Projeto de Lei n.º 427/XVII/1.ª

Cria o Programa "Alta Digna" e estabelece respostas integradas para situações de internamento social

Exposição de Motivos

O número de pessoas que permanecem internadas em hospitais do Serviço Nacional de Saúde após terem recebido alta clínica tem vindo a aumentar de forma preocupante nos últimos anos, configurando uma situação estrutural que compromete simultaneamente a qualidade dos cuidados prestados, a gestão hospitalar e a dignidade das próprias pessoas envolvidas.

Os chamados internamentos sociais — situações em que a permanência hospitalar ocorre exclusivamente por ausência de resposta social adequada — transformam camas destinadas a cuidados de saúde diferenciados em soluções improvisadas para falhas estruturais das políticas sociais. Esta realidade não só representa uma utilização ineficiente de recursos públicos, como expõe pessoas em situação de fragilidade a riscos acrescidos, designadamente infeções associadas aos cuidados de saúde, perda funcional, isolamento e desadequação do acompanhamento às suas necessidades reais.

Os dados disponíveis revelam um agravamento consistente do problema. Em várias Unidades Locais de Saúde do país, o número de dias de internamento inapropriado duplicou ou aumentou significativamente entre 2023 e 2025, com tempos médios de permanência que chegam a ultrapassar um mês e, em alguns casos, os 90 dias. A nível nacional, o Barómetro dos Internamentos Sociais estima que milhares de camas hospitalares estejam ocupadas por doentes com alta clínica, representando mais de 10% do total de internamentos no SNS e um custo anual que ascende a centenas de milhões de euros.

Este bloqueio de camas tem consequências diretas no funcionamento do sistema, designadamente congestionamento de urgências, doentes a aguardar vaga em macas ou corredores, cirurgias programadas canceladas por ausência de internamento disponível e profissionais de saúde sobrecarregados. Em algumas unidades, centenas de cirurgias foram adiadas nos últimos dois anos devido à indisponibilidade de camas,

situação particularmente grave num contexto em que o SNS já enfrenta constrangimentos significativos de recursos humanos e materiais.

Importa sublinhar que esta não é apenas uma questão de gestão hospitalar. Trata-se, acima de tudo, de uma questão de dignidade humana e de justiça social. A maioria das pessoas retidas nos hospitais são pessoas idosas, dependentes ou em situação de especial vulnerabilidade, que aguardam vaga na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas ou respostas de apoio domiciliário. A morosidade processual, a insuficiência estrutural de respostas e, em alguns casos, a ausência de retaguarda familiar ou situações administrativas complexas contribuem para a perpetuação deste bloqueio.

Importa igualmente reconhecer que esta realidade afeta recém-nascidos e crianças que, apesar de clinicamente estáveis, permanecem internados por ausência de enquadramento familiar adequado, precariedade habitacional ou pendência de decisão das entidades de promoção e proteção. Nestes casos, o hospital substitui respostas sociais e habitacionais que deveriam estar asseguradas, comprometendo o desenvolvimento saudável da criança e o vínculo materno-infantil.

O hospital não é, nem pode ser, a resposta substitutiva para falhas das políticas sociais. A manutenção prolongada de pessoas clinicamente estáveis em ambiente hospitalar prejudica a sua recuperação e retira capacidade de resposta a quem necessita efetivamente de cuidados agudos. O Estado tem a responsabilidade de garantir continuidade de cuidados e soluções adequadas após a alta clínica, assegurando que a saúde e a proteção social funcionam de forma articulada e eficaz.

É neste contexto que se impõe uma resposta estrutural, integrada e humanizada. O PAN entende que é urgente retomar e reforçar programas específicos destinados a garantir respostas céleres para pessoas com alta clínica sem retaguarda social adequada, evitando que o hospital continue a ser o último recurso por ausência de alternativas. A interrupção de iniciativas anteriormente lançadas para disponibilização de camas em respostas sociais agravou uma situação já frágil e exige agora uma ação determinada e imediata.

Assim, a presente iniciativa propõe a criação do programa “Alta Digna”, uma resposta articulada que visa assegurar o acompanhamento e a transição de pessoas com alta clínica para soluções adequadas às suas necessidades, sempre que não disponham de resposta habitacional ou familiar compatível com a sua condição.

Este programa assenta em quatro eixos fundamentais:

- A articulação efetiva entre o Serviço Nacional de Saúde, a Segurança Social, as autarquias locais e o setor social e solidário, garantindo uma atuação coordenada e célere;

- A disponibilização de respostas residenciais e não residenciais ajustadas ao grau de autonomia e dependência de cada pessoa;

- A criação de uma nova resposta de residência de transição, de natureza excecional e temporária, por períodos até dois anos, destinada a situações em que as respostas existentes se revelem insuficientes ou inexistentes. Esta residência de transição assume características específicas, vocacionadas para acompanhamento social e recuperação funcional em contexto não hospitalar, permitindo aliviar de forma imediata a pressão sobre os hospitais e, simultaneamente, assegurar condições mais adequadas à recuperação e reintegração das pessoas;

- Para as situações que envolvam recém-nascidos e crianças até aos seis anos, é ainda criada a resposta específica "Casa para um Começo Seguro", destinada a assegurar acolhimento temporário em contexto não hospitalar, podendo incluir a mãe ou cuidador principal sempre que tal se revele adequado ao superior interesse da criança e à promoção do vínculo materno-infantil. A Casa para um Começo Seguro assegura cuidados de saúde adequados ao período pós-alta, condições dignas de alojamento e acompanhamento técnico especializado, promovendo a estabilização social e habitacional do agregado e a definição célere de uma solução familiar e habitacional estável.

Ao mesmo tempo, o programa prevê mecanismos de acompanhamento individualizado, com avaliação periódica e plano de transição definido, evitando soluções meramente assistencialistas e promovendo autonomia sempre que possível.

A resolução das chamadas "altas sociais" exige uma visão integrada das políticas públicas. Não basta libertar camas hospitalares, é necessário reforçar a capacidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados, expandir respostas comunitárias e investir na proximidade e humanização dos serviços. No caso da primeira infância, é igualmente

essencial articular políticas de saúde, proteção social e habitação, privilegiando soluções permanentes e autónomas, incluindo programas de arrendamento apoiado ou modelos de habitação com acompanhamento técnico, designadamente segundo a metodologia Housing First, sempre que aplicável.

Perante a dimensão atual do problema — que já envolve milhares de pessoas e compromete o funcionamento regular do SNS — estamos perante uma situação que exige medidas excepcionais e imediatas, mas também uma estratégia estrutural de médio e longo prazo.

Para o PAN garantir que quem já não necessita de cuidados hospitalares possa regressar a um contexto adequado, com apoio social e acompanhamento digno, incluindo solução habitacional estável quando necessária, é uma exigência ética e uma condição essencial para proteger a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde e assegurar que os recursos públicos são utilizados de forma eficiente e justa.

Nestes termos, a abaixo assinada Deputada Única do PESSOAS-ANIMAIS-NATUREZA, ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, apresenta o seguinte Projeto de Lei:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei aprova o regime jurídico do programa "Alta Digna", que visa assegurar respostas sociais seguras para pessoas com alta clínica, incluindo recém-nascidos e crianças, através da prestação de cuidados de saúde e apoio social em equipamentos sociais, apoio domiciliário ou respostas de transição, em função das necessidades concretas de cada situação, e cria uma nova resposta social para as pessoas que tenham alta clínica e que necessitem de cuidados transitórios, designada Residência de Transição.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

O Programa aplica-se a todos os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e às entidades do setor social e solidário com quem o Estado celebre acordos de cooperação.

Artigo 3.º

Objetivos

O Programa "Alta Digna" visa:

a) Promover uma resposta segura e atempada às pessoas que tenham alta clínica;
b) Garantir a continuidade de cuidados no domicílio ou integrados numa resposta social, incluindo num modelo de transição;
c) Reduzir reinternamentos evitáveis;
d) Aumentar a autonomia, bem-estar e qualidade de vida dos utentes; e
e) Reforçar a articulação entre saúde, segurança social, entidades do setor social e solidário e autarquias.

CAPÍTULO II

Organização e funcionamento

Artigo 4.º

Destinatários

1 - São destinatárias do programa "Alta Digna" as pessoas que, na sequência de um episódio de internamento hospitalar, e após a obtenção de alta clínica, necessitem de uma solução de retaguarda e de apoio de serviços de ação social e não possuam resposta habitacional ou familiar compatível com as suas limitações.

2- São igualmente destinatários do programa recém-nascidos e crianças que, após alta clínica, se encontrem em situação de risco, ausência de enquadramento familiar adequado ou dependam de decisão de entidades competentes em matéria de promoção e proteção.

Artigo 5.º

Modalidades

1 - O programa "Alta Digna" integra as seguintes modalidades de respostas:

a) Resposta em equipamento social de carácter residencial, através de Bolsa de Reserva de Vagas contratualizadas entre a Segurança Social e as entidades do setor social, nos termos previstos no Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário, doravante designado Compromisso de Cooperação;

b) Acolhimento familiar de dependentes ou idosos, nos termos do Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro de 1991, que deve ser aplicada sempre que a situação se enquadre;
c) Resposta no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados, preferencialmente através de cuidados continuados domiciliários, sempre que os utentes necessitem de cuidados de saúde compatíveis com a sua referenciação;
d) Resposta não residencial, de tipo institucional ou familiar, designadamente Serviço de Apoio Domiciliário ou Centro de Dia, permitindo o regresso do utente à sua residência anterior ao internamento hospitalar, ou equivalente, em condições suscetíveis de assegurar continuidade de serviços de reabilitação e fisioterapia, quando for o caso, sendo automaticamente atualizado o acordo de cooperação com a inclusão do utente;
e) Bolsa específica de camas destinadas a altas sociais, a constituir nos termos do n.º 4;
f) Residência de Transição, regulada nos termos do artigo seguinte, para as situações que, à luz dos critérios anteriormente definidos, não encontram solução adequada;
g) Resposta de acolhimento temporário para crianças e jovens, incluindo recém-nascidos, designadamente através de unidades de transição neonatal e pediátrica.

2 – A modalidade de resposta deve ser selecionada em função da situação concreta de cada pessoa, com salvaguarda do princípio da proximidade da colocação ao meio natural de vida anterior ao internamento hospitalar, ou ao meio familiar.
3 - A seleção e o encaminhamento dos utentes é efetuado pelos serviços competentes da área governativa da Saúde, em articulação com os serviços da área governativa da Solidariedade e Segurança Social e as entidades que gerem as respostas sociais.
4 - Quando já não existam vagas nos termos da alínea a) do n.º 1, o Instituto de Segurança Social, I.P. (ISS, IP), pode contratualizar novas vagas nos equipamentos sociais da rede solidária, através da constituição de uma bolsa específica de camas destinadas a altas sociais, cujo valor fica sujeito a comparticipação familiar do utente, calculada nos termos legais, devendo o Estado assegurar a diferença entre o valor mensal de 1.800 euros, a atualizar anualmente, e a comparticipação familiar do utente.
5 – A comparticipação pública referida no número anterior é assegurada em partes iguais pelas áreas governativas da Segurança Social e da Saúde.

Artigo 6.º

Residência de Transição

1 - É criada uma nova resposta social para as pessoas que tenham alta clínica e que necessitem de cuidados transitórios, designada Residência de Transição, com as seguintes características:

a) Capacidade até 10 utentes;
b) Acolhimento por um período transitório, até 2 anos, com vista ao encaminhamento para uma das soluções referidas nas alíneas a) a e) do n.º 1 do artigo anterior;

2 - Deve ser celebrado um acordo de cooperação tripartido entre a entidade do setor social, as áreas governativas da Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, o qual:

a) Identifica um equipamento ou serviço de retaguarda, designadamente UCCI, Estabelecimento Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) ou Centro de Dia, relativamente ao qual a Residência de Transição funciona de forma acoplada, sendo a respetiva direção técnica assegurada pelo diretor técnico da valência de retaguarda, definido pela Direção da entidade;
b) Fixa um rácio de trabalhadores específico, em regime de turnos, 24 horas por dia, para assegurar a presença permanente de pessoal técnico adequado às necessidades dos utentes no equipamento, devendo ser assegurada a presença de pelo menos um auxiliar de ação direta.

3 - O trabalho de acompanhamento técnico, avaliação e encaminhamento para respostas de natureza duradoura, bem como o apoio por parte de trabalhadores da Saúde, como enfermeiros, será assegurado pelas equipas técnicas afetas às demais respostas sociais da entidade, em articulação com o ISS, IP, sem prejuízo da eventual necessidade de contratação de novos recursos, a definir caso a caso pela instituição em articulação com o ISS, IP, a fim de fazer face ao aumento do número de utentes.

4 - O processo clínico do utente deve acompanhar o processo de acolhimento na nova resposta residencial, sem prejuízo do disposto no Regulamento Geral Sobre a Proteção de Dados (RGPD) e na lei.

5 - As comparticipações a efetuar pelas áreas governativas da Solidariedade e Segurança Social e da Saúde têm periodicidade mensal.

6 – O valor pago pelas áreas governativas deve assegurar o custo técnico da resposta por utente, compreendendo:

a) Os encargos com os trabalhadores específicos da resposta social;
b) Os encargos gerais da instituição na proporção do peso da nova resposta, contemplando custos administrativos, despesas com alimentação, custos com fornecimentos e serviços externos;

c) Os custos das equipas técnicas, designadamente com técnicos de ação social ou saúde, em virtude do aumento do número de utentes.

7 - Os acordos de cooperação que vierem a ser celebrados para a resposta social de Residência de Transição, no âmbito do Programa "Alta com Dignidade", passam a ser abrangidos no âmbito dos próximos Compromissos de Cooperação para o Sector Social e Solidário, sendo anualmente atualizados os valores de comparticipação das áreas governativas da Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, nos termos definidos nos referidos Compromissos.

8 – As instalações da resposta social Residência de Transição devem cumprir todas as condições de segurança, saúde e salubridade consideradas adequadas para acolher utentes em situações de saúde frágeis

9 - Os equipamentos sociais afetos às Residências de Transição podem instalar-se em edifícios, ou parte deles, utilizados pelas entidades do setor social e solidário, bem como edifícios ou suas frações, pertencentes ao Estado ou a autarquias locais, ou por elas utilizados, e que sejam disponibilizados em condições de utilização para a finalidade deste Programa

10 – A celebração dos acordos de cooperação que vierem a dar execução ao presente Programa não se encontra dependente nem vinculada ao PROCOOP.

11 - O modelo de funcionamento constante dos números anteriores consagra a flexibilização das disposições normativas que regulamentam o funcionamento das diversas respostas sociais, a fim de permitir a maximização dos recursos humanos das entidades do setor social que celebrem o respetivo acordo de cooperação e as correspondentes economias de escala, sem prejuízo da necessidade de reforço das equipas técnicas, nos termos previstos nas condições acima referidas, a definir por cada instituição em articulação com o ISS, I.P. em cada caso.

12 - O regime previsto no presente artigo não é aplicável a recém-nascidos e crianças, os quais são encaminhados para respostas específicas nos termos dos artigos 5.º, n.º 1, alínea g), e 6.º.

Artigo 7.º

Casa para um Começo Seguro

1 – É criada, no âmbito do Programa "Alta Digna", a resposta social designada como Casa para um Começo Seguro, destinada a recém-nascidos e crianças até aos 6 anos de idade que, após alta clínica hospitalar, se encontrem em situação de internamento social por ausência de enquadramento familiar adequado, precariedade habitacional ou dependência de decisão das entidades competentes em matéria de promoção e proteção.

2 – A Casa para um Começo Seguro acolhe igualmente a mãe ou outro cuidador principal da criança, sempre que tal se revele adequado ao superior interesse da criança, à promoção do vínculo materno-infantil e à prevenção da institucionalização.

3 – A resposta prevista no presente artigo tem natureza temporária e visa:

a) Assegurar cuidados de saúde e vigilância clínica adequados ao período pós-alta;
b) Garantir condições dignas de alojamento e proteção;
c) Promover a estabilização social e habitacional do agregado;
d) Definir e executar, com caráter prioritário, um plano individual de transição para solução familiar e habitacional estável.

4 – O acolhimento tem a duração estritamente necessária à estabilização da situação clínica e social, não podendo, salvo decisão judicial fundamentada, exceder seis meses.

5 – Cada Casa para um Começo Seguro deve assegurar:

a) Capacidade reduzida, não superior a 8 crianças ou 6 agregados mãe-bebé/cuidador principal-bebé;
b) Funcionamento permanente, 24 horas por dia;
c) Presença contínua de pessoal qualificado, incluindo auxiliares de ação direta;
d) Acompanhamento regular por enfermeiro com experiência em saúde infantil e pediátrica;
e) Apoio técnico nas áreas da ação social, psicologia e intervenção familiar.

6 – O encaminhamento posterior deve privilegiar soluções habitacionais permanentes e autónomas, incluindo programas de arrendamento apoiado, habitação pública ou modelos de habitação com acompanhamento técnico, designadamente segundo a metodologia Housing First, sempre que aplicável.

8 – A Casa para um Começo Seguro funciona em articulação obrigatória com:

a) As Comissões de Proteção de Crianças e Jovens;
b) Os serviços da Segurança Social;
c) As unidades hospitalares de origem;
d) As autarquias locais da área de residência habitual da mãe ou do cuidador principal.

9 – O financiamento da Casa para um Começo Seguro é assegurado em regime de cooperação entre as áreas governativas da Saúde e da Solidariedade e Segurança Social, podendo ser complementado por instrumentos de política de habitação.

10 – O modelo de funcionamento, requisitos técnicos, rácios de pessoal e condições de financiamento são definidos por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Saúde, da Solidariedade e Segurança Social e da Habitação.

Artigo 8.º

Programa de apoio à adaptação de espaços

O Governo cria um apoio financeiro à adaptação de espaços e aquisição de equipamento, para promover maior oferta de vagas na rede solidária em respostas sociais no âmbito da presente lei, designadamente ERPI e Residências de Transição, bem como a implementação das Casas Começo Seguro.

CAPÍTULO III
Monitorização e Fiscalização

Artigo 9.º
Indicadores de desempenho

1 - São obrigatoriamente monitorizados, pelos serviços competentes das áreas governativas da Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde:

a) O tempo médio entre alta clínica e alta social;
b) A taxa de reinternamento a 30 dias;
c) O tempo médio de transição para resposta permanente;
d) A satisfação do utente;
e) A cobertura territorial do Programa.

2 - São também obrigatoriamente monitorizados, pelos serviços competentes das áreas governativas da Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde o número de casos de internamento social neonatal e pediátrica, a duração média do internamento, as causas identificadas para o internamento, a distribuição territorial, o tempo médio entre a alta clínica e a alta social, o tempo médio de transição para resposta alternativa, a percentagem de permanência hospitalar superior a 30 dias após alta clínica e a cobertura territorial do programa ao nível dos recém-nascidos e crianças.

Artigo 10.º
Avaliação

1 - O Governo apresenta anualmente à Assembleia da República um relatório com:

a) Os resultados da implementação do Programa Alta Digna;
b) As necessidades de ajustamento legislativo;
c) O Planeamento de evolução do Programa**.**

2 - O Programa é objeto de revisão no prazo de três anos após uma avaliação global que permita aferir os seus impactos e adequação, designadamente para a resolução do problema urgente da permanência em hospitais após alta clínica com soluções adequadas para os utentes.

CAPÍTULO IV
Disposições Finais e Transitórias

Artigo 11.º
Disposição transitória

1 - No primeiro ano de vigência do presente diploma, o valor da comparticipação a pagar pelas áreas governativas da Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde é fixado em 2.000 euros por utente, por mês, repartido nos termos do número seguinte.

2 - Os encargos com o financiamento por utente, por mês, na Residência de Transição são distribuídos segundo o seguinte critério:

a) Comparticipação da Segurança Social: 1.000 euros, a atualizar nos termos do Compromisso de Cooperação;

b) Comparticipação do Ministério da Saúde: 1.000 euros, a atualizar anualmente.

3 – Aos montantes previstos nas alíneas a) e b) do número anterior, é deduzido, de forma proporcional, o valor da comparticipação dos utentes, caso seja devida, determinada de acordo com os critérios definidos para as comparticipações familiares em ERPI, nos termos do Regulamento anexo à Portaria nº 196-A/2015, de 1 de julho, com a redação que lhe foi conferida pela Portaria nº 218-D/2019, de 15 de julho.

Artigo 12.º
Produção de efeitos

A presente lei produz efeitos com a entrada em vigor do Orçamento do Estado seguinte.

Artigo 13.º
Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Assembleia da República, Palácio de São Bento, 13 de fevereiro de 2026

A Deputada,

Inês de Sousa Real