

Projeto de Lei n.º 389/XVII/1.ª (PS)

Cria o Programa “Voltar a Casa”, para dar resposta às pessoas que se encontram nos hospitais com alta clínica a aguardar vaga em respostas sociais

Data de admissão: 27 de janeiro de 2026

Comissão de Trabalho, Segurança Social e Inclusão (10.ª)

ÍNDICE

- I. A INICIATIVA
- II. APRECIÇÃO DOS REQUISITOS CONSTITUCIONAIS, REGIMENTAIS E FORMAIS
- III. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL
- IV. ENQUADRAMENTO JURÍDICO INTERNACIONAL
- V. ENQUADRAMENTO PARLAMENTAR
- VI. CONSULTAS E CONTRIBUTOS
- VII. ENQUADRAMENTO BIBLIOGRÁFICO

I. A INICIATIVA

O presente projeto de lei visa aprovar um novo regime jurídico, com o objetivo de implementar um programa que se designa «Voltar a Casa» e cujo foco principal é assegurar resposta aos casos de pessoas que, tendo tido alta hospitalar, permanecem nos hospitais, por carência de soluções habitacionais ou familiares compatíveis com as suas necessidades.

Nos termos da exposição de motivos, o Grupo Parlamentar proponente justifica a iniciativa com o aumento significativo, nos últimos 2 anos, do número de pessoas em situação como a descrita no parágrafo anterior, que será, segundo indicam, de mais de 2.800 pessoas. Conforme nos explicam, o problema assume duas dimensões: por um lado, a situação de risco e fragilidade em se encontram estas pessoas, e por outro, a consequência, em termos de gestão eficiente de recursos, da sua permanência no Serviço Nacional de Saúde. Consideram, por isso, imperioso que a capacidade instalada dos serviços de saúde se direcione para os fins a que se destina efetivamente e que, para estes casos de alta clínica, sejam encontradas respostas sociais, garantindo o seu acompanhamento fora do contexto hospitalar.

Do ponto de vista sistemático, o diploma proposto organiza-se em quatro capítulos: o primeiro dedicado às disposições gerais; o segundo relativo à organização e funcionamento do programa; o terceiro com normas sobre a monitorização e a fiscalização; e o quarto com as disposições finais e transitórias.

Em termos substantivos, o corpo normativo que se propõe aprovar desenvolve as bases do programa «Voltar a Casa», identificando o seu âmbito de aplicação, objetivos e destinatários, bem as medidas que o concretizam, incluindo várias disposições com deveres que impendem sobre o Governo, a quem caberá executar o programa.

O artigo 5.º parece sintetizar as modalidades de resposta que o programa inclui, designadamente resposta em equipamento social, de acolhimento familiar, na rede de cuidados continuados, de apoio domiciliário ou centro de dia; e de residência de transição.

Por último, destacamos a previsão da entrega anual à Assembleia da República, pelo Governo, de um relatório com os resultados da implementação do programa,

identificação das necessidades de ajustamento e planeamento da sua evolução, a que acresce uma obrigação de revisão do programa, no prazo de 3 anos, «após uma avaliação global que permita aferir os seus impactos e adequação».

II. APRECIÇÃO DOS REQUISITOS CONSTITUCIONAIS, REGIMENTAIS E FORMAIS

▪ **Conformidade com os requisitos constitucionais e regimentais**

A iniciativa foi apresentada nos termos do n.º 1 do artigo 167.º da [Constituição da República Portuguesa](#) (Constituição) e dos n.º 1 do artigo 119.º do [Regimento da Assembleia da República](#) (Regimento),¹ que consagram o poder de iniciativa legislativa, tomando a forma de projeto de lei, em conformidade com o n.º 2 do artigo 119.º do Regimento.

Cumpra os requisitos formais previstos no n.º 2 do artigo 119.º, no n.º 1 do artigo 123.º e no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento e observa os limites à admissão da iniciativa estabelecidos no n.º 1 do artigo 120.º do mesmo, uma vez que parece não infringir a Constituição ou os princípios nela consignados e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa.

Apesar de a presente iniciativa, se aprovada, ser suscetível de envolver um aumento das despesas previstas no Orçamento do Estado, conforme assinalado na [nota de admissibilidade](#), o artigo 11.º ao prever que «a presente lei produz efeitos com a entrada em vigor do Orçamento do Estado seguinte» parece acautelar o limite à apresentação de iniciativas previsto no n.º 2 do artigo 167.º da Constituição e, igualmente, no n.º 2 do artigo 120.º do Regimento, designado «lei-travão».

O projeto de lei em apreciação deu entrada a 20 de janeiro de 2026, acompanhado da respetiva [ficha de avaliação prévia de impacto de género](#). Foi admitido e baixou na generalidade à Comissão de Trabalho, Segurança Social e Inclusão (10.ª), com conexão com a Comissão de Saúde (9.ª) a 27 de janeiro, por despacho do Presidente da Assembleia da República.

¹ Textos consolidados da Constituição e do Regimento disponíveis no sítio da *Internet* da Assembleia da República.

▪ Verificação do cumprimento da lei formulário

O título da presente iniciativa legislativa traduz sinteticamente o seu objeto, mostrando-se conforme ao disposto no n.º 2 do artigo 7.º da [Lei n.º 74/98, de 11 de novembro](#) (lei formulário)², embora, em caso de aprovação, possa ser objeto de aperfeiçoamento formal, em sede de apreciação na especialidade ou em redação final.

No que respeita ao início de vigência, a iniciativa estabelece, no seu artigo 12.º, que a sua entrada em vigor ocorrerá «no dia seguinte ao da sua publicação», estando em conformidade com o previsto no n.º 1 do artigo 2.º da lei formulário, que prevê que os atos legislativos «entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início de vigência verificar-se no próprio dia da publicação».

Em caso de aprovação esta iniciativa revestirá a forma de lei, nos termos do n.º 3 do artigo 166.º da Constituição, pelo que deve ser objeto de publicação na 1.ª série do *Diário da República*, em conformidade com o disposto na alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da lei formulário.

Nesta fase do processo legislativo, a iniciativa em análise não nos suscita outras questões no âmbito da lei formulário.

III. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL

O n.º 5 do [artigo 63.º](#) da [Constituição](#)³, bem como os princípios inscritos no subsistema de Ação Social, definidos na [Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro](#)⁴, que aprovou as bases gerais do sistema de segurança social, reconheceram a importância estratégica do setor social e solidário, bem como a necessidade de o mesmo ser apoiado pelo Estado, atendendo ao cumprimento de objetivos de solidariedade social próprios de um Estado de Direito.

Também no desenvolvimento do disposto na Constituição quanto ao setor cooperativo e social, a [Lei n.º 30/2013, de 8 de maio](#), Lei de Bases da Economia Social, estabeleceu medidas de incentivo à atividade das entidades deste setor em função dos princípios e

² Texto consolidado da lei formulário disponível no sítio da *internet* da Assembleia da República.

³ Texto consolidado retirado do sítio na *internet* da Assembleia da República.

⁴ Texto consolidado retirado do sítio da *Internet* do Diário da República. Todas as referências legislativas são feitas para este portal oficial, salvo indicação em contrário. Consultadas a 06/02/2026.

dos fins que lhe são próprios, visando habilitá-las com os instrumentos necessários para o desenvolvimento de um conjunto de outras iniciativas, para além das suas áreas tradicionais de atuação. Reconheceu ainda que estas entidades, localizadas em todo o território nacional, constituem um pilar fundamental no suporte e apoio a todos aqueles que se encontram numa situação de vulnerabilidade.

Seguidamente, o [Decreto-Lei n.º 120/2015, de 30 de junho](#)⁵, veio estabelecer os princípios orientadores e o enquadramento a que deve obedecer a cooperação entre o Estado e as entidades do setor social e solidário, visando ampliar e reforçar a parceria público-social com as entidades do setor social e solidário, passando a abranger as diferentes áreas sociais do Estado, nomeadamente segurança social, saúde e educação, de forma a permitir o desenvolvimento de novos modelos de respostas.

Mais concretamente sobre a matéria em causa na presente iniciativa:

A [Portaria n.º 183/2022, de 15 de julho](#), estabeleceu um reforço extraordinário, em 2022, da comparticipação financeira da segurança social, prevista no n.º 1 do artigo 16.º da [Portaria n.º 196-A/2015, de 1 de julho](#)⁶, [que definiu os critérios, regras e formas em que assenta o modelo específico da cooperação estabelecida entre o Instituto da Segurança Social, I. P. e as instituições particulares de solidariedade social ou legalmente equiparadas] destinado às vagas extra-acordo em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)⁷ para acolhimento de pessoas com altas hospitalares.

Por seu lado, a [Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro](#)⁸, estabeleceu os termos e condições em que é efetuada a articulação interinstitucional, para efeitos de referenciação e acompanhamento de pessoas que, por motivos sociais, permanecem internadas após a alta clínica, em hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através do recurso a um acolhimento temporário e transitório em resposta social.

As alterações a esta portaria⁹, reconheceram que «a permanência em meio hospitalar após alta clínica traduz, em muitos casos, situações de elevada vulnerabilidade social,

⁵ Texto consolidado.

⁶ Texto consolidado.

⁷ A [Portaria n.º 67/2012, de 21 de março](#) (texto consolidado), definiu as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. A estrutura residencial destina-se à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência.

⁸ Texto consolidado.

⁹ Através da [Portaria n.º 256/2023, de 10 de agosto](#), e, mais recentemente, da [Portaria n.º 20/2026/1, de 20 de janeiro](#), que procedeu à revisão do regime de articulação interinstitucional

associadas a dependência, incapacidade, ausência ou insuficiência de apoio familiar ou inexistência de rede formal de suporte, impondo ao Estado a responsabilidade de garantir respostas que promovam a recuperação, a dignidade e a continuidade de cuidados, em articulação entre a área da saúde e a área do trabalho, solidariedade e segurança social.». Nesse sentido, verificaram a necessidade premente de consolidar e aperfeiçoar o regime instituído e ampliar a sua intervenção, alargando o universo de unidades com capacidade para o acolhimento de pessoas com alta hospitalar, sem resposta adequada na rede familiar, bem como nos recursos comunitários existentes. Em especial, a [Portaria n.º 20/2026/1, de 20 de janeiro](#), visou reforçar a articulação interinstitucional, «clarificando o modelo de gestão e contratualização das vagas e assegurando uma resposta juridicamente estruturada às situações de “protelamento de alta por motivos sociais”». De acordo com a respetiva parte introdutória, visou também «reforçar a governação do sistema¹⁰, densificando (...) o quadro normativo vigente, de modo a assegurar uma gestão centralizada das vagas de acolhimento pelo Instituto da Segurança Social, I. P., e pela Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P., prevenindo a contratualização direta e desarticulada (...), sem prejuízo da previsão de mecanismos excecionais, devidamente fundamentados, para situações de inexistência de resposta disponível.». Integra, ainda, formalmente as unidades intermédias no SNS¹¹ e estabelece «a repartição dos encargos desta nova resposta entre a área da saúde e a área do trabalho, solidariedade e segurança social.»¹²

Concretamente, passa a prever ([artigo 1.º](#)) que o encaminhamento deve privilegiar o regresso ao domicílio, com apoio social adequado ou, quando tal não seja possível, o acolhimento em solução social permanente adequada e, bem assim, que

para efeitos de avaliação, encaminhamento, gestão de vagas e acolhimento de pessoas que, por motivos sociais, permanecem internadas após alta clínica em hospital do Serviço Nacional de Saúde, incluindo o enquadramento das unidades e camas intermédias.

¹⁰ Prevê «um circuito integrado de avaliação e decisão, baseado numa apreciação conjunta da condição social e da condição de saúde da pessoa, assegurada por técnicos do Serviço Nacional de Saúde e do Instituto da Segurança Social, I. P.», cf. parte introdutória da referida Portaria.

¹¹ Prevê o «recurso a unidades intermédias, ou camas intermédias em estruturas de acolhimento pré-existentes, como resposta de carácter estritamente subsidiário, excecional e transitório» cf. consta da parte introdutória da mesma Portaria.

¹² Idem.

as unidades intermédias e camas intermédias são soluções subsidiárias e transitórias para o acolhimento¹³.

Cumpra ainda fazer referência neste contexto ao Programa Nacional de Hospitalização Domiciliária (HD). Este modelo distingue-se das respostas de saúde e de apoio social no domicílio implementadas no SNS, na medida em que incide sobre a fase aguda da doença e ou de agudização da doença crónica, pretendendo constituir uma alternativa ao internamento tradicional, assegurando o tratamento desses doentes no domicílio com cuidados intensivos e especializados, reduzindo infeções e fazendo forte aposta na medicina interna. Pressupõe ainda que a HD tem o potencial de contribuir para melhorar o acesso aos cuidados de saúde hospitalares e para uma melhor gestão das camas disponíveis para o tratamento de doentes agudos no SNS.

Assim, o [Despacho n.º 9323-A/2018, de 3 de outubro](#), determinou a estratégia de implementação de Unidades de HD (UHD) no SNS¹⁴, enquanto o [Despacho n.º 12333/2019, de 23 de dezembro](#), determinou que o Ministério da Saúde promoveria a consolidação e o desenvolvimento de UHD nos estabelecimentos hospitalares do SNS, com vista ao alargamento deste modelo de prestação de cuidados de saúde a todos os estabelecimentos hospitalares do SNS. A respetiva atualização foi feita por normativos como o [Despacho n.º 10401/2025, de 30 de abril](#), que procedeu à designação da coordenação da HD, ao incremento da respetiva atividade, ao desenvolvimento das UHD em Centros de Responsabilidade Integrado (CRI) e ao alargamento desta a todos os estabelecimentos hospitalares do SNS.

A [Portaria n.º 310/2024/1, de 3 de dezembro](#), regulou o índice de desempenho de equipa que integra o centro de responsabilidade integrado de hospitalização domiciliária, bem como os termos de atribuição dos incentivos institucionais, e prorroga o período de funcionamento dos projetos-piloto dos centros de responsabilidade integrados com equipas dedicadas ao serviço de urgência, de saúde mental e de gastroenterologia, e o [Despacho n.º 5067/2025, de 30 de abril](#), procede à designação da coordenação da HD,

¹³ Para «evitar a permanência indevida de pessoas com alta clínica em meio hospitalar por inexistência de resposta social disponível e a assegurar, fora do meio hospitalar, a continuidade dos cuidados sociais e de saúde indispensáveis (...) são estabelecidas as condições aplicáveis à criação, autorização, funcionamento e financiamento das unidades intermédias ou camas intermédias» cf. consta da Portaria

¹⁴ A Norma de Orientação Clínica (NOC) n.º 020/2018, de 20 de dezembro de 2018, da Direção-Geral da Saúde (DGS), definiu a terapêutica, a monitorização, as equipas de saúde, a referenciação e os critérios aplicados na HD.

promove o incremento da respetiva atividade, o desenvolvimento das UHD em CRI e o alargamento da HD a todos os estabelecimentos hospitalares do SNS, «cumprindo o desempenho assistencial, no que à HD respeita, determinado no Quadro Global de Referência, constante no anexo ii do Despacho n.º 6770/2024, de 18 de junho, e os indicadores de desempenho previstos no anexo ii da [Portaria n.º 310/2024/1](#), de 3 de dezembro.»¹⁵

Finalmente, tendo conexão com esta temática, faz-se ainda referência ao [Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho](#)¹⁶, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador, situando-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar¹⁷.

E, ainda, aos seguintes diplomas:

- O [Decreto-Lei n.º 141/89, de 28 de abril](#), que define o regime jurídico e de proteção social dos ajudantes familiares, reconhecendo a necessidade de desenvolver e aperfeiçoar, no âmbito da ação social exercida pelo sistema de segurança social, diversas modalidades de apoio social a famílias e indivíduos que se encontrem em situação de maior isolamento, dependência ou marginalização social, designadamente a idosos e deficientes, através de ajuda prestada no respetivo domicílio às famílias cujos membros, por razões de vária ordem, não podem assegurar com normalidade as tarefas inerentes à vida pessoal e familiar.

- A [Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro](#), que estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário, reconhecendo a importância das entidades da economia social que atuam numa lógica de proximidade e pretendendo maximizar as potencialidades de intervenção dessas entidades, garantindo mais e melhores respostas que correspondam às necessidades das pessoas e das famílias. Visou proceder ao ajustamento desta resposta social às exigências de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos e a uma gestão da qualidade e segurança que incide ao

¹⁵ Cf consta do mesmo Despacho.

¹⁶ Texto consolidado.

¹⁷ Cf. respetiva parte introdutória.

nível da equidade do acesso a cuidados flexíveis, transitórios ou de longa duração, garantindo condições para a permanência das pessoas no seu ambiente familiar.

- A [Portaria n.º 324/2025/1, de 3 de outubro](#), que procedeu à criação e implementação dos projetos-piloto de serviço de apoio domiciliário designado por SAD+Saúde

IV. ENQUADRAMENTO JURÍDICO INTERNACIONAL

▪ Âmbito internacional

Países analisados

Apresenta-se, de seguida, o enquadramento internacional referente a: Espanha e Irlanda.

ESPANHA

A [Constitución Española](#)¹⁸ define, nos termos do seu [artículo 41](#), que as autoridades públicas devem manter um sistema público de segurança social para todos os cidadãos, garantindo assistência social e benefícios suficientes em situações de necessidade. Atentos os direitos supracitados conjuntamente com as disposições constantes do [artículo 43](#), é responsabilidade das autoridades públicas organizar e proteger a saúde pública por meio de medidas preventivas e dos serviços e benefícios considerados como necessários à prossecução da saúde dos cidadãos.

O [Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre](#), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, delega no Governo a responsabilidade pela coordenação de funções relacionadas, nomeadamente nas ações de órgãos, serviços e entidades que coordenam o sistema de segurança social, com aquelas que desempenham funções de segurança social, saúde e assistência social ([artículo 6](#)). A ação protetora do sistema de segurança social abarca o conjunto de situações previstas no [artículo 42](#), onde se releva as alíneas a) e b) do seu n.º 1, relativas à assistência em caso de doença e a recuperação da mesma. Adicionalmente, importa também relevar a [Disposición adicional sexagésima](#), relativa aos termos do

¹⁸ Diploma consolidado retirado do portal oficial [boe.es](#). Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas relativas a Espanha são feitas para o referido portal, salvo indicação em contrário. Consultas efetuadas a 06.02.2026.

acompanhamento dos acordos entre as entidades colaboradoras da Segurança social e dos Serviços públicos de saúde.

Cumpridas as fases de serviço primárias, constantes do [artículo 15](#) da [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#), o Governo deverá garantir uma estrutura de serviços de referência, à qual possam aceder todos os utentes do Sistema Nacional de Saúde, uma vez superadas as possibilidades de diagnóstico e tratamento por parte dos serviços especializados (onde se inclui a assistência domiciliária, a hospitalização e a reabilitação)¹⁹.

Em função do disposto, a [Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud](#), estabelece, no seu [artículo 1](#), o quadro legal para as ações de coordenação e cooperação das administrações públicas de saúde, no exercício de suas respetivas competências, de modo a garantir a equidade, a qualidade e a participação social no Sistema Nacional de Saúde, bem como a sua colaboração ativa na redução das desigualdades em saúde, onde se destaca o objetivo de colaboração entre os serviços de saúde públicos e privados na prestação de serviços aos usuários do Sistema Nacional de Saúde (alínea g) do [artículo 2](#)).

Os serviços propostos no âmbito da iniciativa legislativa em apreço enquadram-se nos termos do [artículo 8 quáter](#) (portfolio de serviços acessórios do Sistema Nacional de Saúde) e/ou do [artículo 8 quinquies](#) (portfolio de serviços complementares das comunidades autónomas). As estruturas de financiamento das prestações de serviço encontram-se definidas no [artículo 10](#), sendo que a prestação de serviços especializada, coordenada com a prestação de serviços primária, compreende, no seu n.º 2, entre outras:

- A hospitalização em regime de internamento; e
- O apoio à atenção primária e em alta hospitalar precoce, e, quando aplicável, a hospitalização domiciliária.

A denominada “*prestação de atenção sociosanitária*”, constante do [artículo 14](#), prevê também a garantia da continuidade do serviço através de serviços de saúde e serviços sociais, através da coordenação dos vários graus das administrações públicas, por forma a contrariar os fenómenos de “*alta diferida*” ou “*retraso del alta*”.

¹⁹ N.º 3 do *artículo dieciocho*.

A título de exemplo, a regulamentação ao nível autonómico, desta “*atenção sociosanitária*” encontra-se prevista nos termos do [Decreto 24/2004, de 16 de abril](#)²⁰, sobre centros sociosanitarios de convalescencia, da Comunidade Autónoma de La Rioja, integrados no Sistema Público de La Rioja através da [Ley 2/2002, de Salud de La Rioja](#), no seu [artículo 53](#). O enquadramento relativo à relação contratual e à colaboração dos serviços privados encontra-se previsto nos termos dos [artículos 94 e ss.](#)

O Governo disponibiliza no portal do *Ministerio de inclusión, Seguridad Social y Migraciones*, [informações adicionais](#)²¹ relativas à matéria em apreço.

IRLANDA

As situações em que uma pessoa se encontra clinicamente apta para alta hospitalar (*medically fit for discharge*), mas permanece internada devido a inexistência temporária de resposta social adequada, designa-se como um fenómeno de *delayed discharge* ou *bed blocking*, cujo relatório de acompanhamento mais recente pode ser consultado [aqui](#)²².

Por forma a fazer face aos fenómenos supracitados, o [Health Act 2004](#)²³, que estabelece o quadro jurídico do [Health Service Executive \(HSE\)](#), e pese embora não definir nenhum enquadramento legal específico relativamente a esta temática, combina direito estatutário, políticas públicas de saúde e cuidados continuados, e instrumentos administrativos, por forma a fundamentar a intervenção pública num evento deste tipo.

No âmbito da temática em apreço, cumpre ainda mencionar as [recomendações](#)²⁴ emanadas pelo [Independent Expert Review of Delayed Discharges](#)²⁵.

V. ENQUADRAMENTO PARLAMENTAR

- **Iniciativas pendentes**

²⁰ Retirado do portal oficial [web.larioja.org](#). Consultas efetuadas a 06.02.2026.

²¹ Retirado do portal oficial [seg-social.es](#). Consultas efetuadas a 06.02.2026.

²² Retirado do portal oficial [assets.hse.ie](#). Consultas efetuadas a 06.02.2026.

²³ Diploma consolidado retirado do portal oficial [irishstatutebook.ie](#). Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas relativas à Irlanda são feitas para o referido portal, salvo indicação em contrário. Consultas efetuadas a 06.02.2026.

²⁴ Retirado do portal oficial [gov.ie](#). Consultas efetuadas a 06.02.2026.

²⁵ Retirado do portal oficial [assets.hse.ie](#). Consultas efetuadas a 06.02.2026.

Consultada a base de dados da Atividade Parlamentar (AP), não se apurou a pendência de qualquer iniciativa ou petição sobre o concreto objeto do projeto de lei vertente.

▪ Antecedentes parlamentares

Do mesmo modo, sobre a concreta questão visada pela presente iniciativa legislativa, não identificámos quaisquer antecedentes parlamentares.

VI. CONSULTAS E CONTRIBUTOS

Nos termos do artigo 134.º do Regimento, a iniciativa legislativa em apreço encontra-se em consulta pública, podendo os contributos recebidos ser consultados [aqui](#).

VII. ENQUADRAMENTO BIBLIOGRÁFICO

ALLAN, Stephen; et al. The influence of home care supply on delayed discharges from hospital in England. Em linha. *BMC Health Services Research*, vol. 21, n.º 1 (2021), p. 1297. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8641174/pdf/12913_2021_Article_7206.pdf.

[visualizado em 2026.02.04].

Resumo: A partir do estudo estatístico analisa-se a relação entre a disponibilidade e oferta de apoio domiciliário e os atrasos na alta hospitalar em Inglaterra. A investigação prova que um aumento na disponibilidade de prestadores de cuidados no domicílio reduz significativamente os dias de internamento desnecessário associados a causas sociais. Os autores quantificam que cada prestador adicional numa área local permite poupanças substanciais ao erário público, estimadas em milhões de libras, visto que o custo de manter um doente numa cama hospitalar sem necessidade clínica é drasticamente superior ao apoio em casa. A análise detalha que, para o doente médio, a adição de um único prestador por cada 10 km² pode reduzir os atrasos em 14,9%. Para além da eficiência financeira, o estudo alerta para as consequências clínicas do internamento prolongado, como o declínio funcional, o aumento da fragilidade e o compromisso das atividades da vida diária. Os dados sugerem que o investimento no mercado de cuidados sociais deve ser visto como parte da infraestrutura de saúde,

sendo essencial para prevenir readmissões e garantir que a alta clínica se traduza numa recuperação funcional. A conclusão reforça que a eficiência do setor público depende da existência de um mercado de prestadores robusto, alertando que a falta de pessoal e os baixos salários no setor social são as maiores barreiras à fluidez do sistema de saúde.

ALVES, Mariana. "Hospital at Home": a realidade dentro e fora de Portugal. Em linha. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, vol. 22, n.º 4 (2016), pp. 40-43. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/784/513>. [visualizado em 2026.02.04].

Resumo: Com este documento contextualiza-se a situação do modelo de gestão hospitalar onde as enfermarias estão frequentemente lotadas com idosos frágeis que possuem alta clínica, mas que permanecem retidos por falta de suporte social. A autora defende o modelo "Hospital at Home" como uma alternativa que preserva a dignidade do doente, evitando riscos como infeções, quedas e episódios de confusão mental, que muitas vezes tornam o doente mais dependente após a alta do que na entrada. Para a implementação do modelo, são necessários oito critérios de rigor, incluindo o consentimento informado, a existência de um cuidador e condições de higiene no domicílio. O modelo H@h permite que doentes que cumpram critérios de estabilidade e segurança recebam cuidados de nível hospitalar no conforto do domicílio. A investigadora enfatiza que este modelo permite racionalizar recursos hospitalares dispendiosos, libertando camas para doentes agudos enquanto oferece cuidados personalizados e humanos. A queda acentuada do número de consultas ao domicílio, em Portugal, criou uma falha grave no acompanhamento dos doentes, comprometendo a continuidade dos cuidados de saúde primários. O artigo conclui que a falta de desenvolvimento destes serviços no país força a institucionalização precoce, recomendando que o país acompanhe a tendência europeia de descentralização dos cuidados para garantir a sustentabilidade do SNS.

BAIRD, Beccy; FENNEY, Deborah; JEFFERIES, Danielle; BROOKS, Andy. Making care closer to home a reality: refocusing the system to primary and community care. Em linha. London: The King's Fund, 2024. Disponível em: https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/ab65341d7a/making_care_closer_home_reality_report_2024.pdf. [visualizado em 2026.02.04].

Resumo: O relatório oferece a visão política e estratégica de longo prazo, classificando a incapacidade de transferir cuidados para a comunidade como um dos maiores insucessos das políticas públicas das últimas três décadas. Argumenta-se que o sistema privilegia as crises hospitalares em detrimento da prevenção, criando um "ciclo de invisibilidade" para os serviços comunitários devido à escassez de dados. Os autores recomendam que todo o crescimento orçamental seja direcionado prioritariamente para a comunidade, investindo em tecnologia digital e instalações físicas para equipas multidisciplinares. O documento sublinha que a solução não passa por fechar hospitais dado o baixo número de camas em sistemas como o inglês, mas sim por reequilibrar o sistema através de uma mudança radical na cultura e liderança. Destaca ainda que as políticas atuais focadas na redução de listas de espera hospitalares acabam por drenar recursos que deveriam estar a apoiar a estabilidade do doente em casa. Os autores defendem que a integração operacional ao nível do bairro é mais eficaz do que fusões organizacionais complexas, sugerindo que a confiança e a autonomia local são os motores da inovação. O relatório apela a um compromisso político que ultrapasse ciclos eleitorais, focando-se no que "importa ao doente" e não apenas na gestão de episódios de doença.

DIMLA, Bernadette; PARKINSON, Lynne; WOOD, Denise; POWELL, Zalia. Hospital discharge planning: a systematic literature review on the support measures that social workers undertake to facilitate older patients' transition from hospital admission back to the community. Em linha. *Australasian Journal on Ageing*, vol. 42 (2023), pp. 20–33. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ajag.13138>. [visualizado em 2026.02.04].

Resumo: Através de uma revisão sistemática, o artigo foca-se na operacionalização prática da alta, analisando o papel vital dos assistentes sociais na transição segura para a comunidade. Esses profissionais coordenam cuidados e medeiam conflitos familiares, garantindo que o plano de alta não fique indexado à estabilidade clínica. O artigo alerta para o risco da "diluição de funções", onde tarefas de coordenação social são absorvidas de forma ineficaz por outras áreas, comprometendo a resolução de problemas complexos como o isolamento ou a pobreza. A eficácia do planeamento da alta depende criticamente da disponibilidade de serviços comunitários financiados publicamente, sublinhando que atrasos na provisão desses apoios forcem internamentos prolongados e desnecessários. As autoras destacam dilemas éticos

enfrentados pelas equipas, como equilibrar a segurança do doente com o seu direito à autodeterminação e autonomia em regressar a casa. O estudo refere que, sem pacotes de apoio domiciliário imediatos, o hospital torna-se um local de custódia e não de cura. Em suma, este trabalho evidencia a necessidade de equipas técnicas com formação específica na avaliação de idosos, capazes de atravessar sistemas burocráticos para assegurar que o apoio social esteja disponível no momento da alta hospitalar.

HOLDING, Eleanor; et al. Exploring the impact of a housing support service on hospital discharge: a mixed-methods process evaluation in two UK hospital trusts. Em linha. *Health & Social Care in the Community*, vol. 2023 (30 ago. 2023). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1155/2023/4027277>. [visualizado em 2026.02.04].

Resumo: A pesquisa apresentada teve como objetivo a avaliação do impacto da integração de especialistas do setor da habitação nas equipas hospitalares para eliminar condicionantes não médicas no processo de alta, como a falta de alojamento ou habitações inadequadas. A intervenção de coordenadores de apoio à habitação provou reduzir o stress das equipas clínicas, permitindo que médicos e enfermeiros se foquem em tarefas médicas enquanto os especialistas gerem a logística da transição. O estudo revela que mais de um quarto dos pacientes apoiados eram sem-abrigo, e muitos outros necessitavam de adaptações físicas urgentes nas suas casas para poderem regressar em segurança. Economicamente, o serviço revela-se autofinanciável se se verificar a redução no atraso da alta em apenas dois ou três dias para um pequeno grupo de doentes por semana. Contudo, o sucesso do modelo depende do acesso total destes coordenadores aos sistemas informáticos hospitalares e da sua integração nas rondas diárias das enfermarias. O artigo sublinha que a falta de stock habitacional adequado é o maior entrave à eficácia total deste serviço, recomendando que o apoio deve continuar mesmo após a saída do hospital para evitar o fenómeno da "porta giratória", onde o doente é readmitido por falha social no domicílio.

TIMMINS, Nicholas; Institute for Government; Nuffield Foundation. Enabling integrated care systems to work better. Em linha. London: Institute for Government, 2024. Disponível em: <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/2024-07/Enabling-integrated-care-systems-work-better.pdf>. [visualizado em 2026.02.04].

Resumo: De acordo com este relatório, a governação e a eficácia dos sistemas de cuidados integrados fornecem lições sobre a descentralização necessária para o programa de assistência na saúde. O autor analisa a persistente tensão entre o centralismo do Estado e o localismo da linha da frente, argumentando que a promessa de transferir o controlo para as autoridades locais tem sido dificultada por uma cultura de microgestão. O estudo realça que o sucesso da integração entre saúde e cuidados sociais depende da autonomia dos sistemas locais para gerirem os seus orçamentos e prioridades. É destacado que o financiamento atual, à data do artigo, é frequentemente atribuído em parcelas fragmentadas "penny packets" para programas restritos, o que impede uma gestão das necessidades da população e atrasa a inovação em serviços de apoio à alta. O autor recupera as recomendações da Hewitt Review, que apelou a uma redução radical do poder central e a um aumento da flexibilidade financeira para permitir que os líderes locais se foquem na saúde populacional a longo prazo. A análise revela que o excesso de relatórios e a duplicação de pedidos de dados desperdiçam recursos que poderiam ser aplicados na coordenação de cuidados diretos. Em conclusão, sem uma mudança comportamental que permita "fazer menos para o local poder fazer mais", a eficácia das reformas será limitada. A estratégia apontada passa pela libertação de camas hospitalares, maior agilidade local e recursos consolidados, e não comandos centrais rígidos.