow-up* ativo. E terceiro, as limitações tecnológicas: não temos plataformas integradas que permitam partilhar informação clínica de forma rápida entre níveis de cuidados. Claro que a carga assistencial do SU é enorme, o que tira tempo para este acompanhamento. E há ainda uma responsabilização difusa — não está definido quem é responsável pelo seguimento imediato após a alta.

Entrevistador: Apesar disso, identifica vantagens no processo de alta atual?

L.G.: Sim, algumas. O SU tem capacidade de resposta imediata em caso de complicações precoces. Temos uma equipa multidisciplinar competente, capaz de organizar referenciações para consultas de especialidade, e há flexibilidade clínica para pedir exames ou avaliações

adicionais quando é preciso. Além disso, vejo a aproximação à hospitalização domiciliária como uma oportunidade para se aproximar do modelo ideal de continuidade.

Entrevistador: E como seria, então, esse modelo ideal de seguimento?

L.G.: Para mim, teria de ser um modelo estruturado e protocolado, com critérios claros de inclusão. Deveria ser multidisciplinar, envolver médicos, enfermeiros e assistentes sociais, e articular-se eficazmente com os cuidados de saúde primários. A tecnologia teria um papel central, com telemonitorização, chamadas de *follow-up*, plataformas digitais seguras para partilha de dados. E claro, teria de ser centrado no doente e na família, garantindo acompanhamento personalizado e humanizado.

Entrevistador: Que recursos seriam necessários para isso?

L.G.: Antes de mais, profissionais dedicados: médicos e enfermeiros com tempo afeto ao seguimento. Formação específica, tanto em comunicação como em ferramentas digitais. Uma plataforma tecnológica integrada, com interoperabilidade real entre hospital e cuidados primários. Protocolos institucionais claros, e apoio administrativo que permita organizar agendas, registos, contactos.

Entrevistador: Qual seria o papel dos profissionais e da tecnologia?

L.G.: Os profissionais continuam a ser o centro: avaliar, decidir, acompanhar. Garantem a qualidade clínica e o vínculo humano, que nenhuma máquina substitui. Já a tecnologia é uma facilitadora: organiza, monitoriza à distância, agiliza comunicação entre níveis de cuidados. Não substitui o contacto humano, mas potencia-o.

Entrevistador: Acha viável usar inteligência artificial neste processo?

L.G.: Sim, acho viável. A IA pode estratificar risco na alta, identificar quem precisa de maior vigilância, apoiar decisão clínica com alertas precoces, e otimizar recursos, priorizando os contactos de *follow-up* em função da gravidade. Também pode recolher e analisar dados em larga escala, contribuindo para melhoria contínua. Claro que tem de ser introduzida de forma gradual e sempre subordinada à decisão clínica humana.

Entrevista 4 – R.F.

Entrevistador: Como descreveria o atual processo de seguimento pós-alta para os doentes críticos?

R.F.: Olhe, eu diria que é razoável. Não está estruturado como devia, mas há algum esforço.

Entrevistador: E quais são, na sua perspetiva, os maiores obstáculos à continuidade de cuidados após a alta?

R.F.: Do ponto de vista do Serviço Social, o maior problema é a falta de vagas nas respostas adequadas aos utentes. Muitas vezes temos casos identificados, mas não há retaguarda suficiente na comunidade para lhes dar continuidade.

Entrevistador: E no processo atual, o que considera como vantagens?

R.F.: A principal vantagem é permitir a recuperação ou estabilização do doente, evitando complicações, alterações do estado de saúde ou intercorrências clínicas.

Entrevistador: Como seria, na sua opinião, um modelo ideal de seguimento pós-alta?

R.F.: Eu vejo como essencial a existência de uma equipa multidisciplinar dedicada ao acompanhamento, sobretudo dos utentes mais vulneráveis: os casos isolados, sem retaguarda familiar, sem rede de suporte. Para esses, a proximidade no pós-alta faz toda a diferença.

Entrevistador: Que recursos seriam necessários para concretizar esse modelo?

R.F.: Formação de equipas e reforço de recursos humanos. Sem isso, não há como garantir acompanhamento consistente.

Entrevistador: E o papel dos profissionais e da tecnologia?

R.F.: Os profissionais são fundamentais — a equipa clínica, enfermeiros e médicos, são quem garante monitorização e acompanhamento. A tecnologia pode ser uma ajuda, sobretudo para fazer uma triagem rápida de necessidades. Mas nunca substitui o olhar clínico.

Entrevistador: Acha viável introduzir inteligência artificial neste processo?

R.F.: Sim, acho. Seria útil para identificar casos que precisam mesmo de acompanhamento no pós-alta. Pode ajudar a priorizar e tornar a resposta mais prática e eficiente.

ANEXO C
(Questionário Aplicado)

Questionário de Satisfação Adaptado (Base: CTM-15 e HCAHPS)

Este questionário foi desenvolvido para avaliar a percepção dos **profissionais de saúde** relativamente ao processo de alta hospitalar e ao eventual acompanhamento pós-alta no Serviço de Urgência. A sua construção baseia-se na adaptação de dois instrumentos internacionalmente validados:

- **CTM-15 (Care Transitions Measure)**, desenvolvido por Coleman *et al.* (2005), que avalia a qualidade percebida na transição de cuidados, com foco na clareza das recomendações e continuidade assistencial.
- **HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)**, um questionário padronizado amplamente aplicado nos Estados Unidos (Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS], 2023), que mede aspetos como comunicação, instruções na alta e coordenação da equipa de saúde.

Escala de Resposta

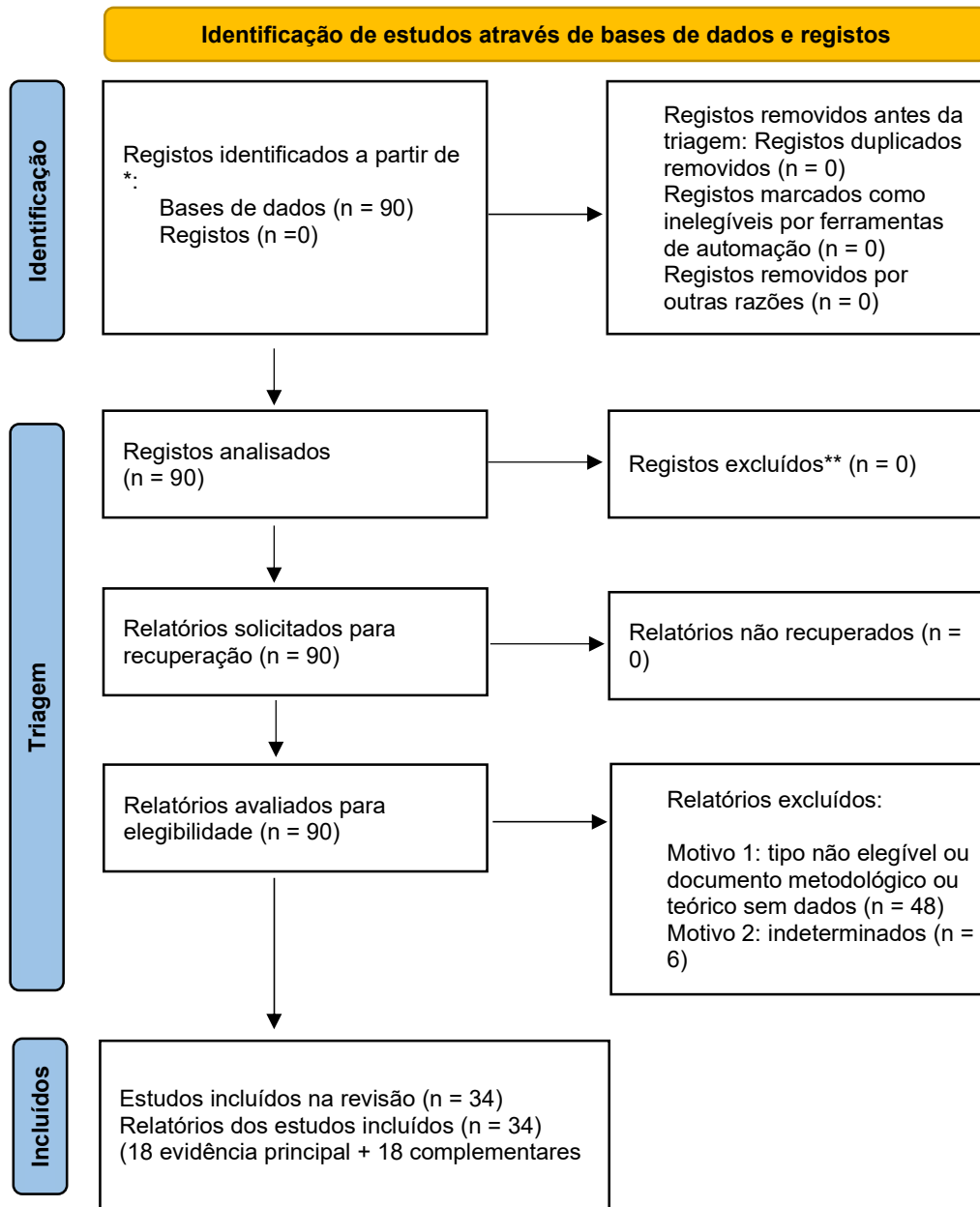
Likert de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente).

Item	Questão	1	2	3	4	5
1	As instruções de alta fornecidas aos doentes são claras e consistentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Existe coordenação eficaz entre profissionais no momento da alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Os protocolos de alta disponíveis são adequados às necessidades clínicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tenho tempo suficiente para explicar as recomendações de alta aos doentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Existem canais institucionais formais para apoio ao doente após a alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	O sistema de informação facilita a transmissão de dados relevantes na alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	O seguimento pós-alta contribui para reduzir o risco de readmissão precoce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Existe articulação adequada entre o SU e os cuidados de saúde primários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sinto que tenho apoio da instituição para implementar <i>follow-up</i> pós-alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	O modelo de <i>follow-up</i> é relevante para a segurança do doente crítico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO D
(Fluxograma PRISMA 2020)

PRISMA 2020 flow diagram



Adaptado de: Page MJ, *et al.* BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

This work is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

ANEXO E
(Quadro com os estudos incluídos na revisão)

1. Resumo global da revisão

Indicador	N
Identificados (total workbook)	90
Duplicados detectados	0
Excluídos (qualidade/tipo)	48
Indeterminados	6
Incluídos (evidência principal)	18
Complementares	18
Grupo	Incluídos
RS/Meta-análise	14
Cohort	3
Qualitativo	1

2. Estudos incluídos

Association between post-hospital clinic and telephone <i>follow-up</i> provider visits with 30-day readmission risk in an integrated health system	Nguyen, H. Q., Baecker, A., <i>et al.</i>
Ano: 2021 Grupo: Cohort Fonte_Sheet: Cohort JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 4 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 2 JBI_Total: 6 OA: Link: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06848-9	
Investigating Patient Engagement with Postdischarge Texting Programme	Bruce <i>et al.</i>
Ano: 2024 Grupo: Cohort Fonte_Sheet: Cohort JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 4 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 2 JBI_Total: 6 OA: Link: https://bmjopen.bmj.com/content/14/3/e079775	
Action research: A systematic review and guidance for assessment	Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., & De Koning, K.
Ano: 2001 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 7 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 2 JBI_Total: 9 OA: Link: https://njl-admin.nihr.ac.uk/document/download/2004475	
Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare	Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E.
Ano: 2014 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 6 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 3 JBI_Total: 9 OA: Link: https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/290	
Implementing action research in hospital settings: A systematic review	Montgomery, A., Doulougeri, K., & Panagopoulou, E.
Ano: 2015 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 7 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 2 JBI_Total: 9 OA: Link: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26394255/	

Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions	Braet <i>et al.</i>
Ano: 2016 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 8 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 9 OA: Link: https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2016/02000/effectiveness_of_discharge_interventions_from.10.aspx	
Can quality improvement improve the quality of care? A systematic review of reported effects and methodological rigor in plan-do-study-act projects	Knudsen, S. V., Laursen, H. V. B., Johnsen, S. P., Bartels, P. D., Ehlers, L. H., & Mainz, J.
Ano: 2019 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 7 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 2 JBI_Total: 9 OA: Link: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4482-6	
Critical revisits after discharge from the emergency department	Liu, Z., Zhang, X., Chen, L., Wang, J., & Huang, Y.
Ano: 2025 Grupo: Cohort Fonte_Sheet: Cohort JBI_Status: Aceitável_JBI JBI_Sim: 7 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 8 OA: Sim Link: https://intjem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12245-025-00847-x	
The effectiveness of continuous quality improvement for developing professional practice and improving healthcare outcomes: A systematic review	Hill, J. E., Stephani, A.-M., Sapple, P., & Clegg, A. J.
Ano: 2020 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 5 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 4 JBI_Total: 9 OA: Link: https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01043-0	
The impact of <i>follow-up</i> interventions on readmission rates: A systematic review	Nguyen, V. T., Nguyen, H. Q., Nguyen, A. N., & Tran, N. T.
Ano: 2021 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 5 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 4 JBI_Total: 9 OA: Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4249925/	
A systematic review on the use of action research methods in mental health nursing	Moreno-Poyato, A. R., González-Serna, J. M., Martínez-Riera, J. R., & Leyva-Moraga, F. A.
Ano: 2022 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 7 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 2 JBI_Total: 9 OA: Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10092408/	
Barriers and Facilitators of Postdischarge Care for Diverse Populations	Choi <i>et al.</i>
Ano: 2023 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 7 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 2 JBI_Total: 9 OA: Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10125127/	

Transitional care interventions and hospital readmissions: A meta-analysis	Tyler, C. M., Brock, J., Foy, A., & Marsteller, J. A.
Ano: 2023 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 6 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 3 JBI_Total: 9 OA: Link: https://bmjopen.bmj.com/content/11/1/e040057	
Effectiveness of Post-Discharge Contacts on Health Care Utilization and Patient Satisfaction	Boggan <i>et al.</i>
Ano: 2024 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 8 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 9 OA: Sim Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11656482/	
ICU <i>follow-up</i> services and their impact on post-intensive care outcomes	Zhang <i>et al.</i>
Ano: 2024 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 6 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 3 JBI_Total: 9 OA: Sim Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11574462/	
Outpatient <i>Follow-up</i> Visits to Reduce 30-Day All-Cause Readmissions for Heart Failure, COPD, Myocardial Infarction, and Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis	Bilicki <i>et al.</i>
Ano: 2024 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 8 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 9 OA: Link: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2024/24_0138.htm	
Effectiveness of Synchronous Postdischarge Contacts on Health Care Use and Patient Satisfaction	Boggan <i>et al.</i>
Ano: 2025 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 7 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 2 JBI_Total: 9 OA: Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11884509/	
Patient and Family Member Experience of Hospital Readmission Following Critical Illness	McPeake, J., Naylor, J. M., O'Neill, L., & Iles-Smith, H.
Ano: 2025 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 8 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 9 Link: https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103890	

3. Estudos complementares

An introduction to qualitative research (6th ed.)	Flick, U.
Ano: 2018 Grupo: Qualitativo Fonte_Sheet: Qualitativo JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 7 JBI_Total: 7 Link: (sem rastreamento nesta iteração / DOI não anotado)	
A 'Banana in the Tailpipe': Addressing Trust and Disparities in Transitional Care	Moore <i>et al.</i>

Ano: 2023 Grupo: Qualitativo Fonte_Sheet: Qualitativo JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 7 JBI_Total: 7 Link: https://rdcu.be/eJPVM	
Value-based healthcare delivery: A scoping review	Fernández-Salido, M., Alhambra-Borrás, T., Casanova, G., & Garcés-Ferrer, J.
Ano: 2024 Grupo: Scoping review Fonte_Sheet: Scoping review JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 6 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 7 Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10888410/	
Mapping the landscape of post-intensive care recovery: Netherlands	Schol <i>et al.</i>
Ano: 2025 Grupo: Scoping review Fonte_Sheet: Scoping review JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 7 JBI_Total: 7 Link: https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2025.155132	
Follow-up program after intensive care unit discharge	Busico <i>et al.</i>
Ano: 2019 Grupo: Texto/Guia Fonte_Sheet: TextoOpiniãoGuia JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: DOI: 10.1016/j.medin.2018.12.005	
Application of action research in the field of healthcare: A scoping review protocol	Casey, M., Coghlan, D., Carroll, Á., Stokes, D., Roberts, K., & Hynes, G.
Ano: 2021 Grupo: Texto/Guia Fonte_Sheet: TextoOpiniãoGuia JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8240599/	
72-hour follow-up: Technical guide	Rotherham Doncaster and South Humber NHS Foundation Trust
Ano: 2022 Grupo: Texto/Guia Fonte_Sheet: TextoOpiniãoGuia JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: 72-hour follow-up technical guide – Rotherham Doncaster and South Humber NHS Foundation Trust (RDASH)	
Post-intensive care syndrome follow-up system after hospital discharge	Nakanishi <i>et al.</i>

Ano: 2023 Grupo: Texto/Guia Fonte_Sheet: TextoOpiniãoGuia JBI_Status: Aprovado_JBI JBI_Sim: 5 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 0 JBI_Total: 5 Link: https://doi.org/10.1186/s40560-023-00716-w	
Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: The Care Transitions Measure	Coleman, E. A., Mahoney, E., & Parry, C.
Ano: 2005 Grupo: Transversal Fonte_Sheet: Corte transversal JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: DOI: 10.1097/00005650-200503000-00007	
Discharge planning and patient satisfaction in an emergency short-stay unit	Glenn Arendts <i>et al.</i>
Ano: 2006 Grupo: Transversal Fonte_Sheet: Corte transversal JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: DOI: 10.1111/j.1742-6723.2006.00798.x	
HITECH Act drove large gains in hospital electronic health record adoption	Adler-Milstein, J., & Jha, A. K.
Ano: 2017 Grupo: Transversal Fonte_Sheet: Corte transversal JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: DOI: 10.1377/hlthaff.2016.1651	
Post-Discharge Phone Call Programs: Who Actually Receives the Call?	Sinclair <i>et al.</i>
Ano: 2019 Grupo: Transversal Fonte_Sheet: Corte transversal JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: (sem rastreamento nesta iteração / DOI não anotado)	
Use of the teach-back method in the emergency department to improve discharge instructions	Yen, P. Y., Titler, M. G., & Schneider, S.
Ano: 2019 Grupo: Transversal Fonte_Sheet: Corte transversal JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: PMID: 31258322	
Application of PDCA cycle management in nursing management of critically ill patients during the COVID-19 pandemic	Chen, Y., Guo, Y., He, H., & Zhang, Y.
Ano: 2020 Grupo: Transversal Fonte_Sheet: Corte transversal JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: DOI: 10.21037/apm-20-1084	

Post-discharge acute care and outcomes following hospitalization	Khera <i>et al.</i>
Ano: 2020 Grupo: Transversal Fonte_Sheet: Corte transversal JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: DOI: 10.1136/bmj.l6831	
Determinants of Readmission in the Intensive Care Unit	Kumar <i>et al.</i>
Ano: 2024 Grupo: Transversal Fonte_Sheet: Corte transversal JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: DOI: 10.7759/cureus.62840	
Predictors of Post-Intensive Care Syndrome in ICU survivors	Gravante <i>et al.</i>
Ano: 2025 Grupo: Transversal Fonte_Sheet: Corte transversal JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: DOI: 10.3390/jcm14176043	
The association between urgency level and hospital admission, mortality and resource utilization	Marit E. van Wegen <i>et al.</i>
Ano: 2025 Grupo: Transversal Fonte_Sheet: Corte transversal JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 5 JBI_Total: 5 Link: DOI: 10.1186/s13049-025-01392-5	

4. Estudos indeterminados

Improving Post-Injury <i>Follow-up</i> Survey Response: Incorporating Automated Modalities	Scheuer <i>et al.</i>
Ano: 2024 Grupo: Cohort Fonte_Sheet: Cohort JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 3 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 3 JBI_Total: 6 Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11092863/	
Impact of Accurate Initial Discharge Planning on Discharge Delays	Burns <i>et al.</i>
Ano: 2025 Grupo: Cohort Fonte_Sheet: Cohort JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 6 JBI_Total: 6 Link: https://bmjopen.bmj.com/content/15/5/e097563	

The Care Transitions Intervention: Results of a randomized controlled trial	Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J.
Ano: 2006 Grupo: ECR Fonte_Sheet: Ensaio clínico randomizado (ECR JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 7 JBI_Total: 7 Link: DOI: 10.1001/archinte.166.17.1822	
Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists	Kripalani, S., Jackson, A. T., Schnipper, J. L., & Coleman, E. A.
Ano: 2007 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 9 JBI_Total: 9 Link: https://sites.duke.edu/geriatrics/files/2015/04/Promoting-effective-transitions-of-careJHM1.pdf	
The care span: The importance of transitional care in achieving health reform	Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B.
Ano: 2011 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 9 JBI_Total: 9 Link: https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2011.0041	
Use and effectiveness of the teach-back method in patient education	Yen, P. H., et al.
Ano: 2019 Grupo: RS/Meta-análise Fonte_Sheet: Revisão sistemática Meta-análi JBI_Status: Indeterminado_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 9 JBI_Total: 9 Link: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31258322/	

5. Estudos excluídos

The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice (2nd ed.)	Reason, P., & Bradbury, H.
Ano: 2008 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://books.google.com/books/about/The_SAGE_Handbook_of_Action_Research.html?id=2fTlmcue2p0C	
Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program	Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A.

Ano: 2009 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0803563	
Análise de conteúdo	Bardin, L.
Ano: 2011 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (sem rastreio nesta iteração / DOI não anotado)	
Discovering statistics using IBM SPSS statistics (4th ed.)	Field, A.
Ano: 2013 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (sem rastreio nesta iteração / DOI não anotado)	
Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology	Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L.
Ano: 2013 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1094428112452151	
Qualitative data analysis: A methods sourcebook (3rd ed.)	Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J.
Ano: 2014 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://books.google.com/books/about/Qualitative_Data_Analysis.html?id=3CNrUbTu6CsC	
The action research planner: Doing critical participatory action research	Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R.
Ano: 2014 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://link.springer.com/book/10.1007/978-981-4560-67-2	
A Transitional Care Model for Veterans with Heart Failure	McIlvennan <i>et al.</i>
Ano: 2015 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	

ISO 14001:2015 Environmental management systems – Requirements with guidance for use	International Organization for Standardization (ISO)
Ano: 2015 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.iso.org/standard/60857.html	
ISO 9001:2015 Quality management systems – Requirements	International Organization for Standardization (ISO)
Ano: 2015 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.iso.org/standard/62085.html	
Qualitative research & evaluation methods (4th ed.)	Patton, M. Q.
Ano: 2015 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://books.google.com/books/about/Qualitative_Research_Evaluation_Methods.html?id=-CM9BQAAQBAJ	
The Preventable Admissions Care Team (PACT)	Maria Basso Lipani <i>et al.</i>
Ano: 2015 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26650938/	
Timeliness of Outpatient <i>Follow-up</i>: An Evidence-Based Approach for Planning After Hospital Discharge	Jackson <i>et al.</i>
Ano: 2015 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.annfammed.org/content/13/2/115	
Kaizen Lean Award 2016: Recognizing excellence in continuous improvement	Kaizen Institute
Ano: 2016 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Caso pedagógico: Eficiência operacional no serviço de urgência (2012–2015)	Silva, S. M. da.

Ano: 2017 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
GS1 Healthcare Reference Book 2018–2019: Global standards improving patient safety and operational efficiency	GS1
Ano: 2018 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Post-discharge early <i>follow-up</i> clinics: Evidence review	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Ano: 2018 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564915/	
A call to action research for transformations: The transformative potential of action research in times of crisis	Bradbury, H., Waddell, S., O'Brien, K., & Apgar, M.
Ano: 2019 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
CipherHealth's outreach solutions reduce hospital readmissions by 56 percent	CipherHealth
Ano: 2020 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Post-discharge <i>follow-up</i> phone call	Mourad, M.
Ano: 2020 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool5.html	
The power of post-discharge phone calls	Mourad, M.
Ano: 2020 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/red/toolkit/redtool5.html	

Transforming healthcare with AI: The impact on the workforce and organizations	EIT Health & McKinsey & Company
Ano: 2020 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/03/EIT-Health-and-McKinsey_Transforming-Healthcare-with-AI.pdf	
Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM): Criteria and stages	HIMSS
Ano: 2021 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Improving post-discharge outcomes using automated text messaging	Wang, E.
Ano: 2021 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10988348/	
Joint Commission International accreditation standards for hospitals (7th ed.)	Joint Commission International (JCI)
Ano: 2021 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://store.jointcommissioninternational.org/assets/1/7/JCIH20_sample_pages_3_6_20.pdf	
Post-Intensive Care Syndrome <i>Follow-up</i> System After Hospital Discharge	Furuhashi <i>et al.</i>
Ano: 2021 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Sim Link: https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-023-00716-w	
Balanced scorecard-based hospital performance measurement framework	Abu Jaber, A. A., & Nashwan, A. J.
Ano: 2022 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Data and digital solutions to enhance patient safety and continuity of care	World Health Organization (WHO)

Ano: 2022 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Digital health interventions to support people after hospital discharge	World Health Organization (WHO)
Ano: 2022 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Effectiveness of VHA Hospital-Based Programs on Readmission	Fruhan <i>et al.</i>
Ano: 2022 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
HFF reforça cuidados ao doente crítico com Consulta de <i>Follow-up</i>	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (Ministério da Saúde)
Ano: 2022 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://hff.min-saude.pt/hff-reforca-cuidados-ao-doente-critico-com-consulta-de-follow-up-2/	
HIMSS22 Europe celebrates healthcare systems validated at EMRAM Stages 6 and 7	HIMSS
Ano: 2022 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.himss.org/news?f%5B0%5D=%3A9251&f%5B1%5D=full_search_regions%3A29796&f%5B2%5D=full_search_regions%3A29800&f%5B3%5D=news_to_pics%3A29821&page=2	
The impact of a modified balanced scorecard approach in hospitals: Inclusion of the quality of care perspective	Abu Jaber, D., Al Shobaki, M. J., Abu Amuna, Y. M., & Abu-Naser, S. S.
Ano: 2022 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.mediresonline.org/uploads/articles/1688467149Balanced_Scorecard_applied_to_Hospital_Units_OT.pdf	

Unidade de Cuidados Intensivos implementa 'Consulta de <i>Follow-up</i>'	Hospital de Vila Franca de Xira
Ano: 2022 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.hospitalvilafrencadexira.pt/noticias/unidade-de-cuidados-intensivos-implementa-consulta-de-follow-up	
A National Survey in Belgium on Post-ICU <i>Follow-up</i> Programs	Autores Belgas
Ano: 2023 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Care Transitions Intervention (entrada enciclopédica)	Wikipedia / Care Transitions Intervention
Ano: 2023 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Estado funcional após a alta de UTI em pacientes sobreviventes — estudo multicêntrico em nove UTIs de Portugal	Autores Portugueses
Ano: 2023 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
HCAHPS: Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems	Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)
Ano: 2023 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Integrated care for better health outcomes	OECD
Ano: 2023 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/integrated-care_5ffd491c.html	

Predictive Modeling for Readmission to Intensive Care	Ruppert <i>et al.</i>
Ano: 2023 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Sim Link: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9829260/	
Strengthening health systems through integrated care and <i>follow-up</i> pathways: Lessons from acute settings	OECD
Ano: 2023 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/Integrating-care-in-health-systems-Final-Report-June-2022.pdf	
Transitional care interventions may reduce readmission for low- and medium-complexity patients	Tyler, N., <i>et al.</i>
Ano: 2023 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2812390	
Atendimentos por tipo de urgência hospitalar e por triagem de Manchester	Portal da Transparência do SNS
Ano: 2024 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Quality of life after ICU: 1-year <i>follow-up</i> in patients with and without COVID	Rauseo <i>et al.</i>
Ano: 2025 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)	
Serviços de urgência – organização e triagem	Hospital de Cascais
Ano: 2025 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/	
Virtual triage for public health and governments	Infermedica

<p>Ano: 2025 Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: (DOI não anotado)</p>	
<p>Hospital de Cascais integrates Sectra PACS with EMR for universal image access</p>	<p>Sectra Medical</p>
<p>Ano: Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://medical.sectra.com/case/sectra-pacs-image-enables-emr-at-hospital-de-cascais/</p>	
<p>Hospital do futuro: Certificação EMRAM nível 7</p>	<p>Lusíadas Saúde</p>
<p>Ano: Grupo: Indefinido Fonte_Sheet: Indefinido JBI_Status: Insuficiente_JBI JBI_Sim: 0 JBI_Nao: 0 JBI_Indet: 1 JBI_Total: 1 OA: Link: https://www.lusiadas.pt/hospital-futuro</p>	

ANEXO F
(Grelhas de avaliação JBI)

O quadro seguinte apresenta os resultados da avaliação crítica segundo as *checklists* do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para os 18 estudos de evidência principal incluídos na revisão (14 revisões sistemáticas/metanálises, 3 coortes e 1 estudo qualitativo). Em todos os casos, não foram identificadas falhas críticas que comprometessem a validade interna.

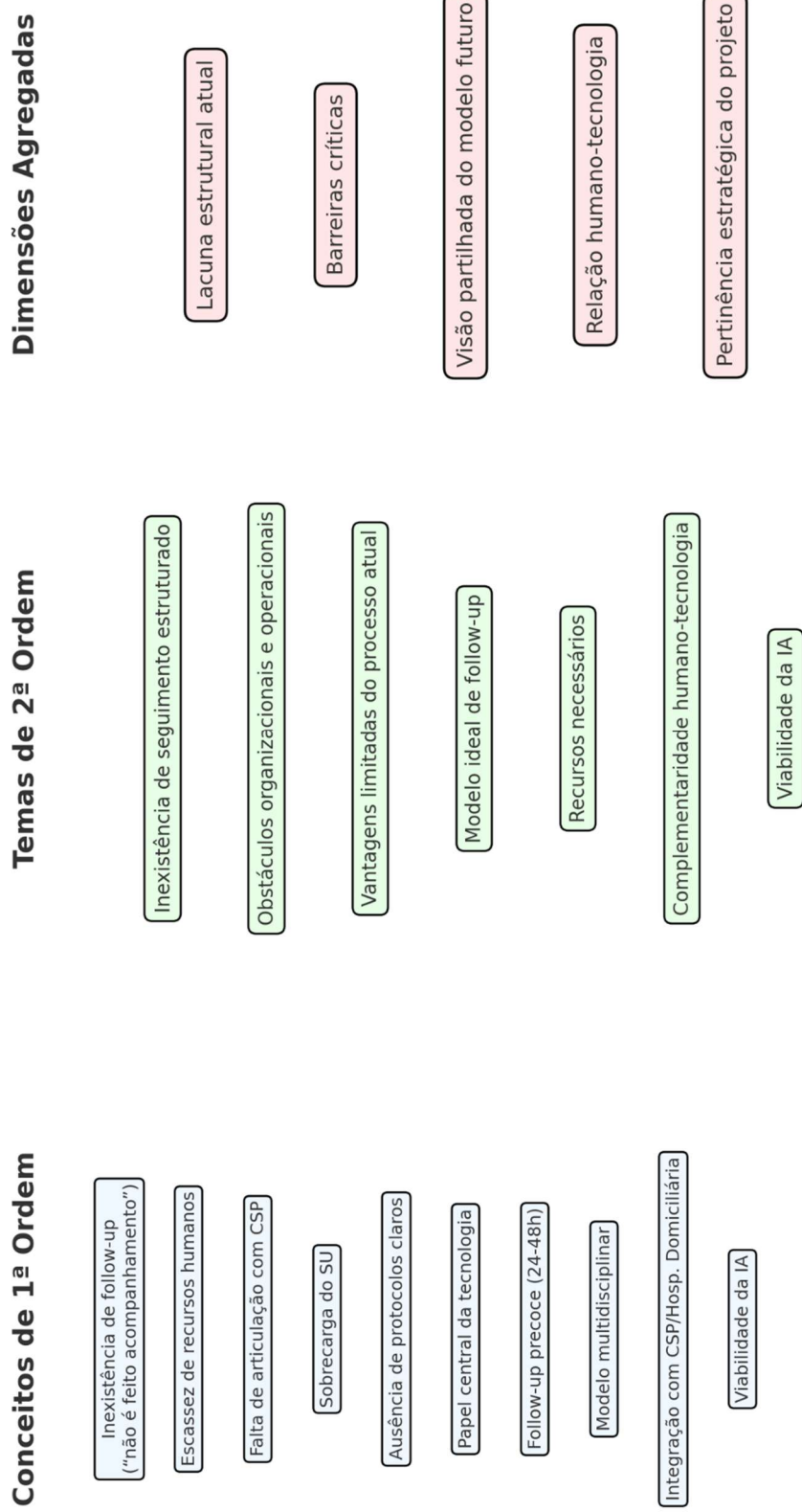
Título	Autores	Ano	Tipo de estudo	Crítérios JBI (Sim/Não/Indet)	Total cumprido
Association between post-hospital clinic and telephone <i>follow-up</i> provider visits with 30-day readmission risk in an integrated health system	Nguyen, H. Q., Baecker, A., <i>et al.</i>	2021	Cohort	4/0/2	6
Investigating Patient Engagement with Postdischarge Texting Programme	Bruce <i>et al.</i>	2024	Cohort	4/0/2	6
Critical revisits after discharge from the emergency department	Liu, Z., Zhang, X., <i>et al.</i>	2025	Cohort	7/0/1	8
Action research: A systematic review and guidance for assessment	Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., & De Koning, K.	2001	RS/Meta-análise	7/0/2	9
Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare	Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E.	2014	RS/Meta-análise	6/0/3	9
Implementing action research in hospital settings: A systematic review	Montgomery, A., Doulougeri, K., & Panagopoulou, E.	2015	RS/Meta-análise	7/0/2	9
Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions	Braet <i>et al.</i>	2016	RS/Meta-análise	8/0/1	9
Can quality improvement improve the quality of care? A systematic review of reported effects and methodological rigor in plan-do-study-act projects	Knudsen, S. V., Laursen, H. V. B., Johnsen, S. P., Bartels, P. D., Ehlers, L. H., & Mainz, J.	2019	RS/Meta-análise	7/0/2	9
The effectiveness of continuous quality improvement for	Hill, J. E., Stephani, A.-M., Sapple, P., & Clegg, A. J.	2020	RS/Meta-análise	5/0/4	9

developing professional practice and improving healthcare outcomes: A systematic review					
The impact of <i>follow-up</i> interventions on readmission rates: A systematic review	Nguyen, V. T., Nguyen, H. Q., Nguyen, A. N., & Tran, N. T.	2021	RS/Meta-análise	5/0/4	9
A systematic review on the use of action research methods in mental health nursing	Moreno-Poyato, A. R., González-Serna, J. M., Martínez-Riera, J. R., & Leyva-Moraga, F. A.	2022	RS/Meta-análise	7/0/2	9
Barriers and Facilitators of Postdischarge Care for Diverse Populations	Choi <i>et al.</i>	2023	RS/Meta-análise	7/0/2	9
Transitional care interventions and hospital readmissions: A meta-analysis	Tyler, C. M., Brock, J., Foy, A., & Marsteller, J. A.	2023	RS/Meta-análise	6/0/3	9
Effectiveness of Post-Discharge Contacts on Health Care Utilization and Patient Satisfaction	Boggan <i>et al.</i>	2024	RS/Meta-análise	8/0/1	9
ICU <i>follow-up</i> services and their impact on post-intensive care outcomes	Zhang <i>et al.</i>	2024	RS/Meta-análise	6/0/3	9
Outpatient Follow-Up Visits to Reduce 30-Day All-Cause Readmissions for Heart Failure, COPD, Myocardial Infarction, and Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis	Bilicki <i>et al.</i>	2024	RS/Meta-análise	8/0/1	9
Effectiveness of Synchronous Postdischarge Contacts on Health Care Use and Patient Satisfaction	Boggan <i>et al.</i>	2025	RS/Meta-análise	7/0/2	9
Patient and Family Member Experience of Hospital Readmission Following Critical Illness	McPeake, J., MacTavish, P., Puxty, K., Crook, C., & Quasim, T.	2025	Qualitativo	8/0/1	9

Legenda: JBI_Sim = número de critérios cumpridos; JBI_Não = número de critérios não cumpridos; JBI_Indet = número de critérios avaliados como indeterminados.

Estes critérios foram aplicados de acordo com a *checklist* específica de cada tipo de estudo (revisões sistemáticas, estudos de coorte, transversais ou qualitativos), assegurando uma apreciação crítica consistente.

ANEXO G
(Documento de triangulação Gioia)



ANEXO H
(Consentimento informado)

Modelo de consentimento informado utilizado para a participação em entrevistas e questionários no âmbito do estudo. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, a confidencialidade dos dados e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer consequência.

Declaração de Consentimento Informado

Eu, _____, declaro que fui informado(a) sobre os objetivos do estudo intitulado 'Melhoria da Continuidade de Cuidados Pós-Alta em Serviços de Urgência', compreendo que a minha participação é voluntária e que as informações fornecidas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos, respeitando o anonimato e a confidencialidade.

Data: ____ / ____ / 2025

Assinatura: _____

