

Millenium, 2(Edição Especial Nº24)

pt

SALA DE ALTA HOSPITALAR- UM CAMINHO CLÍNICO PARA CUIDADOS DE SAÚDE BASEADOS EM VALOR
DISCHARGE LOUNGE- A CLINICAL PATHWAY TO VALUE-BASED HEALTH CARE
SALA DE ALTA- UNA VÍA CLÍNICA PARA UNA ATENCIÓN MÉDICA BASADA EN VALOR

Nuno Silva¹  <https://orcid.org/0009-0001-6629-6604>

Cátia Salgado¹  <https://orcid.org/0009-0002-5824-676X>

Mariana Machado²  <https://orcid.org/0009-0000-8944-0114>

Nuno Araújo^{3,4}  <https://orcid.org/0000-0002-0586-0873>

¹ Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

² Unidade Local de Saúde Alto Ave, Guimarães, Portugal

³ Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Vila Nova de Famalicão, Portugal

⁴ Unidade de Investigação em Inteligência Artificial e Saúde (IA&Saúde), Vila Nova de Famalicão, Portugal

Nuno Silva – nuno.arfs@gmail.com | Cátia Salgado- catia.dmsalgado@gmail.com | Mariana Machado - marianaclmachado@gmail.com |
Nuno Araújo- nuno.araujo@ipsn.cespu.pt



Autor Correspondente:

Nuno Silva

Rua de Santa Quitéria

4610- 152– Felgueiras - Portugal

nuno.arfs@gmail.com

RECEBIDO: 30 de abril de 2025

REVISTO: 05 de dezembro de 2025

ACEITE: 29 de junho de 2026

PUBLICADO: 07 de setembro de 2026

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0224e.41507>

RESUMO

Introdução: O modelo Value-Based Healthcare, visa otimizar os cuidados de saúde, reduzindo custos e melhorando resultados valorizados pelos clientes. As Clinical Pathways [CPW] operacionalizam essa abordagem, promovendo cuidados baseados em evidência e adaptados às necessidades institucionais. Altas hospitalares sem orientação aumentam as readmissões e a ocupação hospitalar, comprometendo a qualidade dos cuidados.

Objetivo: Desenvolver uma CPW para otimização do processo de alta hospitalar.

Métodos: Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com identificação de 14 artigos para desenvolvimento da 1ª versão da CPW. Seguiu-se um estudo qualitativo exploratório-descritivo com *focus group* (1 médico e 5 enfermeiros com experiência hospitalar e em cuidados de saúde primários) para validação da CPW. A análise seguiu os pressupostos de Bardin.

Resultados: Emergiram quatro categorias principais: Abordagem Multidisciplinar na Prestação de Cuidados, Comunicação e Articulação Entre Níveis de Cuidados, Envolvimento Familiar no Processo de Cuidados, Qualidade e Segurança dos Cuidados, que foram incorporadas na CPW, posteriormente validada pelo *focus group*. A “Discharge Lounge – Unidade Funcional de Gestão de Altas” consiste em duas áreas: “Load & Go”, área não clínica, que permite a rotação de camas e assegura um fluxo hospitalar eficiente; e “Stay & Play”, preparada para clientes com alta médica, mas sem alta de enfermagem. Intervenções incluem ensinamentos à família, referências e capacitação do cuidador.

Conclusão: A CPW foi validada por especialistas multidisciplinares, revelando-se pertinente e aplicável. Propõe-se uma implementação-piloto para avaliar a sua eficácia e eficiência.

Palavras-chave: enfermeiras e enfermeiros; alta do paciente; aglomeração; cuidadores; qualidade da assistência à saúde

ABSTRACT

Introduction: The Value-Based Healthcare model aims to optimize healthcare delivery by reducing costs and improving outcomes valued by patients. Clinical Pathways (CPW) apply this approach by promoting evidence-based care tailored to institutional and patient needs. Hospital discharges without proper guidance increase readmissions and bed occupancy, compromising care quality.

Objective: To develop a CPW to optimize the hospital discharge process.

Methods: A narrative literature review was conducted, identifying 14 articles that informed the development of the first CPW version. This was followed by an exploratory-descriptive qualitative study using a focus group composed of one physician and five nurses with experience in hospital and primary healthcare settings. Data analysis followed Bardin's content analysis framework.

Results: Four main categories emerged: Multidisciplinary Approach to Care Delivery, Communication and Coordination Between Levels of Care, Family Involvement in the Care Process, and Quality and Safety of Care. These were integrated into the CPW, which was subsequently validated by the focus group. The “Discharge Lounge – Functional Hospital Discharge Management Unit” includes two areas: “Load & Go,” a non-clinical space enabling bed turnover and efficient patient flow; and “Stay & Play,” for patients with medical discharge but pending nursing discharge. Interventions include family education, referrals, and caregiver training.

Conclusion: The CPW was validated by multidisciplinary experts, proving relevant and applicable. A pilot implementation is proposed to assess the CPW's effectiveness and efficiency.

Keywords: nurses; patient discharge; crowding; caregivers; quality of healthcare

RESUMEN

Introducción: El modelo de *Value-Based Healthcare* busca optimizar la atención sanitaria, reduciendo costos y mejorando resultados valorados por los pacientes. Las *Clinical Pathways* (CPW) aplican este enfoque, promoviendo cuidados basados en evidencia científica y adaptados a las necesidades institucionales y del paciente. Las altas hospitalarias sin orientación adecuada aumentan las readmisiones y la ocupación de camas, comprometiendo la calidad asistencial.

Objetivo: Desarrollar una CPW para optimizar el proceso de alta hospitalaria.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa de la literatura, identificando 14 artículos que fundamentaron la primera versión de la CPW. Posteriormente, se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo mediante un grupo focal compuesto por un médico y cinco enfermeros con experiencia en contextos hospitalarios y de atención primaria. El análisis de los datos siguió el marco metodológico de Bardin.

Resultados: Surgieron cuatro categorías principales: enfoque multidisciplinario en la atención, comunicación y coordinación entre niveles asistenciales, participación familiar en el proceso de cuidados y calidad y seguridad de la atención. Estas fueron integradas en la CPW, posteriormente validada por el grupo focal. La “Discharge Lounge – Unidad Funcional de Gestión de Altas” comprende dos áreas: “Load & Go”, espacio no clínico que permite rotación de camas; y “Stay & Play”, para pacientes con alta médica pero sin alta de enfermería. Las intervenciones incluyen educación familiar, derivaciones y capacitación del cuidador.

Conclusión: La CPW fue validada por expertos multidisciplinarios, demostrando pertinencia y aplicabilidad. Se propone una implementación piloto para evaluar su eficacia y eficiencia.

Palabras clave: enfermeras y enfermeros; alta del paciente; aglomeración; cuidadores; calidad de la atención de santé

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0224e.41507>

INTRODUÇÃO

Em 2006, para responder aos desafios que os sistemas de saúde enfrentavam, Porter & Teisberg, introduziram e desenvolveram o conceito de Value-Based Health Care [VBHC]. Este modelo caracteriza-se pela diminuição de custos e tem como variável-chave, o valor definido pelo próprio cliente, promovendo uma prestação de cuidados centrada no cliente e focada na melhoria dos resultados considerados por estes como relevantes (Health Cluster Portugal, 2023; Porter & Teisberg, 2006; Reitblat et al., 2021). As Clinical Pathways [CPW] desempenham um papel de importância, devido à ligação entre o seu desenvolvimento e a melhoria dos resultados de saúde dos clientes (Rotter et al., 2019). Implementadas desde a década de 90, as CPW servem como guia orientador da prestação de cuidados de saúde (Rotter et al., 2019). Com base na evidência científica mais atual, as CPW facilitam a transposição de conhecimento e a aplicação das melhores recomendações à prática clínica, respeitando a cultura e os ambientes únicos das instituições e dos seus clientes (Rotter et al., 2019).

A avaliação dos resultados de saúde e do valor criado para o cliente deve ainda ser realizada através de indicadores, que se enquadrem nos Patient Reported Outcome Measures [PROMS] ou nos Patient Reported Experience Measures [PREMS]. Os PROMS fornecem informação sobre o impacto de uma intervenção ou terapia no cliente, enquanto os PREMS fornecem informação sobre a experiência vivenciada pelo cliente durante a intervenção realizada. Quando usados em simultâneo, permitem avaliar o processo e os resultados a partir da perceção do cliente (De Rosis et al., 2021; Kingsley & Patel, 2017).

Os sistemas de saúde enfrentam hoje diversos desafios, como o envelhecimento demográfico, o aumento da prevalência de doenças crónicas, os riscos para a segurança do cliente e o aumento dos custos associados (Health Cluster Portugal, 2023). O sistema de saúde português, opera sob um modelo de financiamento misto e oferece cuidados de saúde abrangentes à população. No entanto, enfrenta os mesmos desafios que os restantes sistemas. As intervenções destinadas a promover a qualidade e a eficiência dos cuidados não obtiveram resultados satisfatórios, pelo que se tornou imperativo explorar e implementar um novo modelo de gestão em saúde, que seja capaz de responder aos desafios atuais, como, por exemplo, o VBHC (Health Cluster Portugal, 2023; Reitblat et al., 2021).

Um dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde europeus e mundiais é a sobrelotação hospitalar (Lindner & Woitok, 2021), definida pelo American College of Emergency Physicians (2019) como o aumento das necessidades de cuidados face aos recursos existentes.

Nos serviços de urgência, a sobrelotação tem impacto nos clientes, na prestação e qualidade dos cuidados de saúde, bem como na eficiência do serviço prestado (Rasouli et al., 2019; Savioli et al., 2022).

Quando a experiência dos clientes é comprometida pela superlotação dos serviços, surgem atrasos na avaliação e no tratamento, assim como aumentos no número de clientes que abandonam o serviço sem observação (Pearce et al., 2023). Este fenómeno agrava a taxa de morbilidade e mortalidade, elevando o número de readmissões e a duração do internamento (Pearce et al., 2023). Além disso, aumenta a probabilidade de erros de medicação e eventos adversos, multiplicando os custos e gerando uma maior insatisfação para com os serviços prestados (Pearce et al., 2023). Relativamente à prestação de cuidados, denota-se um aumento da carga de trabalho, atrasos nos tempos de atendimento e na tomada de decisão, e uma tendência para altas prematuras, contribuindo para o aumento das taxas de readmissão e internamentos prolongados (Rasouli et al., 2019).

No que diz respeito à qualidade dos cuidados, a redução do tempo disponível para avaliação dos clientes e o aumento da taxa de ocupação hospitalar resultam numa menor adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção, assim como na adesão ao cumprimento de diretrizes clínicas (Lindner & Woitok, 2021). A sobrelotação reduz a eficiência e o desempenho na prestação dos serviços, resultando em custos mais elevados para os clientes (Lindner & Woitok, 2021).

Sabendo que as altas hospitalares são por vezes atribuídas sem assegurar uma correta orientação e seguimento, estando implicitamente relacionadas com o aumento das taxas de readmissão, e consequentemente com o aumento da taxa de lotação hospitalar (Becker et al., 2021), e que, com base em dados e desenvolvimentos mais atuais, é expectável que a situação se agrave nos próximos anos, sendo essencial compreender o fenómeno, para promover e desenvolver estratégias eficazes para o evitar (Kenny et al., 2020; Lindner & Woitok, 2021), considerou-se pertinente desenvolver uma Clinical Pathway/Percurso Assistencial com o objetivo de otimizar o processo de alta hospitalar. Com a implementação futura da CPW, pretende-se reduzir o número de readmissões hospitalares e a taxa de ocupação hospitalar, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a criação de valor para os clientes.

1. MÉTODOS

O estudo realizado é um estudo multimétodo. Inicialmente, foi realizada uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de mapear a evidência científica e destacar as melhores práticas clínicas com vista a desenvolver uma Clinical Pathway relacionada com o Processo da Alta Clínica.

A pesquisa bibliográfica foi realizada, no mês de junho, através da plataforma PubMed® e EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL Complete; MEDLINE Complete, recorrendo aos descritores “Alta do Paciente (*Patient Discharge*)”, “Aglomeração (*Crowding*)”, validados através dos Descritores em Saúde/Medical Subject Headings – DeCS/MeSH, “Discharge Lounge” e do descritor truncado

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0224e.41507>

“Nurs*”. Foram incluídos os estudos que respondiam ao objetivo pretendido, assim como foram excluídos artigos com mais de 10 anos.

Na segunda fase, foi realizado um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, através da utilização de um *Focus Group* [FG] para otimização e validação da Clinical Pathway previamente desenvolvida.

1.1. Amostra

O método de amostragem foi não probabilístico e intencional, de forma a selecionar um grupo multidisciplinar de profissionais da saúde com experiência significativa na área. A amostra foi constituída por 6 peritos com experiência profissional e um referencial de competências específicas, dos quais: um médico especialista em cardiologia, responsável pelo acompanhamento médico na admissão do doente até à alta clínica, assim como no follow-up em consulta; e cinco enfermeiros com diversos níveis académicos, especialidades, competências e experiências nas áreas da enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, enfermagem de reabilitação e enfermagem de saúde comunitária. Optou-se pela inclusão de um maior número de enfermeiros porque o percurso assistencial proposto é orientado para um serviço onde a organização e a dinamização são da responsabilidade destes profissionais, assumindo um papel central na continuidade dos cuidados.

A média de idades dos participantes foi de 40 anos (DP = 3,51) com uma experiência profissional média de 18 anos (DP = 2,76). Os profissionais pertenciam a diferentes instituições. O médico e 3 dos enfermeiros exerciam a sua atividade em contexto hospitalar, enquanto dois enfermeiros eram provenientes dos Cuidados de Saúde Primários, exercendo funções em unidades de saúde familiar. Entre os enfermeiros selecionados, dois eram especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e um em Enfermagem de Reabilitação.

A dimensão da amostra permitiu a saturação de dados, pois as discussões geradas permitiram explorar adequadamente o tema e o percurso assistencial.

Todos os princípios éticos foram considerados e assegurados: não houve participação de doentes nem recolha de dados clínicos; os profissionais foram contactados pessoalmente e aceitaram voluntariamente integrar o FG, após terem sido devidamente informados sobre os objetivos e natureza do estudo. Foi entregue previamente o consentimento informado, tendo este sido assinado pelos participantes. O anonimato foi garantido através da atribuição de códigos alfanuméricos (P1 a P6) e a confidencialidade assegurada pela eliminação dos áudios após a transcrição. Importa sublinhar que o objetivo não foi investigar os profissionais enquanto sujeitos de pesquisa, mas sim recolher percepções para melhorar o percurso assistencial desenvolvido.”

1.2. Instrumento de Colheita de Dados

Previamente à colheita de dados, foi entregue um documento explanatório relativamente à Clinical Pathway desenvolvida. O documento continha informações sobre o objetivo e o funcionamento do FG, bem como sobre o papel dos participantes. Neste estava ainda explanada uma versão preliminar da CPW.

O FG teve lugar no mês de dezembro, através de uma única reunião Zoom com a duração de uma hora, estando presentes os investigadores que assumiram a condução do FG e os participantes. A reunião foi gravada para facilitar a colheita e a análise dos dados e foram realizadas notas ao longo da reunião.

A proteção de dados foi assegurada durante todo o estudo e as gravações realizadas foram eliminadas após a análise dos dados.

1.3. Análise de Dados

Os dados obtidos foram sujeitos a uma análise de conteúdo, cumprindo os pressupostos de Bardin (1977). De forma a assegurar o rigor científico da investigação, o sistema de categorias criado foi assegurado por uma revisão de pares efetuada por 3 investigadores independentes.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1. Discharge Lounge – A Clinical Pathway to Value-Based Healthcare

Da revisão narrativa, resultaram as orientações que permitiram delinear a primeira orientação do percurso assistencial. A CPW foi posteriormente apresentada ao grupo de peritos que procedeu à análise e validação da mesma.

A análise do Focus Group evidenciou quatro categorias principais emergentes da codificação e da interpretação dos relatos obtidos, conforme o método de análise de conteúdo de Bardin (Tabela 1).

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0224e.41507>

Tabela 1 - Síntese das Categorias, Subcategorias e Relatos

Categoria	Subcategoria	Relato
Abordagem Multidisciplinar na Prestação de Cuidados	Colaboração Profissional	"Cada profissional observa e intervém de forma diferente conforme o campo de conhecimento e atuação." (P1)
Comunicação e Articulação Entre Níveis de Cuidados	Articulação Entre Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários	Como estrutura que unifica os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, as Unidades Locais de Saúde podem ser facilitadoras destes processos de cuidados" (P4)
Envolvimento Familiar no Processo de Cuidados	Envolvimento Familiar	"Sem o apoio da família, é difícil melhorar a adesão ao regime terapêutico. Muitas pessoas não estão consciencializadas da necessidade efetiva de mudar comportamentos" (P3)
	Papel do Cuidador	"Ao encorajar a participação da família na prestação de cuidados, estamos a garantir uma supervisão extra no domicílio" (P5).
Qualidade e Segurança dos Cuidados	Prevenção e Controlo de Infecções	"É necessário ter a noção que o risco de infeção associada aos cuidados de saúde está associado ao número de dias de internamento" (P6).

A Abordagem Multidisciplinar na Prestação de Cuidados foi referida pelos participantes como fator essencial para a eficácia da CPW, devido à importância da cooperação entre os profissionais de saúde. *"Cada profissional observa e intervém de forma diferente conforme o campo de conhecimento e atuação."* (P1). A complementaridade dos conhecimentos e competências das diversas áreas profissionais, permite acrescentar valor à CPW e aos cuidados prestados aos clientes.

De Oliveira et al. (2025) reforçam esta perspetiva ao referir a importância e a necessidade da colaboração multidisciplinar na melhoria da qualidade e eficácia dos sistemas de saúde, promovendo situações que facilitem a cooperação tais como a valorização profissional e o reconhecimento de competências específicas.

A segunda categoria a emergir foi a Comunicação e Articulação Entre Níveis de Cuidados. Segundo Ifrim et al. (2022), a comunicação constitui a base de todas as interações interpessoais, surgindo como uma ferramenta de enorme valor na melhoria dos sistemas de saúde. Neste sentido, os relatos dos participantes evidenciaram preocupações com a fragmentação do percurso do doente na transição dos cuidados hospitalares para os cuidados de saúde primários, reforçando a necessidade de uma adequada comunicação e coordenação entre os níveis de cuidados. *"O que começa no hospital, não continua na comunidade"* (P2). A ausência de comunicação e ligação foi identificada como barreira à eficiência do sistema e à segurança do cliente. Os participantes referiram ainda a possibilidade de melhorar a articulação e a comunicação entre os diferentes níveis através das Unidades Locais de Saúde. *"Como estrutura que unifica os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, as Unidades Locais de Saúde podem ser facilitadoras destes processos de cuidados"* (P4).

O Envolvimento Familiar no Processo de Cuidados emergiu como terceira categoria, sendo referido pelos participantes como fator preponderante para o sucesso da CPW. *"Sem o apoio da família, é difícil melhorar a adesão ao regime terapêutico. Muitas pessoas não estão consciencializadas da necessidade efetiva de mudar comportamentos"* (P3). *"A família age como suporte e acompanha a pessoa em todo o processo da alta, desde a saída do hospital até ao regresso a casa. Ao encorajar a participação da família na prestação de cuidados, estamos a garantir uma supervisão extra no domicílio"* (P5). Os participantes reconheceram assim o papel ativo e indispensável da família no apoio ao cliente, não apenas no contexto emocional, mas também no acompanhamento e na adesão ao regime terapêutico. A sensibilização e a capacitação das famílias/cuidadores foram consideradas estratégias importantes para uma abordagem centrada no cliente.

Na lógica da continuidade de cuidados, o investimento na capacitação do cuidador informal é visualizado como um recurso vantajoso, face ao aumento do número de clientes dependentes nas atividades de vida diária. A capacitação dos cuidadores gera ganhos em saúde tanto para os clientes como para os próprios (Martins & Santos, 2020).

Por último, surgiu como categoria a Qualidade e Segurança dos Cuidados, com destaque na Prevenção e Controlo de Infecções. Internamentos prolongados são um fator de risco para infeções associadas aos cuidados de saúde (Moradi et al., 2024). Devido ao possível aumento do número de dias de internamento, foram expressas pelos participantes, dúvidas sobre a prevenção e o controlo eficaz das infeções associadas aos cuidados de saúde. Os participantes alertaram para a necessidade de cumprir os tempos determinados na CPW, de forma a diminuir riscos associados. *"É necessário ter a noção de que o risco de infeção associada aos cuidados de saúde está associado ao número de dias de internamento"* (P6).

Os participantes salientaram a Discharge Lounge como uma CPW promissora e com possibilidade de atingir os objetivos propostos desde que acauteladas as considerações identificadas.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0224e.41507>

Do resultado das alterações efetuadas pelo FG surgiu a versão final da CPW denominada “Discharge Lounge” (Figura 1) que apresentamos de seguida:

2.2 Discharge Lounge

A Discharge Lounge é uma área hospitalar previamente desenvolvida com o objetivo de melhorar o fluxo hospitalar, permitindo que a vaga do cliente que aguarda transporte fique disponível mais rápido (Franklin et al., 2020). Contudo, a solução apresentada neste artigo resulta de um processo de adaptação organizacional ajustado às especificidades identificadas, como a sobrelotação hospitalar e os desafios enfrentados pelo sistema de saúde português.

A Discharge Lounge apresentada consiste em uma Unidade Funcional de Gestão de Altas, desenvolvida com o objetivo de facilitar, otimizar, acelerar e melhorar o processo de alta hospitalar e com a meta de diminuir a superlotação hospitalar e dos serviços de urgência.

O seu espaço físico apresenta 2 áreas distintas, a Load & Go e a Stay & Play. Perante a exigência do processo de alta e os benefícios relatados relativamente ao cuidado centrado no cliente, a equipa designada para esta unidade deve ser de cariz multidisciplinar, sendo constituída por enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, administrativos, assistentes sociais, médicos e voluntários (Dawe et al., 2024).

O percurso assistencial desenvolvido, divide-se inicialmente em dois percursos, estando o fluxo dependente da existência de alta de enfermagem. O aumento do risco de infeção associado a internamentos prolongados justificou a definição dos limites temporais de permanência nas áreas da Discharge Lounge, promovendo assim a qualidade e a segurança do cliente.

2.3. Load & Go

Na existência de alta de enfermagem, os clientes serão alocados à área Load & Go, estando excluídos todos os clientes com critérios de isolamento de forma a garantir que as precauções básicas do controlo de infeção são asseguradas ou que estejam internados nas unidades funcionais dedicadas às especialidades de pediatria, obstetrícia e psiquiatria. Esta área destina-se a clientes com transporte confirmado que poderão ter de aguardar algumas horas. Por exemplo, se um cliente tem alta médica por volta das dez horas, mas o transporte só está disponível pelas 16h, este poderá ser referenciado e poderá permanecer na Load & Go, assegurando a disponibilidade de uma vaga na unidade funcional para clientes que necessitem de cuidados mais diferenciados naquele momento. Objetivamente, a Load & Go consiste numa área de lazer (não clínica, podendo os doentes estar em maca ou cadeirão) com o objetivo de otimizar o fluxo hospitalar, sendo que a permanência destes clientes não poderá ultrapassar as 12 horas (Isfahani et al., 2020; Woods et al., 2020).

2.4. Stay & Play

Com alta médica, mas na ausência de alta de enfermagem, os clientes que cumpram os critérios de inclusão: (Internamento com mais de 5 dias, existência de duas ou mais doenças crónicas e polimedicado (Glans et al., 2020)) e que não cumpram os de exclusão (internamento em unidades funcionais dedicadas às especialidades de pediatria, obstetrícia e psiquiatria; com critérios de isolamento; ou com residência em lares de idosos), poderão entrar no segundo percurso e serem alocados à área Stay & Play, sendo que a permanência destes clientes não poderá ultrapassar as 48 horas.

Os clientes serão divididos e alocados, conforme o seu grau de dependência (avaliado através da Escala de Barthel), em dois grupos e duas áreas respetivamente: os Stay & Play Independentes e os Stay & Play Dependentes.

No caminho Stay & Play e independentemente do grau de dependência, serão realizadas diversas intervenções no sentido de otimizar e agilizar todo o processo, assegurando que o regresso ao domicílio é realizado da maneira mais adequada possível. Serão verificados e realizados Ensinos à Pessoa e à Família, assim como orientadas e agilizadas as diferentes referências e respostas necessárias, que poderão ir do mais simples pedido de transporte até uma referência ao Enfermeiro de Família do cliente em causa, garantindo assim uma melhor adesão ao regime terapêutico e diminuindo a utilização desadequada dos serviços hospitalares (Bamforth et al., 2021; Leppin et al., 2014).

Os clientes Stay & Play Dependentes pela exigência e necessidade de cuidados terão obrigatoriamente acesso a uma consulta de follow-up no domicílio e os familiares serão incluídos em um programa de capacitação do Cuidador (Bamforth et al., 2021; Leppin et al., 2014).

A avaliação da CPW descrita deve ser efetuada após a sua implementação, através de indicadores como os PROMS recorrendo ao grupo de indicadores “*Patient-Centered Outcome Measures for Older People*” definidos pelo *International Consortium for Health Outcomes Measurement*; os PREMS como o *Hospital Consumer Assessment of Health Providers and Systems*; e de indicadores de qualidade assistencial como a Taxa de Ocupação Hospitalar e Readmissão Hospitalar. A utilização destes indicadores na avaliação da implementação deste percurso assistencial está de acordo com a ideia central do VBHC, ou seja, a criação de valor para o cliente (Akpan et al., 2018; Fernandes, 2021; Kenny et al., 2020; Silva et al., 2024).

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0224e.41507>

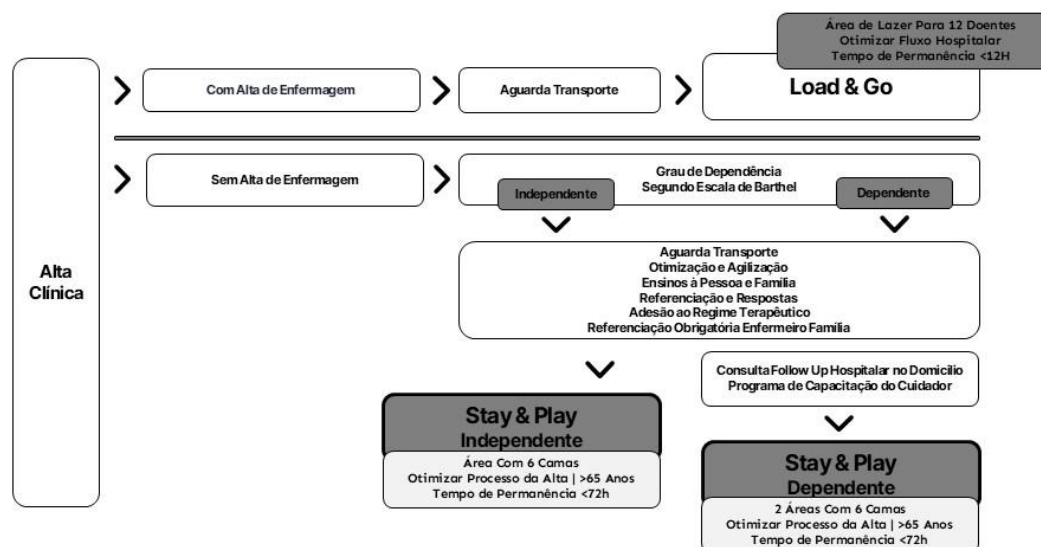


Figura 1 – Clinical Pathway: Discharge Lounge

2.5. Limitações

Perante a dimensão reduzida da amostra (seis participantes de diferentes instituições), as conclusões do estudo não podem ser generalizadas, assumindo apenas um carácter exploratório.

CONCLUSÃO

A CPW proposta configura-se como uma intervenção inovadora, promissora e sistematizada, estando alinhada com os princípios do VBHC. A sua implementação pode contribuir de forma relevante para um sistema de saúde sustentável, eficiente e centrado no cliente.

A CPW foi validada por um *Focus Group* constituído por peritos de diferentes áreas disciplinares, cujos contributos foram importantes para o refinamento da CPW, validando assim a sua pertinência, aplicabilidade e potencial para gerar impacto na qualidade e continuidade dos cuidados.

A organização em duas áreas funcionais, Load & Go e Stay & Play, permite não só otimizar o fluxo hospitalar, garantindo a libertação atempada de camas, como também assegurar uma transição segura e eficaz para o domicílio. A Load & Go dirige-se a clientes que apenas aguardam transporte, enquanto a Stay & Play acolhe clientes com maior complexidade clínica, nos quais são implementadas intervenções específicas focadas na educação para a saúde, articulação entre instituições e capacitação dos cuidadores informais.

Futuramente, impõe-se a realização de uma implementação-piloto em contexto hospitalar, que permita testar a aplicabilidade da CPW e a recolha de dados que permitam validar a eficácia e a eficiência da CPW. A monitorização de indicadores de qualidade assistencial, assim como PROMS e PREMS, será importante para avaliar o sucesso da implementação da Discharge Lounge como uma forma de atingir o Value-Based Health Care.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, N.S., C.S., M.M. e N.A.; tratamento de dados, N.S., C.S., M.M. e N.A.; análise formal, N.S., C.S., M.M. e N.A.; investigação, N.S., C.S., M.M. e N.A.; metodologia, N.S., C.S., M.M. e N.A.; administração do projeto, N.S., C.S., M.M. e N.A.; supervisão, N.A.; visualização, N.S., C.S., M.M. e N.A.; redação- preparação do rascunho original, N.S., C.S., M.M. e N.A.; redação-revisão e edição, N.A.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0224e.41507>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akpan, A., Roberts, C., Bandeen-Roche, K., Batty, B., Bausewein, C., Bell, D., Bramley, D., Bynum, J., Cameron, I. D., Chen, L.-K., Ekdahl, A., Fertig, A., Gentry, T., Harkes, M., Haslehurst, D., Hope, J., Hurtado, D. R., Lyndon, H., Lynn, J., ... Banerjee, J. (2018). Standard set of health outcome measures for older persons. *BMC Geriatrics*, 18(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0701-3>
- Bamforth, R. J., Chhibba, R., Ferguson, T. W., Sabourin, J., Pieroni, D., Askin, N., Tangri, N., Komenda, P., & Rigatto, C. (2021). Strategies to prevent hospital readmission and death in patients with chronic heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249542>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.; Reimpressão 2024). Edições 70.
- Becker, C., Zumbunn, S., Beck, K., Vincent, A., Loretz, N., Müller, J., Amacher, S. A., Schaefert, R., & Hunziker, S. (2021). Interventions to improve communication at hospital discharge and rates of readmission: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open* 4(8). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.19346>
- Dawe, J., Cronshaw, H., & Frerk, C. (2024). Learning from the multidisciplinary team: Advancing patient care through collaboration. *British Journal of Hospital Medicine*, 85(5), 1–4. <https://doi.org/10.12968/hmed.2023.0387>
- de Oliveira, G. G., Carvalho, C. M. C., dos Santos, S. do S. G., Pereira, A. R., Pires, A. P. A., de Sousa, D. C., Gomes, S. da R., dos Santos, F. R. A., Cançado, S. O. S. M. L., & Aguiar, M. D. (2025). Multidisciplinary collaboration in care networks: The role of health professionals in the integration of care. *ARACÊ*, 6(4). <https://doi.org/10.56238/arev6n4-117>
- De Rosi, S., Pennucci, F., Lungu, D. A., Manca, M., & Nuti, S. (2021). A continuous PREMs and PROMs observatory for elective hip and knee arthroplasty: Study protocol. *BMJ Open*, 11(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049826>
- Fernandes, J. M. C. (2021). *Adaptação cultural e validação do Consumer Assessment of Health Providers and Systems (CAHPS) Hospital Survey* [Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10362/154164>
- Franklin, B. J., Vakili, S., Huckman, R. S., Hosein, S., Falk, N., Cheng, K., Murray, M., Harris, S., Morris, C. A., & Goralnick, E. (2020). The inpatient discharge lounge as a potential mechanism to mitigate emergency department boarding and crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 75(6), 704–714. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.12.002>
- Glans, M., Kragh Ekstam, A., Jakobsson, U., Bondesson, Å., & Midlöv, P. (2020). Risk factors for hospital readmission in older adults within 30 days of discharge: A comparative retrospective study. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01867-3>
- Health Cluster Portugal. (2023). *Projecting the Future of VBH in Portugal*.
- Ifrim, R. A., Klugarová, J., Măguriță, D., Zazu, M., Mazilu, D. C., & Klugar, M. (2022). Communication, an important link between healthcare providers: A best practice implementation project. *JBI Evidence Implementation*, 20(S1), S41–S48. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000319>
- Isfahani, M., Davari, F., Azizkhani, R., & Rezvani, M. (2020). Decreased emergency department overcrowding by discharge lounge: A computer simulation study. *International Journal of Preventive Medicine*, 11(1). https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_582_18
- Kenny, J. F., Chang, B. C., & Hemmert, K. C. (2020). Factors affecting emergency department crowding. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 38(3). <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.04.001>
- Kingsley, C., & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Education*, 17(4). <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>
- Leppin, A. L., Gionfriddo, M. R., Kessler, M., Brito, J. P., Mair, F. S., Gallacher, K., Wang, Z., Erwin, P. J., Sylvester, T., Boehmer, K., Ting, H. H., Murad, M. H., Shippee, N. D., & Montori, V. M. (2014). Preventing 30-day hospital readmissions: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Internal Medicine*, 174(7). <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1608>
- Lindner, G., & Woitok, B. K. (2021). Emergency department overcrowding: Analysis and strategies to manage an international phenomenon. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 133(5–6). <https://doi.org/10.1007/s00508-019-01596-7>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: O papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão e Desenvolvimento*, 28, 117–137. <https://doi.org/https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Moradi, S., Najafpour, Z., Cheraghian, B., Keliddar, I., & Mombeyni, R. (2024). The extra length of stay, costs, and mortality associated with healthcare-associated infections: A case-control study. *Health Science Reports*, 7(11). <https://doi.org/10.1002/hsr2.70168>

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0224e.41507>

- Pearce, S., Marchand, T., Shannon, T., Ganshorn, H., & Lang, E. (2023). Emergency department crowding: An overview of reviews describing measures causes, and harms. *Internal and Emergency Medicine*, 18(4). <https://doi.org/10.1007/s11739-023-03239-2>
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.
- Rasouli, H. R., Aliakbar Esfahani, A., & Abbasi Farajzadeh, M. (2019). Challenges, consequences, and lessons for way-outs to emergencies at hospitals: A systematic review study. *BMC Emergency Medicine*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0275-9>
- Reitblat, C., Bain, P. A., Porter, M. E., Bernstein, D. N., Feeley, T. W., Graefen, M., Iyer, S., Resnick, M. J., Stimson, C. J., Trinh, Q. D., & Gershman, B. (2021). Value-based healthcare in urology: A collaborative review. *European Urology*, 79(5), 571–585. <https://doi.org/10.1016/J.EURURO.2020.12.008>
- Rotter, T., de Jong, R. B., Lacko, S. E., Ronnellenfitsch, U., & Kinsman, L. (2019). Clinical pathways as a quality strategy. In R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, & W. Quentin (Eds.), *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*.
- Savioli, G., Ceresa, I. F., Gri, N., Piccini, G. B., Longhitano, Y., Zanza, C., Piccioni, A., Esposito, C., Ricevuti, G., & Bressan, M. A. (2022). Emergency department overcrowding: Understanding the factors to find corresponding solutions. *Journal of Personalized Medicine*, 12(2). <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>
- Silva, R. A. G. e, Borgomoni, G. B., de Freitas, F. L., Maia, A. da S., Farias do Vale Junior, C., Pereira, E. da S., Silvestre, L. G. I., Dallan, L. R. P., Lisboa, L. A., Dallan, L. A. O., Jatene, F. B., & Mejia, O. A. V. (2024). Preditores de readmissão hospitalar até 30 dias de CRM em banco de dados multicêntrico: Estudo de coorte transversal. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 121(9). <https://doi.org/10.36660/abc.20230768>
- Woods, R., Sandoval, R., Vermillion, G., Bates-Jackson, B., Nwankwo, A., Canamar, C. P., & Sarff, L. (2020). The discharge lounge. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(3), 240–244. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000469>