



Licenciatura em Enfermagem

4º Ano

2º Semestre

Monografia Final de Licenciatura

Contributos da Hospitalização Domiciliária Durante a Pandemia de Covid-19

Uma Revisão Scoping

Docente:

Professora Margarida Tomás

Discente:

Ana Sofia Correia N° 201793107

Fátima Fernandes N° 201793119

Barcarena

Julho 2021

AGRADECIMENTOS

É inevitável agradecer em primeiro à nossa orientadora, professora Margarida Tomás pelos conselhos, paciência e amizade que em todos os momentos nos dispensou, sem a sua ajuda e acompanhamento este trabalho não teria sido possível.

Às nossas famílias, por nos acompanharem durante este percurso com confiança e tranquilidade e por se alegrarem com os nossos sucessos com carinho e orgulho.

Finalmente, à amizade! Que nos fez caminhar lado a lado durante quatro anos com momentos de alegria e de desespero, mas que nos permitiram crescer e que, nesta reta final, nos fazem sentir que tudo valeu a pena.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes” (Marthin Luther King).

RESUMO

Tema: Contributos da Hospitalização Domiciliária Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão *Scoping*

Contexto: O presente estudo surgiu pelo interesse das investigadoras em compreender o papel que o modelo de Hospitalização Domiciliária (HD) desempenhou e desempenha no que concerne à situação de pandemia por COVID-19 no Mundo.

Objetivos: Identificar, examinar e mapear a evidência científica disponível sobre as vantagens e desvantagens da Hospitalização Domiciliária no mundo durante a pandemia e produzir uma síntese dos resultados da literatura relevante.

Metodologia: Foi efetuada uma revisão *scoping* que seguiu a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute* e foi complementada pelo diagrama PRISMA para facilitar a verificação da estratégia de pesquisa dos artigos incluídos. A questão de investigação foi: “Qual o contributo das Unidades de Hospitalização Domiciliária no combate à pandemia de COVID-19?”. A estratégia de pesquisa dividiu-se em três fases: a primeira consistiu na determinação dos termos relevantes a incluir na pesquisa para a formulação da equação booleana. A segunda etapa consistiu da pesquisa individual de cada um dos termos indexados e palavras-chave identificadas previamente cujos resultados foram depois combinados através de operadores booleanos “OR” e “AND”. Finalmente a terceira fase consistiu numa pesquisa narrativa com o intuito de complementar a informação sobre a questão da investigação.

Resultados: Num total de 41 artigos, 9 cumpriram aos critérios de inclusão. 5 destes artigos usam um desenho quantitativo, sendo que os restantes 4 são artigos de opinião apoiados em literatura. No total foram envolvidos 1117 doentes os quais sofriam de várias patologias podendo ou não estar associadas à COVID 19 conforme o objetivo do estudo em questão, no período de 17 de Fevereiro a 30 de Abril de 2020. Os estudos provêm de investigações realizadas em Espanha, França e Estados Unidos da América. A pesquisa dos artigos teve como resultado a resposta à pergunta de partida deste trabalho: “Qual o contributo da hospitalização domiciliária durante a pandemia de COVID-19”

Conclusões: Os artigos revelaram que a HD, sendo desde sempre uma vantagem, tornou-se um suporte fundamental na resposta à pandemia de COVID-19 mitigando o *stress* hospitalar, aumentando a disponibilidade de camas, evitando a ocorrência de infeções nosocomiais e principalmente trazendo melhores resultados na recuperação do estado de saúde do doente COVID ou não COVID.

Palavras-chave: Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar; COVID-19; Adulto

ABSTRACT

Theme: Contributions of Home Hospitalization During the Pandemic of Covid-19: A Scoping Review

Background: The present study arose from the researcher's interest in understanding the role of home hospitalization models during the pandemic situation of COVID-19 in the world.

Aims: Identify, examine and map the available scientific evidence of advantages and disadvantages on the use of the model of home hospitalization during the pandemic of COVID-19 in the world producing a synthesis of the results from all relevant literature.

Methodology: The methodological options of this study were based on evidence-based practice such as a Scoping Review according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute. This was complemented by the PRISMA to facilitate the verification of the research strategy of the included articles. The research question was: "What is the contribution of Home Hospitalization Units in the fight against the COVID-19 pandemic?"

The research strategy was divided into three phases: the first consisted of determining the relevant terms to be included in the research for the formulation of the Boolean equation. The second stage consisted on searching for each of the previously identified indexed terms and keywords, the results of which were then combined using Boolean operators "OR" and "AND". Finally, the third phase consisted of a narrative research with the aim of complementing the information on the research question.

Results: Out of a total of 41 articles, 9 met the inclusion criteria. 5 of these articles use a quantitative design, with the remaining 4 being opinion articles supported by literature. A total of 1117 patients were enrolled, suffering from various pathologies that may or may not be associated with COVID 19, depending on the goal of the study in question, in the period from February 17th to April 30th, 2020. The studies come from researches carried out in Spain, France, and the United States of America. The research from the articles resulted in the answer to the starting question of this work: "What is the contribution of home hospitalization in the management of the COVID-19 pandemic".

Conclusions: The articles revealed that HD not only always has been an advantage, but also became a fundamental support in the response to the COVID-19 pandemic, mitigating hospital stress, increasing availability of hospital beds, preventing the occurrence of nosocomial infections and mainly bringing better results in the health recovery of COVID and non-COVID patients.

Keywords: Hospital Home Care Services; COVID-19; Adult

ÍNDICE

RESUMO.....	iv
ABSTRACT	vi
LISTA DE SIGLAS.....	xi
INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	17
1.1 Conceitos Relativos à Hospitalização Domiciliária.....	18
1.2. Regulamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária	19
1.2.1 Princípios da Hospitalização Domiciliária	20
1.2.2 Direitos dos Doentes e Família	21
1.2.3 Referenciação de Doentes	21
1.2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão numa UHD	21
1.2.5 Admissão e Gestão do Processo Assistencial de HD.....	22
1.2.6 Patologias e Procedimentos elegíveis para HD.....	25
1.2.7 Modelo de Acompanhamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS.....	26
1.3 Vantagens da Hospitalização Domiciliária	28
1.4 O enfermeiro na Hospitalização Domiciliária	30
1.5 COVID-19.....	32
1.5.1 O que é o Coronavirus?.....	32
1.5.2 Sinais e Sintomas.....	32
1.5.3 Tratamento da COVID-19.....	33
1.5.4 COVID-19 em Portugal – Perspetiva Cronológica	33

Este sub-capítulo foi escrito baseado num artigo do Diário de Notícias de 1de Junho de 2020.

.....	33
1.5.5. A COVID-19 e a Hospitalização Domiciliária.....	35
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
2.1 Questão da Investigação	38
2.2 Critérios de inclusão.....	39
2.3 Estratégia de Pesquisa	39
2.4 Extração de Resultados.....	42
3. RESULTADOS	43
Segurança das UHD no tratamento da COVID-19 e outras patologias.....	49
Maior disponibilidade de camas em meio hospitalar/Redução de dias de internamento	51
Novos Critérios de Inclusão em HD.....	52
Redução de Custos.....	52
Readmissões Hospitalares	53
4. DISCUSSÃO	55
CONCLUSÕES	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	66
APÊNDICE I- Quadro da primeira fase de pesquisa.....	67
APÊNDICE II- 2a Fase- MEDLINE Complete e 13/07/2021.....	68
APÊNDICE III- 2a Fase- CINHALComplete e 13/07/2021	70
ANEXOS	72
ANEXO I- Norma 020/2018 de 20/12/2018 da Direção Geral de Saúde.....	73
ANEXO II- Despacho n.º 9323-A/2018, de 3 outubro.....	95

ANEXO III - Acordão de 2015-12-16 (Processo n.º 1490/09.1TAPTM.L1-3) 99

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

CHULC – Centro Hospitalar Univeritário Lisboa Central

CINHAL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTH – Consulta a Tempo e Horas

DGS – Direção Geral de Saúde

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ENHD – Estratégia Nacional para a Hospitalização Domiciliária

EPI – Equipamentos De Proteção Individual

EUA – Estados Unidos da América

FNEHAD – Federação Nacional de Estabelecimentos de Hospitalização Domiciliária

HAH– *Hospitalization at Home*

HD – Hospitalização domiciliária

HGO – Hospital Garcia da Horta

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITCM – *Intensive Transitional Care Management*

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NEHospDom – Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – *Participants, Concept e Context*

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

SEHAD – Sociedade Espanhola de Hospitalização Domiciliária

SMI – Serviço de Medicina Interna

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SU- Serviço de Urgência

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

TADE – Tratamento Antimicrobiano com Terapêutica Antibiótica Domiciliária Endovenosa

VNI – Ventilação Mecânica não Invasiva

INTRODUÇÃO

A monografia apresentada é elaborada no âmbito do curso de Licenciatura em Enfermagem, 4ºano, 2º semestre, na unidade curricular de Ciclos Temáticos sob orientação da professora Margarida Tomás, constituindo um dos elementos necessários para a conclusão do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE).

O tema escolhido para a elaboração deste projeto é “Contributos da Hospitalização Domiciliária durante a Pandemia de Covid-19”.

Importa mencionar que a escolha do tema deve-se ao facto de se tratar de um modelo clínico em franca expansão em Portugal e no mundo. As investigadoras acreditam que este modelo, com as características e conceitos particulares que o compõem, poderá ser determinante no combate à situação pandémica atual.

O surto de COVID-19 representou desafios consideráveis para os sistemas de saúde em todo o mundo exigindo a organização dos cuidados da estrutura de *Hospitalization At Home* (HAH) durante a pandemia (Mittaine-Marzac *et al.*, 2021).

A Hospitalização Domiciliária (HD) é, no entender de Hernandez *et al.* (2018), a prestação de intervenções hospitalares possíveis de serem realizadas em casa da pessoa com o intuito de substituir a hospitalização convencional de forma integral ou parcial.

A adesão dos hospitais americanos e europeus a este modelo é crescente. Sendo esta uma abordagem que se provou segura, eficaz, e com capacidade de resposta a um grande número de patologias médicas agudas, evitando todos os problemas inerentes ao internamento convencional (Hernandez *et al.*, 2018).

Em Portugal, a HD define-se como uma alternativa ao internamento convencional cuja população alvo são as pessoas que requerem admissão hospitalar que cumpram os critérios clínicos, sociais e geográficos explanados na Norma 020/2018 de 20/12/2018 da Direção Geral de Saúde (DGS) (ANEXO I). O Hospital Garcia da Orta (HGO) foi o pioneiro na implementação deste modelo com a criação da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) em Outubro de 2015.

As UHD são compostas por equipas multidisciplinares e interdisciplinares (Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, *etc.*) sendo que a sua constituição é variável em função das necessidades da pessoa (Diário da República nº 191/2018). A coordenação técnica e funcional da UHD é assegurada por um médico coordenador e um enfermeiro em função de chefia (Diário da República nº 191/2018).

Escolhemos desenvolver este tema por acreditarmos que a hospitalização domiciliária, enquanto modelo de prestação de cuidados em casa, afigura-se como uma alternativa ao internamento convencional, promovendo a humanização dos tratamentos e possibilitando uma maior proximidade entre a pessoa e os seus familiares e/ou cuidadores. Acreditamos que o contacto próximo entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde, a pessoa e os familiares/cuidadores torna possível uma assistência mais completa, promovendo um tratamento mais direcionado. A par destes fatores, os principais benefícios dos cuidados domiciliários segundo Vasconcellos *et al.* (2015), são:

- Assistência personalizada, humanizada e individualizada;
- Humanização do tratamento;
- Envolvimento dos familiares no tratamento (favorecendo a recuperação);
- Tranquilidade e conforto;
- Melhor resposta ao tratamento proposto;
- Autonomia da pessoa;
- Oportunidade de retorno aos hábitos e rotina (menor tempo de internamento);
- Iniciativas de promoção de saúde (higiene e nutrição);
- Diminuição do stresse e insegurança da pessoa;
- Diminuição e prevenção de infeções hospitalares;
- Menor custo.

Em 20 de Janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o surto originado pelo novo corona vírus SARS-CoV2 como emergência de saúde pública de âmbito internacional e em 11 de Março de 2020, como pandemia (OPAS, 2020).

À medida que a pandemia avançava, verificou-se gradualmente um aumento do *stress* hospitalar, uma sobrelotação dos hospitais e restantes serviços de saúde, e uma taxa de ocupação de camas em internamento de quase 100%.

Mais do que nunca, a HD veio provar todas as vantagens que tem, oferecendo uma outra alternativa ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). A HD mobilizou doentes do meio hospitalar para o meio domiciliário, aumentando o número de camas em internamento para o tratamento de doentes com sintomatologia severa.

Por acreditarmos que a hospitalização domiciliária é um projeto ambicioso com repercussões positivas na qualidade da vida da pessoa e família, pretendemos como futuras profissionais de saúde, aprender mais sobre este tema de forma a deduzir de que forma o enfermeiro(a) pode contribuir e melhorar o bem-estar da pessoa no domicílio.

Este trabalho tratou-se de uma revisão *scoping* que seguiu a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute* e foi complementada pelo diagrama PRISMA. A questão de investigação seleccionada foi: “Qual o contributo das Unidades de Hospitalização Domiciliária no combate à pandemia de COVID-19?”. A estratégia de pesquisa dividiu-se em três fases: a primeira consistiu na determinação dos termos relevantes a incluir na pesquisa para a formulação da equação booleana. A segunda etapa consistiu da pesquisa individual de cada um dos termos indexados e palavras-chave identificadas previamente cujos resultados foram depois combinados através de operadores booleanos “OR” e “AND”. Finalmente, a terceira fase consistiu numa pesquisa narrativa com o intuito de complementar a informação sobre a questão da investigação. Os dados foram apresentados após análise dos seus conteúdos e apresentados em tabelas de forma a facilitar a discussão dos mesmos.

Relativamente à estrutura e formatação, este documento respeita as normas exigidas pela Escola Superior de Saúde Atlântica e a referenciação bibliográfica segue as regras estabelecidas pela American Psychological Association (APA).

O presente trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo trata do enquadramento concetual onde se aborda o aporte teórico relacionado com a questão “Qual o contributo das Unidades de Hospitalização Domiciliária na gestão da pandemia de COVID-19?”. Reunimos aqui informação sobre a problemática a estudar, e desta forma incidimos as nossas pesquisas na Hospitalização Domiciliária, na COVID-19 e na simbiose entre estes dois temas. O segundo capítulo aborda os Procedimentos Metodológicos. Apresentamos as etapas que realizámos na busca da resposta à questão da investigação, estratégia de pesquisa e estratégia de resultados. O terceiro capítulo incide sobre os resultados obtidos da pesquisa que incidiu nos artigos. O capítulo quatro concerne à apresentação dos resultados enquadrados com a literatura já existente e as respetivas implicações para a prática da enfermagem. Terminamos com a conclusão do trabalho onde referimos os principais achados e dificuldades.

1. ENQUADRAMENTO CONCRETUAL

No último século, assistiu-se a um aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, ocorreu o envelhecimento da população também com acréscimo da prevalência das doenças crónicas. Neste momento este é um problema transversal aos sistemas de saúde do mundo ocidental, conduzindo a uma sobrelotação dos serviços de urgência e a solicitação crescente do número de camas hospitalares (Ministério da Saúde, 2018).

O conceito de HD surgiu pela primeira vez em 1947, nos Estados Unidos da América (EUA), com a experiência “*Home Care*”. O objetivo deste método de cuidados era descongestionar os hospitais, sobrelotados devido à Segunda Guerra Mundial, e promover um ambiente psicológico mais favorável para a pessoa (Delerue & Correia, 2018).

Delerue relata ainda que na Europa, a primeira UHD surge apenas em 1957, em França. Na década seguinte, adotam este método a Suíça, Alemanha, Reino Unido e Canadá. Apenas cerca de 20 anos depois, em 1981, a Espanha adota este modelo no Hospital Universitário *Gregório Marañón*.

Em 1996, com os resultados positivos das primeiras iniciativas de HD, o Comité Regional da Europa da Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu o desenvolvimento do “Hospital para Cuidados de Saúde”, também conhecido como “hospital em casa”, à semelhança do modelo americano (Delarue & Correia, 2018).

Atualmente as UHD configuram-se como unidades de cuidados de saúde, de ensino e investigação clínica e encontram-se instituídas em diversos países com alguma relevância. Em Espanha nomeadamente, segundo a Sociedade Espanhola de Hospitalização Domiciliaria (SEHAD), encontram-se registadas cerca 101 unidades. Em França, a Federação Nacional de Estabelecimentos de Hospitalização Domiciliária (FNEHAD) tem 300 unidades registadas e realizou em 2010 cerca de 100 000 internamentos (Delarue & Correia, 2018).

Em Portugal a experiência de hospitalização domiciliária é recente, com a criação da UHD do Hospital Garcia de Orta (HGO) em novembro de 2015, integrada no Serviço de Medicina Interna (SMI), inspirado na experiência do Hospital Universitário Infanta Leonor em Madrid. Tendo em conta que na altura não havia qualquer diretiva nacional em relação à HD, a equipa

envolvida na criação desta primeira UHD, elaborou um plano funcional que foi reportado à DGS, onde implicava uma obrigatoriedade de envio de relatórios regulares em relação à atividade que ia sendo desenvolvida.

O sucesso desta iniciativa foi de tal modo positivo que foi emitido em Diário da República o decreto que determina a estratégia de implementação da HD no Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Despacho nº 9323-A/2018) (ANEXO II). Neste seguimento, a DGS emitiu com o apoio da equipa do HGO, a norma nº 020/2018 referente à HD em idade adulta.

Em outubro de 2018 foi criada a Estratégia Nacional para a Hospitalização Domiciliária (ENHD), sendo que nessa mesma data, 25 hospitais do SNS assinaram um compromisso para a criação destas unidades durante o ano de 2019. Neste mesmo ano, criou-se o Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária (NEHospDom), com o intuito de colaborar na formação, uniformização, investigação e partilha de conhecimentos entre várias unidades.

Em Maio de 2021 encontram-se 34 unidades em funcionamento no SNS. Em 2019 foram tratados 3000 doentes, em 2020 cerca de 4830 doentes e no primeiro trimestre de 2021 foram tratados 1640 doentes. Segundo a ENHD estes números correspondem a um hospital de média dimensão, com 200 camas demonstrando, sem dúvida a eficiência económica deste modelo (Delerue, 2021).

1.1 Conceitos Relativos à Hospitalização Domiciliária

O Modelo da Hospitalização Domiciliária, agrega uma série de conceitos que o definem. Assim, de acordo com o Despacho nº 9323-A/2018 (ANEXO II), os conceitos relativos à HD definem-se da seguinte forma:

Hospitalização Domiciliária (HD): é uma alternativa ao internamento convencional, que proporciona assistência clínica de modo contínuo e coordenado àqueles doentes que requerendo admissão hospitalar, cumprem também uma série de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem o internamento no domicílio sob a vigilância da HD sempre de acordo com a vontade do doente e da sua família;

Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD): é uma unidade específica de internamento e tratamento de doentes que voluntariamente aderiram à hospitalização domiciliária;

Cuidados de Hospitalização Domiciliária: são os cuidados ativos, coordenados pela unidade de hospitalização domiciliária e prestados por unidades e equipas específicas, no domicílio, a doentes referenciados para o efeito, livre e conscientemente, com o principal objetivo de promover o seu bem estar e a sua qualidade de vida;

Domicílio: a residência ou local terceiro institucionalizado onde habitualmente reside a pessoa que necessita de cuidados prestados pela HD;

Familiar/es: a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o doente;

Cuidador/es: a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou seu representante legal que, sendo familiar ou não, assegura a articulação entre o doente e a HD;

Consentimento Informado: a autorização livre e esclarecida prestada pelo doente antes da integração na HD, bem como antes da submissão a determinado ato médico, ou qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, pressupondo uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, à razão e ao resultado esperado da intervenção consentida, bem como à respetiva responsabilidade;

Continuidade de Cuidados: é a sequencialidade, no tempo e nos serviços da HD;

Multidisciplinaridade: a complementaridade da atuação entre diferentes especialidades profissionais;

Interdisciplinaridade: a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados.

1.2. Regulamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária

A HD constitui-se como uma modalidade de assistência que assegura a prestação de cuidados de saúde com diferenciação, complexidade e intensidade de nível hospitalar, durante um período limitado, dependendo da vontade expressa dos doentes.

Recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), beneficiando da evolução técnica e tecnológica aliadas à preparação dos profissionais, constitui-se como uma oportunidade para o desenvolvimento de respostas que fomentem a integração, a continuidade de cuidados e a obtenção de melhores resultados em saúde e bem-estar para as pessoas.

A Estratégia Nacional de Implementação das Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS e o Modelo de Regulamento Interno, criados em 2018 (Despacho n.º 9323-A/2018, de 3 outubro), definem os princípios e regras de organização e funcionamento, bem como os critérios de acesso e integração dos doentes em cuidados domiciliários.

1.2.1 Princípios da Hospitalização Domiciliária

Uma UHD funciona 24horas/7 dias por semana nos 365 dias do ano, com apoio médico e de enfermagem em permanência/prevenção à noite. As emergências/urgências durante a noite (das 24h às 8h) são deferidas para o Serviço de Urgência (SU) com ou sem a participação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mediante indicação do médico da UHD.

Segundo o artigo 3º do despacho nº 9323-A/2018, os cuidados prestados pela UHD regem-se pelos seguintes princípios:

- Afirmção da vida e do valor intrínseco de cada pessoa;
- Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados aos doentes que voluntariamente aderiram a este tipo de cuidados;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;
- Conhecimento diferenciado da patologia e dos demais sintomas;
- Consideração pelas necessidades individuais dos doentes;
- Respeito pelos valores, crenças, e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- Manutenção dos cuidados ao longo da doença;
- Garantia da continuidade de cuidados entre os cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários, cuidados continuados, incluindo cuidados da comunidade.

1.2.2 Direitos dos Doentes e Família

Os doentes que voluntariamente aceitam este regime de internamento, terão o direito a receber cuidados no âmbito da UHD adequados à complexidade da situação e às próprias necessidades, podendo fazer-se acompanhar por um familiar ou cuidador. Da mesma forma, terão sempre o direito a ser informados sobre o seu estado clínico e a participar nas decisões sobre os cuidados que lhe são prestados, havendo sempre garantias da manutenção da sua privacidade e confidencialidade.

Doentes juridicamente incapazes ou inabilitados, não podem tomar sozinhos decisões relativas aos cuidados na UHD, sem prejuízo de, podendo expressar a sua vontade, esta pode ser considerada pela equipa.

Por sua vez, a família e/ou cuidadores e/ou representantes legais dos doentes, têm direito à participação na escolha e decisão do acesso à UHD, recebendo a informação sobre o estado clínico do doente se for essa a vontade do mesmo.

1.2.3 Referenciação de Doentes

A UHD dá resposta a todos os serviços do(a) Hospital/Centro Hospitalar com exceção das situações dos doentes que, em função da lei e da *legis artis* (Anexo III) não sejam compatíveis com a referenciação (Despacho n.º 9323-A/2018, de 3 outubro - Anexo II). Desta forma, os serviços têm que conhecer os critérios de referenciação, efetuando um pedido através dos sistemas de informação em uso no hospital. Os utentes para a UHD podem ser referenciados pelas equipas dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), da consulta externa, do hospital de dia ou do internamento hospitalar e diretamente de um episódio de urgência.

A referenciação dos doentes à UHD pode ser então realizada por e-mail (preferencial) ou por contato direto. Após a sinalização de um doente à UHD, a equipa (médico e enfermeiro) dirige-se aos serviço onde o utente está a ser tratado e avalia se o doente reúne os critérios clínicos e se não há contra-indicação para a inclusão na HD.

1.2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão numa UHD

Como referido anteriormente, a admissão de doentes numa UHD tem que corresponder a critérios de inclusão e exclusão que irão determinar se um doente é elegível ou não na

integração da mesma, sendo que a tipologia de doentes a admitir em HD são doentes com patologia aguda ou crónica agudizada, ou doentes em estado terminal/paliativo que transitoriamente, necessitem de cuidados e procedimentos terapêuticos complexos da exclusiva responsabilidade do hospital.

Critérios de Inclusão

- Área de influência do centro hospitalar;
- Aceitação informada e voluntária pelo utente e cuidador;
- Autonomia do utente ou permanência do cuidador no domicílio;
- Diagnóstico e plano terapêutico estabelecido;
- Exames complementares de diagnóstico determinantes para a definição do plano terapêutico, efetuados antes da transferência para o domicílio;
- Estabilidade clínica e comorbilidades controláveis no domicílio;
- Existência de recursos apropriados para o plano terapêutico estabelecido;
- Possibilidade de realização de oxigenoterapia de curta duração transitória no domicílio com débito máximo de 3 l/min e sem agravamento nas últimas 24h;
- Condições adequadas de habitabilidade.

Critérios de Exclusão

- Incumprimento pelo menos de um dos critérios referidos nos critérios de inclusão;
- Patologia psiquiátrica descompensada;
- Dependência e consumo ativo de tóxicos;
- Indigência;
- Risco epidemiológico;
- Barreira linguística importante;
- Incapacidade do doente e /ou cuidador de utilizar o telefone/telemóvel.

1.2.5 Admissão e Gestão do Processo Assistencial de HD

Em caso de admissão, seguem-se então os seguintes procedimentos:

- Assinatura do consentimento informado pelo doente, familiar/cuidador, ou pelo seu representante legal;
- Internamento domiciliário e atribuição de uma equipa;
- Emissão de notícia de internamento a enviar por correio eletrónico aos CSP;
- Planificação e gestão da transferência em condições de segurança para a residência do doente;
- Planificação do processo assistencial. Caso o doente tenha um plano de acompanhamento no âmbito de equipas de saúde da comunidade, a planificação do processo assistencial deverá ser articulada com estas equipas como garantia da melhor rentabilização de recursos.

Em caso de recusa, do doente ou da família/cuidador, ou por decisão da UHD, procede-se/mantém-se o internamento convencional. Na figura 1 podemos ver o algoritmo de admissão à hospitalização HD.

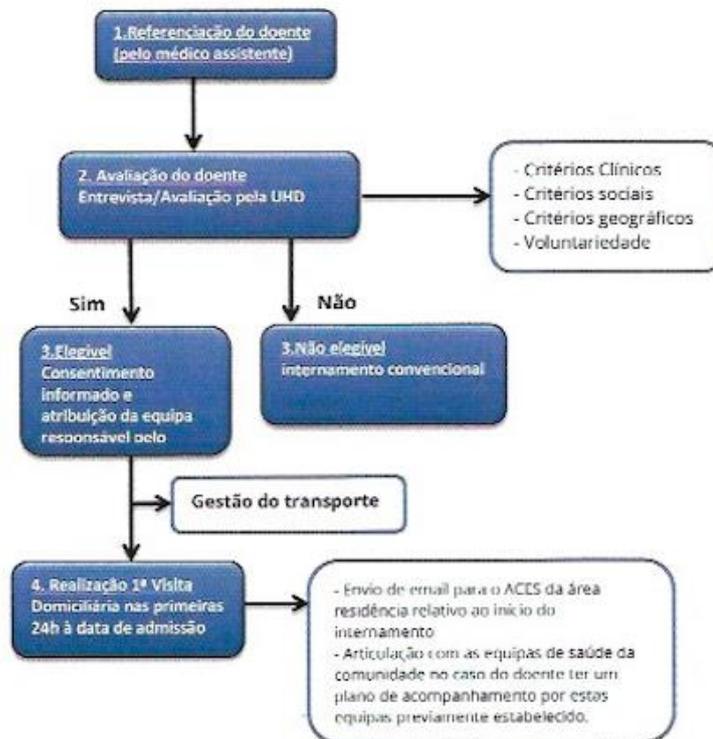
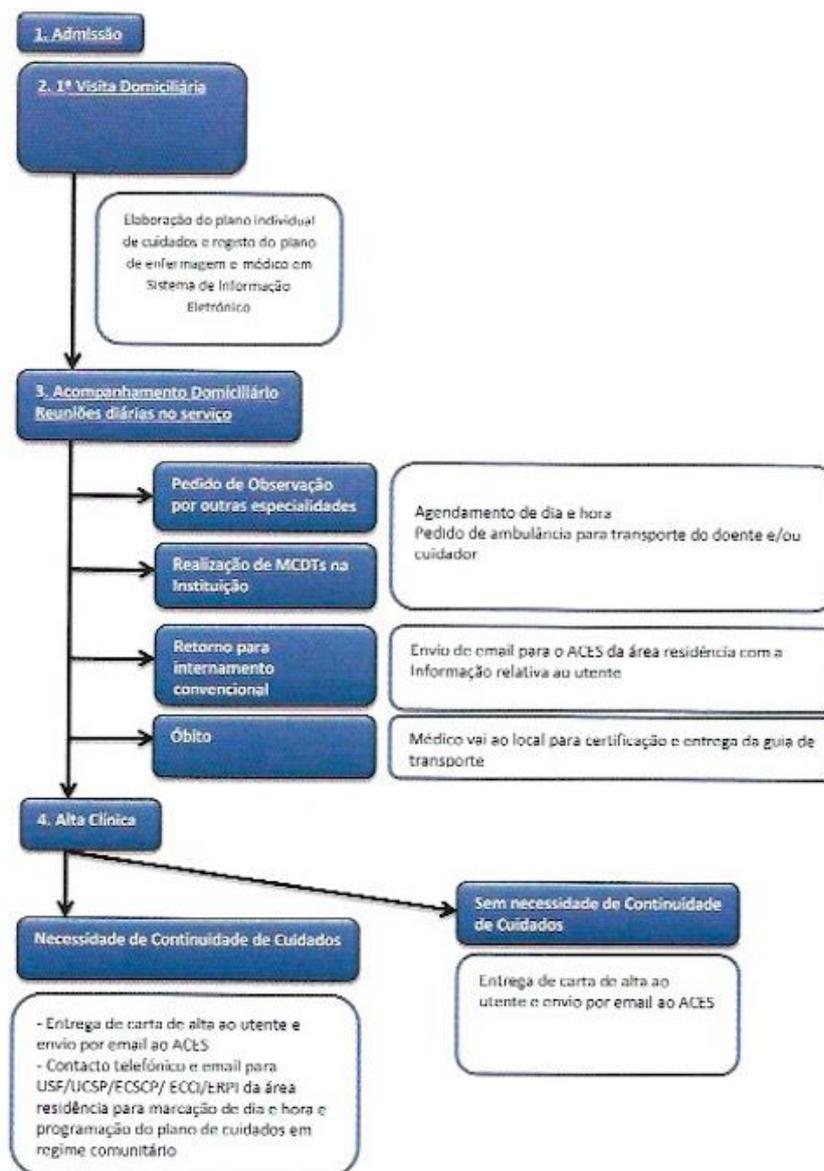


Figura 1 – Algoritmo de Admissão HD
(Fonte: Norma DGS 020/2018)

As visitas domiciliárias são programadas em reunião clínica de acordo com as necessidades de cada doente. As visitas podem ser singulares (só enfermeiro), interdisciplinares (médico e enfermeiro) ou multidisciplinares. A primeira visita domiciliária é realizada nas primeiras 24h após admissão, sendo que na alta clínica deve haver uma visita interdisciplinar.

O encerramento do processo assistencial termina com a alta clínica, transferência ou óbito. Sendo que o retorno/transferência do doente para o hospital poderá acontecer em duas situações pelo desejo do doente ou do familiar/cuidador ou por agravamento clínico (Figura 2).



(Fonte: Norma DGS 020/2018)

Figura 2 – Algoritmo de Acompanhamento e Planeamento de Alta HD

1.2.6 Patologias e Procedimentos elegíveis para HD

Segundo a norma 020/2018 da DGS, as patologias elegíveis para HD incluem:

- Patologia infecciosa aguda que requer tratamento antibiótico parentérico: infeção urinária, infeção respiratória, infeção da pele e tecidos moles, colecistite aguda, diverticulite aguda, endocardite, espondilodiscite e outras infeções controláveis no domicílio;
- Patologia crónica agudizada: doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, cirrose hepática, e outras patologias controláveis no domicílio;
- Cuidados no pós-operatório como parte de um protocolo de transição de cuidados, ou no tratamento de patologia médica crónica descompensada no contexto pós-cirurgia;
- Doença incurável, avançada e progressiva (oncológica ou não oncológica) ou processo orgânico degenerativo em situação terminal, que requeira cuidados paliativos intensivos e/ou especializados, em estreita articulação com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

Também relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêuticas possíveis de realizar em HD, estão definidos os seguintes critérios:

- Mielograma, biópsia óssea, punção lombar, paracentese, artrocentese, colheitas de amostras biológicas (sangue, urina, líquido céfalo-raquidiano. Líquido ascítico, líquido articular e expetoração) para análise e/ou microbiologia;
- Outras técnicas: gasimetria, eletrocardiograma, ecocardiograma, ecografia, pulsometria, oximetria, polissonografia;
- Dispositivos de acessos vasculares periféricos;
- Ventilação mecânica não-invasiva (VNI), suporte nutricional artificial entérico e/ou parentérico, transfusão de hemoderivados, terapêutica EV de medicamentos de uso exclusivo hospitalar;
- Oxigenoterapia domiciliária de curta duração;

- Tratamento Antimicrobiano com Terapêutica Antibiótica Domiciliária Endovenosa (TADE) – Possibilidade de manter terapêutica antibiótica em doentes com indicação para ciclos prolongados;
- Tratamento de feridas complexas;
- Utilização de acessos vasculares centrais (para administração de fármacos ou de suporte nutricional parentérico), previamente colocados em meio hospitalar;
- Outros procedimentos que as equipas considerem exequíveis.

1.2.7 Modelo de Acompanhamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS

O Modelo de Acompanhamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária nos hospitais do SNS (regulamento interno N/referência: 40187/2020/DPS/ACSS), tem como objetivo harmonizar as práticas de acompanhamento desta atividade a nível nacional, assim como a definição dos conceitos – já abordados no sub-capítulo 1.1 – formas de registo, regras de codificação clínica e de faturação que lhe estão subjacentes.

A hospitalização domiciliária é uma modalidade de prestação de cuidados que contribui para evitar a institucionalização de utentes com determinados problemas de saúde em fase aguda ou crónica agudizada, pelo que a implementação do modelo de acompanhamento é imprescindível para possibilitar a comparabilidade da atividade realizada pelas equipas a nível nacional.

Registos

Os registos administrativos e clínicos agregados à UHD e a sua normalização, tornam-se fundamentais para que a compreensão e a comparabilidade da atividade assistencial realizada seja possível a nível nacional, nesta modalidade de prestação de cuidados. Desta forma, tornou-se necessário que os hospitais procedessem à criação, nos sistemas de informação em uso no hospital, de um serviço denominado “Unidade de Hospitalização Domiciliária”, mapeado ao nível da Estrutura Clínica para o código 1113 – Unidades de Hospitalização Domiciliária, que uniformiza a nomenclatura dos serviços clínicos e de internamento e ambulatório dos hospitais do SNS, permitindo assim a identificação unívoca da atividade assistencial realizada a nível nacional.

Uma admissão numa UHD é sempre do tipo programada, independentemente de ser referenciada pelas equipas dos CSP, da consulta externa, do hospital de dia ou do internamento hospitalar, exceto quando decorre diretamente de um episódio de urgência. Assim, episódios de internamento ou outros (com exceção dos episódios de urgência) que derem origem a um episódio de HD constituem-se como atividade independente desta “linha de produção”, seguindo as respetivas regras de registo em vigor nos hospitais do SNS e tendo como destino de alta “Hospitalização Domiciliária”.

O processo assistencial em hospitalização domiciliária termina com a alta clínica, alta contra parecer médico, transferência ou óbito.

Codificação Clínica

De forma a permitir a caracterização da morbilidade da resposta em hospitalização domiciliária, aplicam-se a estes episódios as regras gerais de codificação clínica em vigor nos hospitais do SNS, nomeadamente em termos de diagnóstico principal, diagnósticos adicionais e procedimentos realizados durante o episódio de HD, com recurso aos documentos e registos médicos disponíveis para o episódio em questão, à semelhança do que acontece para o internamento hospitalar. Esta informação a codificar deve ser mencionada no intervalo de tempo da duração do episódio de HD (incluindo informações registadas em episódios de urgência, desde que o mesmo dê origem a um episódio subsequente de HD).

Os diagnósticos que se relacionam apenas com episódios anteriores, não devem ser codificados no âmbito do episódio de HD.

Faturação

Independentemente da entidade financeira responsável, o episódio de HD é faturado de acordo com as regras em vigor, à data da alta do episódio, considerando os valores de referência para o internamento hospitalar.

Todos os episódios que derem origem à HD são passíveis de contabilização e faturação (consulta externa, hospital de dia, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), internamento, entre outros), à exceção dos episódios de urgência, que não são passíveis de faturação.

Todos os registos de profissionais de saúde devem ser feitos no âmbito da HD em curso, sendo que é obrigatório a existência de registos médicos para que a produção seja passível de faturação nesta linha de atividade.

Processo de Acompanhamento e Avaliação

O acompanhamento da atividade desenvolvida nas UHD pressupõe por um lado, a recolha de informação normalizada sobre a constituição e organização destas respostas nos hospitais do SNS, e por outro lado, a produção de dados e de informação sobre os principais indicadores de estrutura, processo e resultado que permitam avaliar o desempenho das equipas e os ganhos alcançados para os utentes e respetivas famílias, para os hospitais e para o SNS como um todo. Desta forma, e para que seja possível efetuar este acompanhamento das UHD, é necessário abrir dois subprocessos:

A. Recolha de informação sobre a constituição e organização das UHD – através do preenchimento por parte dos hospitais do SNS que têm HD implementadas, de um formulário eletrónico que está acessível na Plataforma SDM ACSS em (<https://sdm.min-saude.pt/>), onde é possível recolher dados sobre cada uma das UHD dos hospitais do SNS tais como: Dados gerais, Organização Geral; Carteira de Serviços e Processos Assistenciais; Eventuais Necessidades de Recursos Humanos Adicionais; Investimentos; Relatórios de Monitorização da Constituição e Organização das UHD

B. Acompanhamento do Desempenho Assistencial e Económico-Financeiro nas UHD – pretendendo-se a produção mensal de informação assistencial e económico-financeira relacionada com os principais indicadores de estrutura, processo e resultado, que avaliem o desempenho das UHD, assim como ganhos obtidos para os hospitais e para o SNS e, principalmente para os utentes e famílias.

1.3 Vantagens da Hospitalização Domiciliária

A Hospitalização domiciliária procura garantir mais e melhor acessibilidade aos cuidados de saúde, reduzir as complicações inerentes ao internamento convencional (como as infeções nosocomiais, as quedas e os quadro confusionais agudos), criar uma envolvência psico-social mais favorável ao doente durante o período de internamento, e valorizar o papel da família/

cuidador, prevenindo a rejeição o abandono e a institucionalização (Norma nº 020/2018 de 20/12/2018).

Cunha *et al.* (2017) consideraram, após um ano de implementação da UHD no HGO, como vantagens deste modelo a maior disponibilidade dos profissionais para a pessoa, maior envolvimento da pessoa e da família, mais educação para a saúde, menor deterioração do estado funcional, melhor articulação com os cuidados de saúde primários e maior satisfação dos profissionais de saúde. Foram em total no ano poupados 2541 dias de internamento hospitalar convencional que facilmente se traduz em economia de recursos. A hospitalização domiciliária representa assim uma alternativa válida ao internamento hospitalar convencional.

Como desvantagem associada a esta metodologia, pudemos apenas identificar a particularidade dos critérios de inclusão estabelecidos para tornar elegíveis as pessoas na admissão.

Como anteriormente já referido, a hospitalização domiciliária é uma alternativa ao internamento convencional, tendo sido crescente a adesão de hospitais a esta abordagem que até então, tem provado ser segura e eficaz, dando uma grande capacidade de resposta a diversas patologias médicas.

Na Norma nº 020/2018 de 20/12/2018 – Hospitalização Domiciliária em idade adulta – a organização da prestação de cuidados de saúde através da HD surge no contexto de outras formas de organização da prestação de cuidados do SNS, como sejam os Hospitais de Dia, a Consulta a Tempo e Horas (CTH), a EIHS CP, consulta externa de CSP e a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) incluindo a Equipa de Gestão de Altas (EGA), a Telemedicina e a Cirurgia do Ambulatório que inovam sobretudo na organização e na forma de disponibilização do acesso aos cuidados, simplificando e ajustando às reais necessidades de cuidados.

O carácter inovador da HD reside no seu modelo organizativo específico, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do internamento convencional, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, redução de complicações e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e seus familiares. A assistência prestada pela HD é diferente do atendimento ou visita domiciliária proporcionado pelos Cuidados de Saúde

Primários. Com efeito, a HD proporciona aos doentes uma assistência que se caracteriza por uma duração limitada à fase aguda, de elevada complexidade e frequência de procedimentos praticados. Ao invés, os cuidados domiciliários dos CSP caracterizam-se pela visita ou procedimento, isolado ou periódico, realizado no domicílio do doente, como alternativa ao atendimento no ambulatório, e nestas circunstâncias o doente não carece de hospitalização (Norma nº 020/2018 de 20/12/2018).

1.4 O enfermeiro na Hospitalização Domiciliária

A hospitalização domiciliária implica uma enfermagem que obrigatoriamente apela à importância da família, à aceitação e preservação dos valores socioculturais e crenças da pessoa e família (Cunha *et al.*, 2017).

Para além do mais, existe uma resistência natural do ser humano em ser internado, optando tendencialmente por ser tratado em casa, recebendo os cuidados que precisa no seu meio familiar onde um cuidador será supervisionado e orientado por uma equipa multidisciplinar. Sendo o cuidar o foco de trabalho do enfermeiro, é a ele que cabe o papel de levar a enfermagem para o meio domiciliário, orientando e ensinando, de forma a que o cuidador desempenhe de forma competente o seu papel (Silva *et al.*, 2009).

Ainda segundo os mesmos autores, o cuidado dispensado à pessoa no domicílio do mesmo, propicia à equipa de enfermagem a inserção no quotidiano e nas rotinas da pessoa. A hospitalização domiciliária, não só leva à prática da enfermagem para com a pessoa, como se destaca também aqui um novo desafio que é o de cuidar de quem cuida, implicando isto, ir ao encontro da família e do espaço onde a pessoa está inserida. Obrigatoriamente, a enfermagem domiciliária implica não ter apenas a pessoa como foco. Quando a pessoa está inserida em contexto familiar, são também um foco de enfermagem, o cuidador e a respetiva família. O enfermeiro precisa estar atento não só à pessoa, mas tem também que estar ciente de que, os familiares, ao assumirem o papel de cuidador, terão também as suas vidas transformadas. Há que ter em conta a prática da enfermagem num ambiente não controlado, onde nem sempre a família está preparada ou possui condições para prestar cuidados. Desta forma, e levando em consideração todos os aspetos salientados, acentua-se o papel do enfermeiro para a educação e capacitação dos cuidadores e familiares antes mesmo da programação da alta hospitalar.

Isso contribui para a diminuição ou exclusão dos vários problemas gerados pela falta de conhecimento prévio a respeito dos cuidados prestados pelos familiares responsáveis. O enfermeiro, como educador, assume um importante papel na relação com a pessoa e com os familiares que experimentam tantos desafios para cuidar antes, durante e após a alta para o domicílio (Souza *et al.*, 2014).

A preparação da alta hospitalar para o ambiente familiar é um campo de ação para promover intervenções que visem ao melhor desenvolvimento das relações e das parcerias para este cuidado. A minimização de danos provenientes de más práticas é de extrema importância, pois este poderá, sem dúvida, diminuir gastos e reinternamentos, promovendo a diminuição de óbitos e incapacidades funcionais, melhorando a qualidade de vida dos envolvidos no processo de reabilitação e cura (Silva *et al.*, 2010).

No processo de internamentos / altas, os enfermeiros são essenciais na “(...) identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade” (OE, 2001, pág. 14). Assim sendo, possuem um papel preponderante no momento do planeamento da alta, avaliando as necessidades das pessoas e os recursos da comunidade de forma a promover a continuidade da prestação de cuidados (OE, 2012, p.17).

A OE (2012, pág.5/6) no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais corrobora esta ideia ao referir que

o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

O momento de preparação pós-alta hospitalar deve ser assegurado por uma equipa multidisciplinar, de forma a garantir todos os cuidados necessários nas diferentes vertentes da Pessoa (clínicas, sócioeconómicas, psicológicas).

Tavares (2008, p. 59) refere que

O processo de continuidade de cuidados envolve toda a equipa multidisciplinar, porém o enfermeiro tem uma responsabilidade acrescida pelo facto de manter um contacto com os clientes privilegiado em relação a outros profissionais de saúde no que toca à partilha de experiências e à intensidade das mesmas. A especificidade do cuidado de enfermagem, quer no planeamento da alta quer nos cuidados domiciliários, é fundamental para o processo de

transição do cliente do Hospital para o Centro de Saúde, e consequentemente para a continuidade dos cuidados”.

1.5 COVID-19

Em Dezembro de 2019 um surto provocado pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus 2*) espalhou-se em Whuan, uma cidade na província chinesa de *Hubei*. O vírus tem origem zoonótica causando doença respiratória aguda que ainda que se manifestae de uma forma moderada na maior parte dos casos, pode tornar-se potencialmente fatal.

1.5.1 O que é o Coronavirus?

Os coronavírus pertencem à família *Coronaviridae* que integra vírus que podem causar infeção no Homem, noutras mamíferos (por exemplo nos morcegos, camelos, civetas) e nas aves. Até à data, conhecem-se oito coronavírus que infetam e podem causar doenças no homem. Normalmente estas infeções afetam o sistema respiratório, podendo ser semelhantes às constipações comuns ou evoluir para uma doença mais grave, como a pneumonia.

Dos coronavírus que infetam o Homem o SARS-CoV, o MERS-CoV e o SARS-Cov2 saltaram a barreira das espécies, ou seja, estes vírus foram transmitidos ao Homem a partir de um animal reservatório ou hospedeiro desses vírus. O SARS-CoV originou uma epidemia em 2002-2003 e o MERS-CoV emergiu em 2012 e foi causando casos esporádicos de infeção humana ou pequenos *clusters* de casos de doença respiratória. O novo SARS-CoV2, que origina a doença designada COVID-19, foi identificado pela primeira vez em Dezembro de 2019 na China. Este novo agente nunca tinha sido identificado anteriormente em seres humanos e a fonte de infeção é ainda desconhecida estando ainda em investigação. A transmissão pessoa a pessoa foi confirmada existindo infeção em vários países e em pessoas que não tinham visitado o mercado de Whuan. A investigação ainda se encontra em curso (DGS, 2020).

1.5.2 Sinais e Sintomas

Os sinais e sintomas da COVID-19 variam em gravidade, desde a ausência de sintomas (sendo assintomáticos) até febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), tosse, dor de garganta, cansaço e dores

musculares e, nos casos mais graves, pneumonia grave, síndrome respiratória aguda grave, septicémia, choque séptico e eventual morte.

Os dados mostram que o agravamento da situação clínica pode ocorrer rapidamente, geralmente durante a segunda semana da doença.

Recentemente, foi também verificada anosmia (perda do olfato) e em alguns casos a perda do paladar, como sintoma da COVID-19. Existem evidências da Coreia do Sul, China e Itália de que doentes com COVID-19 desenvolveram perda parcial ou total do olfato, em alguns casos na ausência de outros sintomas.

De acordo com a evidência científica disponível à data, ainda não é possível confirmar se as pessoas infetadas com o SARS-CoV2 desenvolvem imunidade protetora. O organismo humano pode ir ganhando anticorpos após a infeção e desenvolvimento da doença (DGS, 2020).

1.5.3 Tratamento da COVID-19

O tratamento para a infeção por este novo coronavírus é dirigido aos sinais e sintomas que os doentes apresentam e tem como objetivo proporcionar alívio e maior conforto aos doentes.

À data, considerando o conhecimento científico atual e as recomendações da OMS, encontram-se em investigação, algumas estratégias terapêuticas apontadas como potenciais candidatos terapêuticos (DGS, 2020).

1.5.4 COVID-19 em Portugal – Perspetiva Cronológica

Este sub-capítulo foi escrito baseado num artigo do Diário de Notícias de 1 de Junho de 2020.

Em 20 de Janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o surto originado pelo novo corona vírus SARS-CoV2 como emergência de saúde pública de âmbito internacional e em 11 de Março de 2020, como pandemia.

Perante a inexistência de uma vacina ou de um tratamento específico para limitar eventuais surtos de COVID-19, foi solicitado à população distanciamento social e redução de contacto cara a cara de forma a diminuir a transmissão da doença. Apesar destas medidas, os cuidados

de saúde a nível mundial ficaram rapidamente assoberbados perdendo capacidade de resposta (Mittaine-Marzac *et al.*, 2021).

Segundo o ministério da saúde, a pandemia COVID-19 espalhou-se oficialmente em Portugal a 2 de março de 2020, sendo anunciado pela ministra da saúde os dois primeiros casos de pessoas infetadas com o novo coronavírus. A 11 de Março de 2020 o número de infeções em Portugal passa para 59, quando a OMS declara a doença COVID-19 como pandemia. O governo decide então que as escolas de todos os graus de ensino suspendam as atividades presenciais, são encerradas as discotecas, reduzida a lotação na restauração e a limitação de pessoas em centros comerciais.

A 16 de Março de 2020 o número de infetados sobe para 331, sendo nesse mesmo dia anunciado a primeira morte no país de um homem de 80 anos infetado com COVID-19 e com várias patologias associadas. A 18 de Março de 2020 o Presidente da República decreta estado de emergência por 15 dias, que contempla o confinamento obrigatório e restrições à circulação na via pública, vindo este a ser prolongado até 17 de Abril de 2020. Surgem então as primeiras notícias de infeções e mortes em lares, sendo proposto uma segunda prorrogação do estado de emergência para vigorar até 2 de Maio de 2020.

A 30 de Abril de 2020 o governo aprova um plano de transição do estado de emergência para uma situação de calamidade e a 2 de Maio de 2020 iniciam-se medidas graduais o desconfinamento.

A 15 de julho de 2020 registam-se desde o início da pandemia 47.426 casos de infeção confirmados e 1.676 mortes.

Em Setembro de 2020, Portugal regista o maior número de casos diários desde Abril com 646 novos casos, justificando-se estes números com o aumento da mobilidade.

A 22 de Outubro de 2020 bate-se novo recorde de casos com 3.270 novos casos. Os internamentos hospitalares também atingem em 24h os valores máximos registados desde Março de 2020 num total de 1.365 internamentos sendo declarado novo estado de emergência a 9 de novembro de 2020.

A 24 de novembro de 2020, Portugal ultrapassa os 500 internamentos em unidades de cuidados intensivos de pessoas diagnosticadas com COVID-19, tendo igualmente subido para 3.275 os internamentos em enfermaria segundo a DGS.

A 2 de Dezembro de 2020 a ministra da saúde anuncia a compra de 22 milhões de doses de vacinas contra a COVID-19. É apresentado um plano de vacinação a começar em Janeiro de 2021, determinando-se que os grupos prioritários serão pessoas com mais de 50 anos com patologias associadas, residentes e trabalhadores em lares, e profissionais de saúde e de serviços essenciais.

A 16 de Janeiro de 2021, Portugal contabiliza valores recorde com 166 mortos e 10.947 novas infeções em 24h. O hospital de Santa Maria, está em “sobre-esforço” e o hospital Garcia da Orta em Almada, em “cenário de pré-catástrofe”. Os hospitais da região centro encontram-se também praticamente no limite. Portugal é considerado como o país do mundo com maior números de caso de infeção pelo novo coronavírus por milhão de habitante. O governo anuncia o encerramento das escolas, universidades seniores, centros de dia e de convívio, tribunais e creches.

A 8 de fevereiro de 2021 os números de novas mortes e de infeções começam a baixar significativamente, começando a diminuir a pressão sobre os hospitais, com menos internamentos e menos pessoas em cuidados intensivos. O Instituto Nacional de Estatística divulga que mais de 40% das mortes em Portugal entre o fim de janeiro de 2021 e o princípio de fevereiro de 2021 foram atribuídas à COVID-19.

A 11 de Março de 2021 é apresentado um plano gradual de desconfinamento.

1.5.5. A COVID-19 e a Hospitalização Domiciliária

Perante o estado de pandemia devido à infeção por SARS-CoV2 declarada pela OMS em Março de 2020, houve a necessidade emergente de reorganizar o SNS em geral, e as instituições hospitalares em particular, de forma a ser possível responder à procura massificada de cuidados, essencialmente por doentes respiratórios (Nortadas, 2020). Tendo por base as recomendações da WHO, o NEHospDom da SPMI elaborou um documento de

consenso sobre o posicionamento que as UHD poderiam adotar, tendo a DGS publicado na norma 004/2020 (Anexo IV) os termos em que isto poderia acontecer (Nortadas, 2020).

Tendo por base as recomendações nacionais e internacionais, a UHD do HGO definiu três modalidades de resposta:

- i) UHD Não-COVID
- ii) UHD COVID
- iii) Consulta UHD-COVID

UHD Não – COVID

A UHD do HGO começou por ampliar a sua lotação para 25 doentes internados com outros diagnósticos (doentes não-COVID, que designam doentes sem sintomas respiratórios atribuídos à COVID), reforçando a equipa médica e de enfermagem, adquirindo uma maior capacidade para admissão de doentes das enfermarias convencionais. Esta abordagem contínua imprimiu um maior dinamismo e uma maior fluidez ao Serviço de Medicina Interna (SMI), permitindo que as transferências para o domicílio aconteçam atualmente numa fase relativamente precoce do internamento, libertando camas para os doentes mais graves ou outros que requeiram investigação diagnóstica. Este tipo de complementaridade ao internamento convencional, já estava no quotidiano da UHD, mas nesta fase otimizaram-se os tempos de avaliação e estabeleceu-se uma maior comunicação com os serviços que levou a uma maior precocidade nas transferências (Nortadas, 2020).

Com o intuito de criar portas de entrada no hospital alternativas ao SU, muitos doentes passaram a ser sinalizados à UHD por referência direta desde as consultas externas, ou hospitais de dia de várias especialidades: Medicina Interna, Gastroenterologia, Nefrologia, Hemato-Oncológica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Urologia, Obstetrícia e Ginecologia, entre outros (Nortadas,2020).

UHD-COVID

A equipa UHD – COVID do HGO foi criada exclusivamente para doentes com infeção a SARS CoV2 com critérios de internamento hospitalar que cumpram o definido pela norma da DGS 004/2020:

- Após o sétimo dia de internamento hospitalar;
- Estabilidade clínica e evolução favorável;
- Débito inferior de O₂ igual ou inferior a 2 L/min;
- Condições sociais que permitam isolamento em casa;
- Cuidador não portador de condição de saúde vulnerável.

Após a avaliação inicial da equipa médica e de enfermagem e caso se verifiquem critérios clínicos para HD, é realizada a avaliação social de modo a assegurar o isolamento no domicílio. Assim que se reúnam as condições, os doentes são transferidos para casa ficando, na sua maioria, telemonitorizados, garantindo um maior nível de vigilância e de segurança e evita deslocações desnecessárias ao domicílio. Deste sistema faz parte um botão de pânico e de deteção de quedas. São realizadas visitas presenciais, via telefone ou por teleconferência pela equipa médica e de enfermagem, bem como a medição de sinais vitais (SV) à distância (pressão arterial, temperatura, saturação periférica de O₂, peso e glicémia). A farmácia do hospital fornece a terapêutica até ao fim do tratamento, reduzindo o número de deslocações da equipa ao domicílio. Após resolução do quadro agudo de infeção o doente tem alta, ficando referenciado à consulta (Nortadas, 2020).

Consulta UHD – COVID

A consulta UHD – COVID surgiu para dar resposta a doentes com infeção a SARS-CoV2 que permaneciam internados no hospital, mesmo depois do seu quadro clínico resolvido e já sem critérios de internamento, apenas a aguardar realização de protocolo de cura. Estes doentes têm alta hospitalar mantendo medidas de isolamento no domicílio e referenciados à consulta UHD – COVID. A partir da data de alta, é realizada consulta telefónica diária por um dos médicos da equipa da UHD, reforçando o isolamento social e confirmando a estabilidade clínica e a boa evolução do doente (Nortadas, 2020).

No atual contexto de pandemia COVID-19, a hospitalização domiciliária pode ser parte da solução de resposta do sistema de saúde, não só pelo aumento da capacidade de internamento domiciliário de doentes sem infeção por SARS-CoV2 mas também, cumprindo todas as recomendações de segurança, ser uma possibilidade de internamento para doentes com infeção por SARS-CoV2.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Num processo de investigação devem explicar-se, detalhadamente, os princípios metodológicos e métodos a utilizar. Neste capítulo, inclui-se, por isso, toda a explicitação e fundamentação no que diz respeito às opções metodológicas neste projeto.

Este trabalho foi desenvolvido seguindo a proposta de *Joanna Briggs Institute* (2015) no que concerne à elaboração de revisões *scoping*, conforme proposto pelo corpo docente, que é complementada pelo diagrama PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* (Moher *et al.*, 2009) com o intuito de facilitar a verificação da estratégia de pesquisa dos artigos incluídos.

2.1 Questão da Investigação

A questão da revisão é um passo essencial no processo de revisão sistemática. Uma questão bem articulada define o âmbito da revisão e assiste no desenvolvimento da estratégia de pesquisa de modo a localizar a evidência. Permite também ao leitor determinar se a revisão alcançou os seus objetivos (Apóstolo, 2017).

A nossa questão de investigação foi estruturada utilizando a estratégia *Participants, Concept e Context* (PCC) e foram incluídos na presente revisão *scoping* estudos em que o tipo de participantes (P) incluam indivíduos adultos. Quanto ao conceito (C): esta revisão integrou todos os estudos que abordassem o tema de Hospitalização domiciliária. Relativamente ao contexto (C) foram considerados os estudos que incidiram sobre a situação pandémica por COVID-19.

Seguindo a metodologia deste modelo torna-se mais facilitado o processo de formulação da questão preliminar que direciona o foco da investigação, através da utilização do seguinte acrónimo:

Tabela I- Acrónimo para formulação da questão de investigação

P (população)	Adult or Aged
C (Conceito)	“home hospitalization” or “hospital at home” or “home treatment” or “hospital-at-home”

C (Contexto)	coronavirus or covid-19 or 2019-ncov or pandemic or SARS-CoV-2
--------------	--

Foi obtida a seguinte questão de estudo:

Qual o contributo das Unidades de Hospitalização Domiciliária Durante a pandemia de COVID-19?

2.2 Critérios de inclusão

- População: Adultos, com idade maior ou igual a 18 anos
- Conceito: “home hospitalization” or “hospital at home” or “home treatment” or “hospital-at-home”
- Contexto: Coronavirus or covid-19 or 2019-ncov or pandemic or SARS-CoV-2
- Tipos de estudos: estudos qualitativos, quantitativos, e mistos, bem como artigos de opinião e de perspectiva.
- Língua: estudos publicados em língua portuguesa ou inglesa.
- Data de publicação: estudos publicados entre Outubro de 2019 e Julho de 2021.

2.3 Estratégia de Pesquisa

O planeamento da presente seguiu a metodologia descrita em *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual (The Joanna Briggs Institute, 2015)*. Foram mobilizados os elementos PCC anteriormente apresentados para definir os termos de pesquisa e suas combinações.

A estratégia de pesquisa definida pretendeu identificar os estudos publicados e não publicados até Junho de 2021 e desenrolou-se durante dois momentos que decorreram entre Janeiro e junho de 2021.

A primeira fase da pesquisa consistiu na determinação dos termos relevantes a incluir na pesquisa para a formulação da equação booleana a 9 de Julho de 2021 foi realizada a pesquisa na MEDLINE Complete e na CINHALL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Complete com a fórmula: "home hospitalization" AND "covid-19" de onde resultaram 7 artigos (Apêndice I). Esta pesquisa inicial foi seguida pela análise das palavras contidas no título e resumo dos documentos extraídos e dos termos indexados utilizados para

descrever esses artigos. Daqui foram obtidos mais termos para identificar o maior número de estudos relevantes e foi elaborada a tabela seguinte para estruturar a equação booleana de pesquisa a integrar.

Tabela II- Termos utilizados na segunda fase de pesquisa da literatura

População	Conceito	Contexto
Adult*	“hospital at home”	coronavirus
Aged	“home hospitalization”	covid-19
	“hospital-at-home”	2019-ncov
	“home treatment”	pandemic
		SARS-CoV-2

Na segunda fase realizou-se a pesquisa individual de cada um dos termos indexados e das palavras-chave identificadas anteriormente combinando-os com os operadores booleados “and” e “or” (Apêndices II e III). As bases de dados, CINAHL e MEDLINE Complete foram mantidas.

Na terceira fase, com o intuito de complementar a informação sobre a questão em revisão, recorreu-se a uma pesquisa narrativa que deu origem a 5 artigos que, por cumprirem os critérios de seleção, foram incluídos nesta revisão.

Finalmente, procedeu-se à pesquisa da lista de referências dos artigos incluídos, sem contudo obter documentos pertinentes e atuais que pudessem produzir resposta à questão da investigação.

Desta pesquisa resultou um total de 4 artigos da CINAHL, 32 artigos da MEDLINED e 5 artigos decorrentes da pesquisa narrativa que após a sua identificação, foram sujeitos às etapas de seleção, elegibilidade e inclusão propostos pelo PRISMA (Figura 3). Após a remoção de 27 artigos excluídos pelo título e resumo, permaneceram 14 artigos. Após a leitura do texto integral dos 14 artigos foram excluídos 5 artigos por não cumprirem os critérios estabelecidos, ou seja, 1 artigo excluído pela população e conceito não corresponderem aos critérios de inclusão e 4 artigos pelo conceito não corresponder aos critérios de inclusão (Tabela IV). No final deste processo foi possível incluir e analisar 9 artigos para este trabalho.

Tabela IV- Artigos excluídos e respetivas razões

Título	Autor	Razão de exclusão
Insights From Rapid Deployment of a “Virtual Hospital” as Standard Care During the COVID-19 Pandemic	Sitammagari, K. <i>et al.</i>	O conceito não corresponde aos critérios de inclusão. Foge ao tema da hospitalização domiciliária centrando-se em monitorização à distância e tecnologias.
Telemedicine-assisted care of an older patient with COVID-19 and dementia: bridging the gap between hospital and home	Marinello, R. <i>et al.</i>	O conceito não corresponde aos critérios de inclusão. Foge ao tema da hospitalização domiciliária centrando-se em monitorização à distância e tecnologias.
The impact of the COVID-19 pandemic on the emotional well-being and home treatment of Belgian patients with cystic fibrosis, including transplanted patients and paediatric patients	Havermans, T. <i>et al.</i>	População e conceito não correspondem aos critérios de inclusão. Inclui doentes pediátricos e explora o impacto emocional de doentes crónicos durante a pandemia.
Home Treatment of Older People with Symptomatic SARS-CoV-2 Infection (COVID-19): A structured Summary of a Study Protocol for a Multi-Arm Multi-Stage (MAMS) Randomized Trial to Evaluate the Efficacy and Tolerability of Several Experimental Treatments to Reduce the Risk of Hospitalisation or Death in outpatients aged 65 years or older (COVERAGE trial)	Duvignaud, A. <i>et al.</i>	O conceito não corresponde aos critérios de inclusão. Estudo exclui casos de internamento domiciliário reportando-se apenas a apoio no domicílio.
The Early Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Care Mental Health Services.	Abbas, M. <i>et al.</i>	O conceito e a população não correspondem aos critérios de inclusão.

2.4 Extração de Resultados

Relativamente à extração de resultados, após a definição dos artigos a incluir nesta revisão de *scoping*, os artigos foram cuidadosamente lidos na íntegra e devidamente destacadas as informações consideradas mais pertinentes para estruturar os resultados deste estudo. Os resultados mais relevantes foram mapeados em tabela, tendo-se definido como campos de extração os seguintes itens: autor/ano/país; título; objetivos; metodologia/métodos; principais resultados (Tabela V). Foram posteriormente estabelecidos os pontos pertinentes para responder à questão de investigação e devidamente analisados.

3. RESULTADOS

No processo de recuperação das informações até à inclusão dos artigos de acordo com os critérios de elegibilidade, seguiu-se as recomendações do PRISMA *Flow Diagram*, atentando para suas quatro etapas: Identificação, Seleção, Elegibilidade e Inclusão. O fluxograma PRISMA (Figura 3) mostra o número de documentos/artigos recuperados durante a busca nas bases consultadas. As estratégias elaboradas para cada busca resultaram em 32 documentos recuperados no Medline, 4 na CINHAL e 5 na pesquisa narrativa. Finalmente, após pesquisa da lista de referências dos artigos incluídos, não foi possível incrementar o grupo de estudos a incluir nesta revisão por não ter sido resgatada informação pertinente para a questão da investigação.

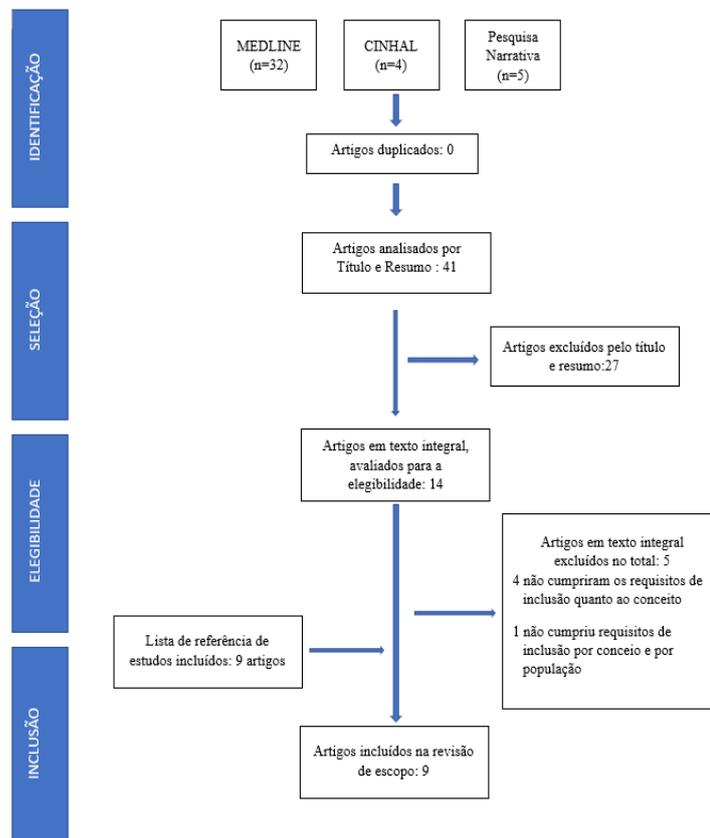


Figura 3- Diagrama Prisma

Os 9 documentos revistos estão incluídos 5 artigos que usam um desenho quantitativo e com data de publicação de Setembro de 2020, tendo os estudos decorrido nos períodos de 17 de Fevereiro a 30 de Abril de 2020. Estes estudos provêm de análises realizadas em Espanha,

França e Estados Unidos da América. De forma agregada, os documentos englobam 1117 doentes no total, os quais sofriam de várias patologias podendo ou não estar associadas à COVID 19 conforme o objetivo do estudo em questão. Os restantes 4 documentos são artigos de opinião que realçam aspetos relevantes para caracterizar a contribuição da HD durante a pandemia. Os resultados mais relevantes foram mapeados em tabela, tendo-se definido como campos de extração os seguintes itens: autor/ano/país; título; objetivos; metodologia/métodos; principais resultados (Tabela V).

Tabela V – Sumário dos dados extraídos de artigos incluídos na revisão *scoping*

Autor/ Ano/ País	Objetivos	População	Metodologia/ Métodos	Principais Resultados
Heller, D. J., Ornstein, K. A., DeCherrie, L. V, Saenger, P., Ko, F. C., Rousseau, C.-P., & Siu, A. L./ 2020/ USA	Determinar a viabilidade do modelo <i>Completing Hospitalization at Home</i> (CHaH) durante a pandemia em Nova York.	Admitidos 24 pacientes no total; 12 eram COVID positivos. Entre as pessoas sem COVID, o diagnóstico mais comum foi pneumonia.	Estudo descritivo quantitativo de <i>outcomes</i> obtidos a partir da adaptação do programa de <i>Hospital-at-home</i> para o de <i>Completing Hospitalization at Home</i> (CHaH) desde Março a Abril de 2020, no pico da pandemia COVID-19 em dois hospitais de Nova York.	O tempo médio de permanência (excluindo o hospital) foi de 3,1 dias, representando cerca de 75 dias de hospital potencialmente evitados. Três pacientes não completaram o cuidado CHaH em casa devido a: febre aguda; hipóxia; e recusa de cuidados no domicílio. Avaliação formal dos resultados do programa CHaH, custo, e a satisfação permanece. É provável este programa venha a ser assegurado de modo permanente no cuidado de idosos vulneráveis.
Mittaine-Marzac, B., Zogo, A., Crusson, J.-C., Cheneau, V., Pinel, M.-C., Brandely-Piat, M.-L., ... De Stampa, M./ França/ 2021	Descrever a atividade e a organização dos cuidados da estrutura de <i>Hospitalization At Home</i> (HaH) durante a pandemia para o tratamento de pacientes com injeções anti-cancro.	365 pacientes, incluindo 62 pacientes novos em quimioterapia	Estudo descritivo sobre a organização estabelecida, os critérios de elegibilidade, as características dos pacientes, os esquemas de tratamento e o papel das partes interessadas durante dois períodos de 5 semanas em 2020, antes e durante o confinamento da população francesa.	O HaH permitiu a continuação das injeções anti-cancro sem adiamento durante a pandemia, e redução das viagens desnecessárias de pacientes ao hospital com o risco de transmissão COVID-19 concomitante. Cinco departamentos clínicos aumentaram o número de pacientes tratados em casa e ampliaram o painel de medicamentos prescritos.

<p>Borgen, I., Romney, M. C., Redwood, N., Delgado, B., Alea, P., George, B. H., ... Shihabuddin, L./ 2021/ USA</p>	<p>Comparar a eficácia da implementação do modelo <i>intensive transitional care management</i> (ITCM) e internamento convencional no que diz respeito à utilização de vagas de internamento hospitalares.</p>	<p>O grupo de intervenção incluiu uma amostra de conveniência de 192 pacientes que foram avaliados em pré-hospitalar, monitorizados na unidade de observação ou internados no hospital com diagnóstico de infeção leve a moderada por COVID-19. Os resultados foram comparados a um grupo de controlo de 593 pacientes que foram internados com o mesmo diagnóstico e gravidade relacionados ao COVID-19.</p>	<p>Estudo observacional conduzido entre 7 de abril de 2020 e 30 de abril de 2020, nas 4 maiores unidades de internamento do Sistema de Saúde RWJBarnabas em Nova Jersey.</p>	<p>O resultado primário foi a redução nos dias de internamento como resultado da ITCM que incluiu o fornecimento de oxigenoterapia em casa, expansão de serviços domiciliários e sessões de telegestão. Um total de 481,6 dias de pacientes hospitalizados foram evitados por 78 pacientes que receberam alta do Serviço de Urgência ou Serviço de observação permanecem. A ITCM demonstrou ser uma estratégia viável para melhorar a taxa de transferência de pacientes com COVID-19, resultando num aumento da capacidade de camas hospitalares.</p>
<p>Pericàs, J. M., Cucchiari, D., Torrallardona-Murphy, O., Calvo, J., Serralabós, J., Alvé, E., ... Nicolás, D./ 2021/ Espanha</p>	<p>Descrever as características e resultados de 63 pacientes internados em um único HaH durante o pico de COVID-19 em Barcelona.</p>	<p>Foram incluídos 63 pacientes com COVID-19 de 10 de março a 5 de abril de 2020 internados na Unidade HaH e acompanhado 30 dias após a alta do HaH.</p>	<p>Estudo descritivo quantitativo, com análise de dados efetuada no SPSS para Windows, versão 23.0. O internamento dos pacientes em HaH incluiu visitas diárias do médico e da enfermeira (pessoalmente, chamadas e vídeo-chamadas), uma central de atendimento 24 horas, exames habituais em casa (exames de sangue, culturas, ECG e ultrassom), administração de terapêutica oral ou IV e transferência para o hospital para exames</p>	<p>Os resultados sugerem que o HaH parece ser uma alternativa segura e eficaz à hospitalização convencional para pacientes selecionados com COVID-19.</p>

			<p>adicionais (ex. radiografia de tórax) ou hospitalização convencional planeada, se necessário.</p> <p>Durante o período do estudo, foi instalado um hotel medicalizado administrado pela equipe do HaH e foram transferidos 230 pacientes decorrentes de unidade de pré-hospitalar com os mesmos critérios de inclusão do HaH. Depois de 5 de abril, quase todos os recursos do HaH foram investidos no hotel medicalizado, impedindo assim novas admissões de pacientes COVID-19 em casa, mas em vez disso foram admitidos no hotel medicalizado.</p>	
Francisca Delarue/ Junho 2021/ Portugal	<p>Descrever as vantagens/desvantagens do recurso ao às unidades de hospitalização domiciliária (UHD) em época de pandemia Covid-19.</p>	Não se aplica.	<p>Artigo de opinião redigido segundo as perceções e evidências obtidas pelas UHD em contexto de pandemia COVID-19 em Portugal.</p>	<p>Os benefícios das UHD em plena pandemia Covid-19 foram substanciais. Desde a diminuição da sobrelotação dos serviços de saúde, à diminuição do risco de transmissão em contexto hospitalar, à prestação de cuidados mais centrados no doente e, por último, permite a monitorização remota de doentes no seu domicílio, com consequente diminuição da necessidade de equipamentos de proteção individual.</p>
Carmina Wandenberghe; Javier Sanz-Valero/ Abril 2020/ Espanha	<p>Descrever as recomendações documento técnico do Ministério da Saúde Espanhol sobre o «Manejo domiciliario del COVID-19», bem como salientar as mais-valias implícitas</p>	Não se aplica.	<p>Artigo de opinião sobre o papel da UHD no tratamento de pacientes com COVID-19</p>	<p>Nos casos em que os critérios são cumpridos, a UHD apresenta vantagens como alternativa ao internamento convencional, existindo evidências sobre essas vantagens em termos de eficácia, segurança e nível de satisfação. Os principais fatores para sua correta implementação são garantir uma seleção adequada dos pacientes e ter uma equipe experiente no atendimento de casos complexos em casa. Além disso, há evidências de que confirmam que a economia de custos deve ser</p>

				adicionada aos benefícios de saúde em comparação com a hospitalização convencional.
Rita Nortadas; Pedro Azevedo; Vitória Cunha; Francisca Delarue/ Agosto 2020/ Portugal	Descrever as vantagens/desvantagens do recurso às UHD em época de pandemia Covid-19.	Não se aplica.	Artigo de opinião redigido segundo as perceções e evidências obtidas nos serviços de HD em contexto de pandemia COVID-19.	<p>A UHD contribui para a otimização dos serviços de internamento e leva à expansão do hospital ultrapassando os condicionamentos físicos do seu edifício.</p> <p>A UHD representa uma solução para o Sistema Nacional de Saúde perante um problema de sobrelotação e com vantagens clínicas para o doente.</p> <p>A reorganização da UHD do HGO face à pandemia está em linha com a dinâmica impressa pela Medicina Interna ao HGO. O ajuste da atividade clínica e o aumento da capacidade da unidade a vários níveis, são uma mais-valia na resposta do HGO frente às dificuldades enfrentadas no momento atual.</p>
Pedro Azevedo/ Junho 2020/ Portugal	Descrever o papel da UHD na Pandemia COVID-19	Não se aplica	Artigo de opinião no que concerne ao papel da UHD durante a época pandémica.	Cumpridos os critérios de admissão, a HD é uma tipologia de internamento que permite atingir a eficiência sem prejuízo da segurança do doente.
Helena Subirana; Núria Borrel; Ana Domenech; Alícia Fraga; Isaura Gray; Jordi Castellvi/ Junho 2020/ Espanha	Descrever a experiência de UHD do paciente cirúrgico durante a pandemia de COVID-19.	44 pacientes em UHD de 11 de Março a 10 Maio de 2020. Foram incluídos pacientes submetidos a cirurgia urgente, programada e pacientes cirúrgicos com tratamento conservador ou intervencionismo. A idade média dos pacientes foi de 64 anos \pm 16,7 (23-89). 51% eram	Estudo observacional, descritivo, prospetivo, unicêntrico. Foram avaliadas variáveis epidemiológicas, motivo de internamento, tratamento, prevalência média, taxa de reinternamento, complicações e mortalidade.	<p>23 pacientes decorreram do serviço de emergência ou de cirurgia eletiva, 12 pacientes de tratamento médico conservativo, 2 de drenagem torácica, 5 de drenagem percutânea devida a abscessos abdominais e 2 pacientes com terapia de pressão negativa para tratamento de ferida cirúrgica. A estadia média no internamento teve a duração de 8,6 dias \pm 3,6 (1-19).</p> <p>Registaram-se 5 complicações: suboclusão, hemorragia colo-rectal, enfisema subcutâneo, edema pulmonar e uma infeção de Covid-19. A taxa de reinternamento foi de 4,5%.</p> <p>A UHD é um modelo seguro e eficaz para diminuir a duração do internamento hospitalar em pacientes cirúrgicos</p>

		homens e 49% mulheres.		selecionados. A combinação de internamentos de curta duração com internamentos de UHD poderá ser uma boa opção para o pós-operatório e recuperação de paciente cirúrgicos.
--	--	------------------------	--	--

Após leitura e análise dos artigos, considerou-se pertinente realçar os seguintes pontos que enumeramos passamos a discutir e que sumariamente se apresentarão mais adiante na Tabela VI:

- Segurança da HD no tratamento da COVID-19;
- Maior disponibilidade de camas em meio hospitalar (redução de dias de internamento)
- Novos critérios de inclusão em HD;
- Redução de custos;
- Readmissões Hospitalares.

Tabela VI - Contributos das UHD mencionados nos estudos

Autor/ Ano/ País	Contributo das Unidades de Hospitalização Domiciliária no combate à pandemia de COVID-19				
	Segurança da HD no tratamento da COVID-19	Maior disponibilidade de camas em meio hospitalar/ redução de dias de internamento	Novos critérios de inclusão em HD	Redução de custos	Readmissões Hospitalares
Heller, D. J., Ornstein, K. A., DeCherrie, L. V., Saenger, P., Ko, F. C., Rousseau, C.-P., & Siu, A. L./ 2020/ USA	√	√	-	-	√
Mittaine-Marzac, B., Zogo, A., Crusson, J.-C., Cheneau, V., Pinel, M.-C., Brandely-Piat, M.-L., ... De Stampa, M./ França/ 2021	√	-	√	-	X
Borgen, I., Romney, M. C., Redwood, N., Delgado, B., Alea, P., George, B. H., ... Shihabuddin, L./ 2021/ USA	-	√	-	-	√
Pericàs, J. M., Cucchiari, D., Torrallardona-Murphy, O., Calvo, J., Serralabós, J., Alvés, E., ... Nicolás, D./ 2021/ Espanha	√	X	-	-	X

Francisca Delarue/ Junho 2021/ Portugal	√	√	-	-	-
Carmina Wanden-Berghe; Javier Sanz-Valero/ Abril 2020/ Espanha	-	√	-	-	-
Rita Nortadas; Pedro Azevedo; Vitória Cunha; Francisca Delarue/ Agosto 2020/ Portugal	√	√	-	-	-
Pedro Azevedo/ Junho 2020/ Portugal	√	√	-	√	-
Helena Subirana; Núria Borrel; Ana Domenech; Alcía Fraga; Isaura Gray; Jordi Castellvi/ Junho 2020/ Espanha	√	√	-	√	√

Segurança das UHD no tratamento da COVID-19 e outras patologias

Dos 9 documentos incluídos neste estudo, 7 fazem alusão à segurança da HD no tratamento de doentes. Refere-se que os estudos desenvolvidos, mostram que a HD confere resultados no tratamento da COVID-19, no tratamento de doenças oncológicas e de outras patologias com segurança, desde que o doente corresponda a determinados critérios de inclusão na altura do internamento em HD.

Pericás *et al.* (2021) mostra que dos 1783 doentes que recorreram ao SU com diagnóstico de COVID-19, n=1320 tiveram que ser admitidos no hospital. Desses 1320 doentes, n=63 foram transferidos para uma UHD, n=273 foram transferidos para uma UCI, n=984 foram admitidos no “covidário” (área física demarcada nas instituições hospitalares que é exclusiva para internamento de doentes com sintomatologia sugestiva de infeção por COVID-19). Os doentes admitidos na UHD, apresentavam maioritariamente sintomatologia moderada como febre e tosse, sendo que os achados radiológicos mais comuns, indicavam infiltrações intersticiais pulmonares bilaterais. N=1 necessitou de aporte de O₂ no domicílio e apenas n=3 necessitaram de readmissão hospitalar por agravamento de quadro clínico.

A maioria dos doentes (82,5%) recebeu tratamento anti-viral, sendo que 19% destes doentes, teve que descontinuar o tratamento por efeitos adversos ou intolerância.

Não foram registados óbitos durante o período de HD nem durante os 30 dias de follow-up após alta.

Mittaine-Marzac *et al.* (2021) apresentam-nos uma perspetiva de estudo diferente ainda que com resultados idênticos aos de Pericás *et al.* (2021) relativamente à segurança da HD no tratamento do doente. Neste artigo contabiliza-se n=838 doentes oncológicos com necessidade de continuidade de tratamentos e que se encontram negativos para a COVID-19. Este estudo foi realizado em duas fases tendo havido uma adesão de 30% à HD na 2ª fase comparativamente à 1ª fase para o tratamento do doente oncológico em casa. Maioritariamente os doentes tratados neste estudo eram portadores de neoplasias malignas hematológicas, sendo que na 2ª fase houve um aumento de doentes com tumores sólidos comparativamente à 1ª (6% para 20%). Não houve qualquer readmissão hospitalar nem foram registados óbitos.

No estudo de Heller *et al.* (2020), doentes já internados em meio hospitalar estabilizados mas ainda sem critérios de alta, foram reencaminhados para UHD. De uma amostra de 24 doentes, n=12 estavam diagnosticados com COVID-19, sendo que os outros n=12 apresentavam outras patologias, sendo pneumonia a mais comum. Ao contrário dos outros artigos, este estudo mostra-nos que n=3 doentes não completaram o programa de HD. Um Homem de 60 anos desenvolveu quadro de febre e hipoxia ao 5º dia de internamento, subsequentemente testou positivo para a COVID 19 e acabou por falecer devido a falência respiratória; Uma mulher de 81 anos com COVID 19 diagnosticado, desenvolveu novo episódio de hipoxia uma vez em HD, sendo readmitida no hospital; e um homem 62 anos que testou negativo para a COVID 19, recusou cuidados por parte da HD tendo tido alta contra parecer médico.

Subirana *et al.* (2020) revela que o estudo feito numa amostra de 44 de 204 doentes internados no serviço de cirurgia que recebera, HD na fase pós-operatória, teve resultados muito positivos com uma ocorrência de infeção por COVID-19 num dos doentes. Dos 44 doentes, apenas 5 tiveram complicações. Destes 5, três receberam tratamento convencional e apenas 2 tiveram que ser readmitidos no hospital.

Delarue (2021), Nortadas (2020), Azevedo (2020) e Wanden-Berghe & Sanz-Valero (2020) apresentam resultados baseados em literatura, revelando conclusões semelhantes aos artigos anteriores e que apoiam a segurança da HD no tratamento dos doentes, comparativamente ao tratamento convencional, nomeadamente menor taxa de infeção nosocomial, menor incidência de síndrome confusional agudo, menor risco de acamamento, de deterioração do estado funcional e de desnutrição.

Maior disponibilidade de camas em meio hospitalar/Redução de dias de internamento

Heller *et al.* (2020) e Borgen *et al.* (2021), focam os seus estudos na forma como a HD consegue mitigar o *stress* hospitalar durante a pandemia, colocando em programa de HD doentes com sintomatologia moderada de COVID-19 ou outras patologias respiratórias, permitindo assim que haja uma maior disponibilidade de camas em meio hospitalar para tratar doentes com sintomatologia severa. Dos 24 doentes incluídos no estudo de Heller *et al.* (2020), todos completaram o programa de internamento no domicílio com resultados positivos com exceção de n=3 doentes e com uma duração média de 3,1 dias. Da amostra de 192 doentes analisada por Borgen *et al.* (2020), n=188 terminaram o programa de internamento domiciliar, tendo assim contribuído para o aumento da disponibilidade de vagas em meio hospitalar. Desta amostra, os doentes que ingressaram em HD provenientes do SU, tiveram 0 dias de internamento hospitalar, sendo que os doentes que ingressaram em HD provenientes do Serviço de Observação (SO) tiveram uma média de internamento em SO 1,22 dias. O autor não refere o tempo médio de internamento em HD.

À semelhança dos artigos anteriores também Pericás *et al.* (2021) e Subrirana *et al.* (2020) se basearam numa amostra de n=63 doentes e n=44 respetivamente, em programa de HD ambos com elevadas percentagens de sucesso de internamento em HD que, conseqüentemente, se traduziu em maior disponibilidade de camas e diminuição do *stress* hospitalar.

A amostra de Pericás *et al.* (2021) mostra uma média de 7 dias totais de internamento (6 dias em HD), onde 95,2% concluíram o programa de HD.

Subrirana *et al.*, (2020) refere que, da amostra inicial de 204 doentes, n=44 ingressaram no sistema de HD, tendo conseguido libertar 6,2 camas por dia durante o período do estudo. No entanto, refere que a grande variedade de diagnósticos e tratamentos durante estes internamentos, não permitiu comprovar uma diminuição do tempo de internamento comparativamente ao internamento convencional.

Delarue (2021), Nortadas *et al.* (2020), Wanden-Berghe & Sanz-Valero (2020) e Azevedo (2020) são unânimes relativamente ao facto de que a HD contribui grandemente para a diminuição de ocupação de camas em meio hospitalar, permitindo que os hospitais ganhem maior capacidade de resposta perante o doente crítico e perante outros doentes que requeiram investigação diagnóstica.

Azevedo (2020) afirma que das várias experiências conhecidas de HD em diferentes países e com diversos grupos de doentes se verifica habitualmente redução no tempo de internamento.

Novos Critérios de Inclusão em HD

O surto de COVID-19 trouxe desafios consideráveis aos sistemas de saúde a nível mundial. Mittaine-Marzac *et al.* (2021) trazem uma nova visão da HD e de que forma a podemos usar para reorganizar o sistema de saúde a nível mundial, aliviando o *stress* hospitalar causado pela pandemia. Assim, com o principal foco nos doentes oncológicos e, em busca de alternativas para que os tratamentos destes doentes pudessem ser continuados, ponderam a HD como alternativa para tratamentos em período de pandemia.

Mittaine-Marzac *et al.* (2021) realizaram um estudo dividido em duas fases, que englobou 838 doentes oncológicos em tratamentos cíclicos de quimioterapia, os quais passaram a receber tratamento parentérico de quimioterapia no domicílio.

Verificou-se um aumento de 30% da adesão à HD para o tratamento dos doentes oncológicos da 1ª para a 2ª fase, verificando-se um pico de novos doentes na primeira semana da 2ª fase do estudo, revelando o sucesso da iniciativa.

O estudo conclui que a HD permitiu a continuação das injeções anti-cancro sem adiamento durante a pandemia, e redução das viagens desnecessárias de pacientes ao hospital com o risco de transmissão COVID-19 concomitante. Cinco departamentos clínicos aumentaram o número de pacientes tratados em casa e ampliaram o painel de medicamentos prescritos.

Não se registou a ocorrência de infeções nosocomiais após a administração parentérica de terapêutica oncológica durante o período de estudo, assim como nenhum doente foi readmitido da HD para o hospital.

Redução de Custos

Poucos foram os artigos que referiram a redução de custos sendo que, esta informação é-nos essencialmente transmitida através dos artigos de Azevedo (2020), Subirana *et al.* (2020) e Pericás *et al.* (2021).

Azevedo (2020), afirma que de várias experiências conhecidas de HD, que ocorrem em vários países, pode-se retirar que existem redução de custos, devido a um melhor controlo da doença em HD e pelo facto de haver um menor período efetivo de acompanhamento médico e de enfermagem.

Subirana *et al.* (2020), também faz referência à redução de custos através da HD, baseada em literatura, não sendo possível no entanto, demonstrá-lo com o estudo que realizou.

Pericás *et al.* (2021) refere que são necessários estudos custo-efetivos mais minuciosos para avaliar a sustentabilidade e o impacto económico da HD comparativamente ao internamento convencional.

Readmissões Hospitalares

Apenas Mittaine-Marzac *et al.* (2021) referem não se terem verificado reinternamentos de doentes durante o período de estudo e dentro da amostra selecionada.

Heller *et al.* (2020) afirmam que 12,5% (n=3) dos doentes não terminou o programa de HD. Um dos doentes após ter testado negativo para COVID-19 não quis aderir ao programa, tendo alta contra parecer médico; outro atingiu valores de hipóxia elevados sendo readmitido no hospital e finalmente, verificou-se um óbito.

Borgen *et al.* (2021) e Pericás *et al.* (2021) mostram taxas de reinternamento bastante semelhantes. Borgen *et al.* (2021) baseou o seu estudo numa amostra de 192 doentes admitidos em HD aos quais chamou de “Grupo de intervenção” tendo comparado esta amostra com uma outra amostra de 593 doentes que foram sujeitos a internamento convencional e aos quais chamou de “Grupo de comparação”. Dos 192 doentes do grupo de intervenção n=188 completaram o programa de HD, sendo que apenas n=4 foram readmitidos no hospital. Relativamente ao grupo de comparação, n=26 doentes não conseguiram completar o programa de HD, tendo regressado ao internamento convencional. A taxa de readmissão hospitalar no grupo de intervenção foi de 3,5% comparado com 4,4% no grupo de comparação. Pericás *et al.* (2020) regista que dos 63 doentes sujeitos ao estudo, houve uma taxa de internamento de 4,7% (n=3).

Subirana *et al.* (2020) registou 5 complicações nos doentes pós-cirúrgicos. Destes cinco, três receberam tratamento convencional e apenas 2 tiveram que ser readmitidos no hospital o que faz uma taxa de readmissão de 4,5%.

4. DISCUSSÃO

O nosso estudo levou-nos a confrontar os resultados obtidos dos 9 artigos analisados, com o suporte teórico apresentado neste trabalho. Maioritariamente, os artigos transmitiram-nos vantagens no modelo da HD relativamente ao internamento convencional, tendo havido um enorme destaque da mesma no último ano devido à COVID-19 e à situação pandémica que se instalou.

Segundo Delerue (2021) os benefícios das UHD em plena pandemia de COVID-19 foram substanciais. Desde a diminuição da sobrelotação dos serviços de saúde, à diminuição do risco de transmissão nosocomial em contexto hospitalar, à prestação de cuidados mais centrados no doente e, por último com a tecnologia adequada, permite a monitorização remota de doentes no seu domicílio, com conseqüente diminuição da necessidade de equipamentos de proteção individual (EPI).

Uma das grandes questões que se levanta, é a segurança dos doentes que se encontram em HD. Sete dos nove documentos estudados, referem a questão da segurança apresentando resultados muito positivos relativamente à segurança que a mesma oferece.

Para além dos critérios de inclusão e exclusão habitualmente referenciados na HD, verificou-se que houve uma reorganização e apuramento dos mesmos, de forma a que os doentes corram riscos calculados ao aderirem à HD. Mittaine-Marzac *et al.* (2021), Péricas *et al.* (2021), Subirana *et al.* (2020), e Heller *et al.* (2020) referem não ter ocorrido infeções nosocomiais, contribuindo para a segurança da HD. Delerue (2021) e Nortadas *et al.* (2020) sustentam estes dados afirmando segundo literatura, que a HD oferece menor taxa de infeções nosocomiais, menor incidência de síndrome confusional agudo, menor risco de acamamento, menor deterioração do estado funcional do doente e de desnutrição. Azevedo (2020), acresce que parece haver uma redução das úlceras de pressão e quedas secundárias a longos períodos de imobilização.

De forma transversal, todos os documentos analisados nesta revisão referem que a HD representou uma solução para os Sistemas de Saúde a nível mundial, perante um problema de sobrelotação, com vantagens clínicas para o doente e para as instituições hospitalares.

Segundo Cotta *et al.* (2020) citado por Melo (2020), os modelos de HD a nível internacional têm como objetivos comuns a diminuição da lotação de camas a nível hospitalar, uma melhor qualidade de vida para o doente no seu ambiente familiar, num período de agudização ou fase terminal e a diminuição dos custos do internamento. Esta informação vai de encontro aos artigos analisados, sendo este modelo extremamente pertinente na situação mundial que se atravessa.

O estudo de Heller *et al.* (2020) foca-se essencialmente no contributo da HD para uma diminuição do *stress* hospitalar e uma maior disponibilidade de camas para o tratamento de doentes com sintomatologia severa quer de COVID-19, quer de outras patologias. A amostra experimental de Heller *et al.* revelou que apenas 3 doentes não completaram o programa de HD, sendo que 87,5% dos doentes foram tratados em casa, libertando assim camas hospitalares e reduzindo o *stress* e sobrelotação hospitalar. Os restantes autores – com exceção de Borgen *et al.* (2021), e Wanden-Berghen & Sanz-Valero (2020), que não incluem este critério nos respetivos estudos – provam também que tiveram taxas de tratamento de doentes em HD na ordem dos 95%, comprovando o contributo da HD para uma maior viabilização de camas disponíveis.

Mittaine-Marzac *et al.* (2021) trouxe-nos uma perspetiva diferente de análise de HD.

De forma a proteger o doente oncológico em tratamento, foram estabelecidas *guidelines* que implicam a redução de visitas hospitalares com o propósito de reduzir o contágio por SARS-CoV-2 destes doentes imunossuprimidos e ajuste no plano de tratamentos incluindo o adiamento dos mesmos ou substituição de tratamento parentérico por tratamento oral sempre que possível. Contudo, a evidência científica comprova que uma alteração dos ciclos de tratamentos e atrasos na administração dos mesmos, conduzem à progressão de tumores piorando a condição dos doentes.

A razão da inclusão deste artigo, vem de encontro a uma outra alternativa de utilização da HD, que permite ao doente oncológico não adiar o seu plano de tratamentos, sendo possível a realização dos mesmos em casa.

Esta possibilidade, para além de permitir um tratamento atempado, oferece segurança ao doente, mantendo-o protegido de possíveis infeções nosocomiais – uma vez que este se

encontra mais protegido no seu domicílio, aliviando o *stress* hospitalar e permitindo que os profissionais de saúde em meio hospitalar consigam dar melhor resposta perante o doente crítico sem possibilidade de HD.

O custo-efetividade em saúde é um conceito que surgiu no final da década de 70 e corresponde a “*uma metodologia de síntese em que os custos são confrontados com desfechos clínicos*” (Secoli, Nita, Ono-Nita & Nobre, 2010 p. 330 citado por Melo, 2020, p. 29).

Ainda segundo os mesmo autores, a qualidade de uma análise custo-efetividade advém do seguimento de um conjunto de etapas. Assim, é necessário que, inicialmente, o investigador defina objetivamente a questão de pesquisa.

Os documentos por nós analisados, centram-se pouco numa análise custo-efetividade, não havendo dados relevantes sobre este tópico. Dos estudos de Subirana *et al.* (2021) e Azevedo (2020), podemos retirar informação baseada em literatura à qual os autores recorreram e que relata que a HD está associada a uma redução de custos. Azevedo (2020) justifica essa redução de custos ao facto de haver um melhor controlo da doença e pelo menor período efetivo de acompanhamento médico e de enfermagem.

Entre as vantagens da HD, a teoria suporta que, entre outros benefícios, a HD tem mostrado uma diminuição dos reinternamentos hospitalares (Despacho n.º 9323-A/2018).

Ainda que apenas Mittaine-Marzac *et al.* (2021), tenha referido não terem ocorrido reinternamentos hospitalares dos doentes em estudo, as taxas de reinternamentos reveladas pelos restantes autores que avaliaram este tópico, são baixas mostrando que a maioria dos doentes internados em HD completam o seu programa de internamento.

As causas dos casos dos doentes reinternados são várias, tendo maioritariamente a ver com situações específicas da patologia que acomete o doente, não se conseguindo encontrar um denominador comum à ocorrência desta situação.

A HD pode ser considerada como uma estratégia de intervenção em saúde que requer atenção profissional qualificada, principalmente ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com o doente, familiares e equipa multidisciplinar (Andrade, Silva, Seixas & Braga, 2016).

Ainda segundo Andrade *et al.* (2016), estudos revelam que a centralidade do trabalho do enfermeiro na atenção domiciliar reside na gestão dos serviços ou na assistência direta, desempenhando um papel fundamental quer na coordenação do plano de cuidados no domicílio, quer pelo vínculo que estabelece com o doente e família.

CONCLUSÕES

Na presente revisão foi possível identificar os contributos da Hospitalização Domiciliária durante a pandemia de Covid-19, reconhecidos em estudos realizados em Portugal, Espanha, França e EUA e produzir uma síntese dos resultados da literatura relevante.

A título de resposta à questão de investigação constatou-se que, de forma transversal aos países incluídos, a HD contribuiu de forma determinante para controlar o problema de sobrecarga dos serviços hospitalares dos Sistemas de Saúde a nível mundial criando novos critérios para inclusão de doentes neste modelo e trazendo vantagens para os doentes (que podem continuar tratamentos importantes e expor-se a menos riscos inerentes ao internamento convencional); para os profissionais de saúde (que prestam cuidados com menos *stress* e mais humanizados); e para as instituições hospitalares (que alegadamente reduzem custos, aumentam disponibilidade de camas e atingem objetivos propostos).

Na situação de pandemia mundial que atualmente se assiste, urge a necessidade de adotar estratégias e procurar soluções que possam contribuir para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, aligeirar o esforço sobre-humano exigido por grande parte dos profissionais de saúde e otimizar os cuidados prestados aos doentes melhorando a acessibilidade aos serviços de saúde. Este trabalho surgiu precisamente na decorrência dessa necessidade procurando na HD respostas concretas no que concerne à situação de pandemia de COVID-19.

A presente revisão, conforme previsto nos objetivos inicialmente propostos, permitiu identificar contributos na área da segurança, disponibilidade de camas, redução de dias de internamento, redução de custos e incremento dos critérios de inclusão no que diz respeito à admissão de doentes. Foi possível mapear a evidência científica de toda a literatura disponível sobre o tema e produzir conclusões que indiciam resultados muito positivos na implementação deste modelo de internamento como apoio na mitigação de *stress* hospitalar em época de pandemia mundial.

Consideramos pertinente mencionar que, embora não tenha direto impacto na elaboração da presente revisão, o projeto inicialmente planeado para esta monografia não corresponde ao que efetivamente foi realizado sendo que o projeto de investigação propunha um estudo qualitativo com análise conteúdos de entrevistas realizadas a enfermeiros pertencentes às

equipas de HD em função no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental com o intuito de responder à pergunta de investigação “Qual o Grau de Satisfação Profissional dos Enfermeiros nos Cuidados de Hospitalização Domiciliária?”. Foram inclusivé realizadas deligências junto da entidade hospitalar no sentido de avançar com o processo burocrático dando início à investigação. Contudo, devido à situação pandémica, houve necessidade de alterar o estudo para uma revisão *scoping* no presente semestre. Desta forma, fomos deparadas com a dificuldade de reestruturação do presente trabalho e escassez de tempo para conciliar as atividades de pesquisa e análise necessárias para esta revisão.

Outro dos principais desafios com que nos deparámos na elaboração deste trabalho, foi a grande dificuldade em encontrar artigos publicados sobre o tema escolhido. Considerando a atualidade dos conceitos que englobam o tema, a falta de conhecimentos e resultados alicerçados em graus de evidência ao longo do tempo, a seleção de artigos a incluir neste estudo foi sem dúvida morosa e difícil. Vimo-nos obrigadas a incluir artigos de opinião e de perspectiva que apesar de conferirem veracidade e conhecimento, não fundamentam da forma que pretendíamos, alguns dos dados apresentados.

O presente estudo demonstra que a HD se configura numa solução com grande potencial na redução de *stress* hospitalar devido à pandemia de COVID-19, produzindo resultados muito satisfatórios no que concerne à segurança, disponibilidade e acessibilidade de cuidados. Sugerem-se, como estudos subseqüentes a análise de efectividade/custo durante esta pandemia no sentido de melhorar e otimizar recursos.

REFERÊNCIAS

Abbas, M. J., Kronenberg, G., McBride, M., Chari, D., Alam, F., Mukaetova-Ladinska, E., ... Brugh, T. (2021). The Early Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Care Mental Health Services. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 72(3), 242–246. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000467>

Andrade, A., Silva, K., Seixas, C., Braga, P. (2016). Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(1):199-208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).

Azevedo, P. (2020). A Hospitalização Domiciliária na Pandemia COVID-19. Artigo de perspectiva. *Gazeta Médica* Nº2 Vol 7. Abril/Junho 2020. <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/356>

Borgen, I., Romney, M. C., Redwood, N., Delgado, B., Alea, P., George, B. H., ... Shihabuddin, L. (2021). From Hospital to Home: An Intensive Transitional Care Management Intervention for Patients with COVID-19. *Population Health Management*, 24(1), 27–34. <https://doi.org/10.1089/pop.2020.0178>

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (2019). As Vantagens da Hospitalização Domiciliária. Newsletter Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Cunha, V., et al. (2017). Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade Portuguesa. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 24 (4)-OUT/DEZ. DOI: 10.24950/rspmi/O112/17/2017

Decreto-Lei n. °28/2008. Regime da Criação, Estruturação e Funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde. Consultado em: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/118376180/202010291059/73662511/diploma/indice?p_p_state=maximized a 07/07/21;

Delarue, F., Correia J. (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25 (1)- JAN/MAR.

Delerue, F. (2021). A Evolução da Hospitalização Domiciliária em Portugal. Artigo de Opinião da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Disponível em: <https://www.spmi.pt/a-evolucao-da-hospitalizacao-domiciliaria-em-portugal/>

DGS (2021). Covid-19. Lisboa. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/?t=como-se-transmite-2>

Diário de Notícias (2020). Cronologia de uma pandemia em português. Os 3 meses que mudaram o país. Disponível em: <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/cronologia-de-uma-pandemia-em-portugues-os-tres-meses-que-mudaram-o-pais-12259916.html>

Direção Geral de Saúde (2017). *Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde*. Consultada em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx> a 08/07/2021 DOI: 10.24950/rspmi/Op/1/2018

DGS (2020). Perguntas Frequentes COVID-19. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/?t=como-se-transmite-2>

Duvignaud, A., Lhomme, E., Pistone, T., Onaisi, R., Sitta, R., Journot, V., ... Malvy, D. (2020). Home Treatment of Older People with Symptomatic SARS-CoV-2 Infection (COVID-19): A structured Summary of a Study Protocol for a Multi-Arm Multi-Stage (MAMS) Randomized Trial to Evaluate the Efficacy and Tolerability of Several Experimental Treatments to Reduce the Risk of Hospitalisation or Death in outpatients aged 65 years or older (COVERAGE trial). *Trials*, 21(1), 846. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04619-1>

Havermans, T., Houben, J., Vermeulen, F., Boon, M., Proesmans, M., Lorent, N., ... Dupont, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the emotional well-being and home treatment of Belgian patients with cystic fibrosis, including transplanted patients and paediatric patients. *Journal of Cystic Fibrosis : Official Journal of the European Cystic Fibrosis Society*, 19(6), 880–887. <https://doi.org/10.1016/j.jcf.2020.07.022>

Heller, D. J., Ornstein, K. A., DeCherrie, L. V., Saenger, P., Ko, F. C., Rousseau, C.-P., & Siu, A. L. (2020). *Adapting a Hospital-at-Home Care Model to Respond to New York City's COVID-19 Crisis*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(9), 1915–1916. <https://doi.org/10.1111/jgs.16725>

Hernández, C, et al., (2018). Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. *International Journal of Integrated Care*, 18(2): 12, 1–11. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3431>

Lana, R., Coelho, F., Gomes, M., Cruz, O., Bastos, L., Vilela, D., Codeço, C. (2020). Emergência do novo coronavírus (SARS.CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cad. Saúde Pública* 36 (3) Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620>

Marinello, R., Brunetti, E., Luppi, C., Bianca, D., Tibaldi, V., Isaia, G., & Bo, M. (2021). Telemedicine-assisted care of an older patient with COVID-19 and dementia: bridging the gap between hospital and home. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(6), 1753–1756. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01875-2>

Melo, M. (2020). Hospitalização Domiciliária vs Hospitalização Clássica, o modelo custo-efetivo: revisão sistemática da literatura. Dissertação de Mestrado. ESEP. Consultada em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35312/1/Dissertação%20de%20mestrado_Inês%20Melo.pdf

Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde. Lisboa. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Mittaine-Marzac, B., Zogo, A., Crusson, J.-C., Cheneau, V., Pinel, M.-C., Brandely-Piat, M.-L., De Stampa, M. (2021). COVID-19 outbreak: An experience to reappraise the role of hospital at home in the anti-cancer drug injection. *Cancer Medicine*, 10(7), 2242–2249. <https://doi.org/10.1002/cam4.3682>

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Nortadas, R., Azevedo, P., Cunha, V., Delerue, F. (2021). A Hospitalização Domiciliária e a COVID-19. Artigo de Opinião. Revista Portuguesa de Medicina Interna. <https://revista.spmi.pt> – DOI: 10.24950/rspmi/COVID19/HGO/S/2020

Norma de Orientação Clínica, n. °21, Medicina III de 2018, do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

Organização Pan-Americana de Saúde (2020). Histórico da Pandemia de COVID-19. Organização Mundial de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Conselho de Enfermagem (2001).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: OE

Pericàs, J. M., Cucchiari, D., Torrallardona-Murphy, O., Calvo, J., Serralabós, J., Alvés, E., ... Nicolás, D. (2021). Hospital at home for the management of COVID-19: preliminary experience with 63 patients. *Infection*, 49(2), 327–332. <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01527-z>

Portugal. DGS. Circular Normativa nº36, de 9 de Outubro de 2009 (2009). Avaliação Ambiental Estratégica. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Silva, D., et al. (2010). O trabalho do enfermeiro no serviço de internação domiciliar: Visão dos familiares cuidadores. *Revista Ciência Cuidado Saúde*, 2010 Jul/Set; 9(3):471-478. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.8478

Silva, JR., et al. (2009). O enfermeiro no programa de internação domiciliar: A visão do usuário e da família. *Revista eletrónica trimestral de enfermagem*, Nº15. <http://www.um.es/eglobal/> ISSN 1695-6141.

Sitammagari, K., Murphy, S., Kowalkowski, M., Chou, S.-H., Sullivan, M., Taylor, S., ... McWilliams, A. (2021). Insights From Rapid Deployment of a “Virtual Hospital” as Standard Care During the COVID-19 Pandemic. *Annals of Internal Medicine*, 174(2), 192–199. <https://doi.org/10.7326/M20-4076>

Souza, I., et al. (2014). Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Nursing Journal of Minas Gerais*, Volume 18.1. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140013>

Tavares Helena (2008). Articulação de cuidados de enfermagem entre hospital e centro de saúde no âmbito dos Cuidados Continuados. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual: 2015 edition / Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*. Ministério da Saúde.

Vasconcellos, J., et al (2015). Desospitalização para cuidados domiciliários: impactos clínicos e económicos da linezolida. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, vol.38 no.4, Porto alegre 2017, Epub June 07 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>

Wanden-Berghe, C. & Sanz-Valero, J. (2020). La Hospitalización a Domicilio em la enfermedad del COVID-19. *Hosp Domic*. 2020;4(2):55-7

APÊNDICES

APÊNDICE I- Quadro da primeira fase de pesquisa

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
S1	home hospitalization AND covid-19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (7) Ver Detalhes Editar

APÊNDICE II- 2a Fase- MEDLINE Complete e 13/07/2021

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
S15	S12 AND S13 AND S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (32) Ver Detalhes Editar
S14	S8 OR S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (4,902) Ver Detalhes Editar
S13	S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (197,538) Ver Detalhes Editar
S12	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (8,493,204) Ver Detalhes Editar
S11	“hospital-at-home”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (2,976) Ver Detalhes Editar
S10	“home treatment”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,793) Ver Detalhes Editar
S9	“hospital at home”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (2,976) Ver Detalhes Editar
S8	“home hospitalization”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (219) Ver Detalhes Editar
S7	SARS-CoV-2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (94,561) Ver Detalhes Editar
S6	pandemic	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (124,700) Ver Detalhes Editar
S5	2019-ncov	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,639) Ver Detalhes Editar
S4	covid-19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (147,913) Ver Detalhes Editar
S3	coronavirus	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (97,024) Ver Detalhes Editar

S2	Aged	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (5,684,505) Ver Detalhes Editar
S1	Adult*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (6,144,191) Ver Detalhes Editar

APÊNDICE III- 2a Fase- CINHALComplete e 13/07/2021

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
S16	S12 AND S13 AND S14	Limitadores - Excluir Registos MEDLINE Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (4) Ver Detalhes Editar
S15	S12 AND S13 AND S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (7) Ver Detalhes Editar
S14	S8 OR S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (2,588) Ver Detalhes Editar
S13	S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (70,276) Ver Detalhes Editar
S12	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,958,046) Ver Detalhes Editar
S11	“hospital-at-home”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (2,053) Ver Detalhes Editar
S10	“home treatment”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (508) Ver Detalhes Editar
S9	“hospital at home”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (2,053) Ver Detalhes Editar
S8	“home hospitalization”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (51) Ver Detalhes Editar
S7	SARS-CoV-2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (7,533) Ver Detalhes Editar
S6	pandemic	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (40,097) Ver Detalhes Editar
S5	2019-ncov	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (13,395) Ver Detalhes Editar
S4	covid-19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Ver Resultados (55,686) Ver Detalhes

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Editar
S3	coronavirus	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (22,108) Ver Detalhes Editar
S2	Aged	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,020,977) Ver Detalhes Editar
S1	Adult*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,458,569) Ver Detalhes Editar

ANEXOS

ANEXO I- Norma 020/2018 de 20/12/2018 da Direção Geral de Saúde



NORMA

Maria da Graça
Gregório de
Freitas

Digitally signed by Maria da
Graça Gregório de Freitas
DN: c=PT, o=Direção-Geral
de Saúde, ou=Maria da
Graça Gregório de Freitas
Date: 2018.12.20 14:48:30 Z

NÚMERO: 020/2018

DATA: 20/12/2018

ASSUNTO: Hospitalização Domiciliária em idade adulta

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização Domiciliária, Terapêutica, Monitorização, Equipa de Saúde, referenciação, critérios de Hospitalização Domiciliária, Internamento domiciliário

PARA: Profissionais de Saúde do Serviço Nacional de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte Norma, na área qualidade organizacional:

NORMA

1. Nas entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde onde foram constituídas Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) como modelo de assistência hospitalar praticado no domicílio do doente, durante um período transitório, em alternativa ao internamento hospitalar convencional, a UHD deve:
 - a) Ser responsável por toda a gestão do processo assistencial;
 - b) Ser composta por uma equipa multidisciplinar hospitalar constituída por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e pode incluir outros técnicos de apoio que se considerem necessários para a implementação da Hospitalização Domiciliária (HD);
 - c) Ser dotada de recursos humanos, meios técnicos e logísticos adequados ao desempenho da sua atividade assistencial de acordo com o plano estratégico dos Conselhos de Administração, nomeadamente, no que concerne ao espaço físico, viaturas, telemóveis, computadores, mala de transporte de material de consumo clínico, de acondicionamento de fármacos e mala de urgência.

2. A UHD:
 - a) Procede à inclusão, admissão ou readmissão dos doentes no âmbito da hospitalização domiciliária, bem como à sua exclusão, e responsabiliza-se pela gestão de todo o processo assistencial, desde a admissão à alta correspondente ao período de internamento domiciliário;



- b) Define e concretiza em relação a cada doente, um plano individual de cuidados em articulação com a equipa clínica hospitalar que acompanhou o doente até ao momento da hospitalização domiciliária;
 - c) Garante o atendimento disponível 24 horas por dia, todos os dias do ano;
 - d) Fornece e gere a terapêutica aguda e crónica do doente, e outros materiais de consumo clínico necessários ao plano de cuidados;
 - e) Garante o acesso direto ao internamento convencional em meio hospitalar em caso de modificação da condição clínica, ou quando as condições sociais e estruturais ponham em causa a segurança do doente ou quando o doente ou o seu representante legal assim o desejarem;
 - f) Articula-se com as demais áreas e serviços assistenciais do hospital, garante o acesso aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e consultorias de outras especialidades, em tudo igual aos doentes internados na tipologia convencional;
 - g) Articula-se com os demais prestadores de cuidados de saúde e de apoio psicossocial da sua área de influência, de modo a efetuar uma transição progressiva para os cuidados de saúde primários e/ou para a rede nacional de cuidados integrados (RNCCI), garantindo a continuidade de cuidados;
3. Os critérios clínicos, sociais e geográficos para a HD são os seguintes:
- a) Aceitação voluntária da hospitalização domiciliária, com a assinatura de um consentimento informado por parte do doente e/ou representante legal;
 - b) Existência de um diagnóstico clínico que requerendo internamento apresente estabilidade clínica de acordo com a *legis artis*;
 - c) Situação clínica transitória (doença aguda, ou crónica agudizada), e comorbilidades controláveis no domicílio;
 - d) Existência de um cuidador (facultativo para o doente autónomo nas atividades de vida diária)
 - e) Existência de condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade adequadas para a situação clínica do doente, no domicílio (luz, água e rede de esgoto);
 - f) Existência de telefone ou telemóvel para fins de contacto com a equipa da HD;
 - g) Residência localizada, numa distância/tempo de deslocação a definir em função das exigências de segurança para intervenção em tempo útil, quando tiver indicada uma intervenção da equipa de HD ou o retorno para o hospital, em caso de agravamento da condição clínica.
4. Não são candidatos à admissão em HD (critérios de exclusão):
- a) Incumprimento pelo menos de um dos critérios referidos no ponto 3;
 - b) Doentes com critérios de dependência a substâncias ilícitas ou dependência alcoólica com consumos ativos;



- c) Doente com ideação suicida, agitação psicomotora e/ou psicose aguda e doenças com risco epidemiológico;
 - d) Incapacidade mental do doente e do cuidador/familiar que condicione a compreensão dos cuidados necessários e os tratamentos prescritos;
 - e) Incapacidade física/emocional que impeça, quando necessário, a colaboração do doente ou seu cuidador/familiar para a aplicação do procedimento;
5. A tipologia de doentes a admitir em HD são:
- a) Doentes com patologia aguda ou crónica agudizada;
 - b) Doentes em estadio terminal/paliativo que, transitoriamente, necessitem de cuidados e procedimentos terapêuticos complexos da exclusiva responsabilidade do hospital.
6. As patologias elegíveis para HD são as seguintes: ^(6, 11- 18, 21)
- a) Patologia infecciosa aguda que requeira tratamento antibiótico parentérico: infeção urinária, infeção respiratória, infeção da pele e tecidos moles, colecistite aguda, diverticulite aguda, endocardite, espondilodiscite e outras controláveis no domicílio;
 - b) Patologia crónica agudizada: doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, cirrose hepática, e outras patologias controláveis no domicílio;
 - c) Cuidados no pós-operatório como parte de um protocolo de transição de cuidados, ou no tratamento de patologia médica crónica descompensada no contexto pós-cirurgia;
 - d) Doença incurável, avançada e progressiva (oncológica ou não oncológica) ou processo orgânico degenerativo em situação terminal, que requeira cuidados paliativos intensivos e/ou especializados, em estreita articulação com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).
7. Os procedimentos de diagnóstico e terapêuticos possíveis de realizar em HD são: ⁽²¹⁾
- a) Mielograma, biopsia óssea, punção lombar, paracentese, artrocentese, colheitas de amostras biológicas (sangue, urina, líquido cefalo-raquidiano, líquido ascítico, líquido articular e expectoração) para análise e/ou microbiologia;
 - b) Outras técnicas: gasimetria, eletrocardiograma, ecocardiograma, ecografia, pulsometria, oximetria, polissonografia;
 - c) Dispositivos de acessos vasculares periféricos;
 - d) Ventilação mecânica não-invasiva (VNI), suporte nutricional artificial entérico e/ou parentérico, transfusão de hemoderivados, terapêutica EV de medicamentos de uso exclusivo hospitalar;
 - e) Oxigenoterapia domiciliária de curta duração;



- f) Tratamento Antimicrobiano com Terapêutica Antibiótica Domiciliária Endovenosa (TADE) – Possibilidade de manter terapêutica antibiótica em doentes com indicação para ciclos prolongados;
 - g) Tratamento de feridas complexas;
 - h) Utilização de acessos vasculares centrais (para administração de fármacos ou de suporte nutricional parentérico), previamente colocados em meio hospitalar;
 - i) Outros procedimentos que as equipas considerem exequíveis.
8. O fluxograma de admissão e a gestão do processo assistencial de HD inclui:
- a) Referenciação do doente à UHD por parte do médico assistente, independentemente do serviço hospitalar onde o doente se encontra;
 - b) Receção e avaliação da proposta de internamento pela equipa da UHD (médico, enfermeiro, assistente social), segundo os critérios definidos na presente Norma;
 - c) Visita da equipa da UHD ao doente referenciado, devendo estar presente o médico assistente que propôs a o doente para HD, para discussão clínica;
 - d) Comunicação da decisão de aceitação ou recusa de internamento ao médico referenciador/chefe de equipa. A decisão deve ser registada e justificada em processo individual eletrónico do doente;
 - i. Em caso de admissão, procede-se:
 - (i) À assinatura do consentimento informado pelo doente, familiar/cuidador, ou pelo seu representante legal;
 - (ii) Ao internamento domiciliário e à atribuição de uma equipa;
 - (iii) À emissão de notícia de internamento a enviar por correio eletrónico aos cuidados de saúde primários;
 - (iv) À planificação e gestão da transferência em condições de segurança para a residência do doente;
 - (v) À planificação do processo assistencial. Caso o doente tenha um plano de acompanhamento no âmbito de equipas de saúde da comunidade, a planificação do processo assistencial deverá ser articulada com estas equipas como garantia da melhor rentabilização de recursos.
 - ii. Em caso de recusa do doente ou da família/cuidador, ou por decisão da UHD, procede-se/mantém-se o internamento convencional;
 - e) As visitas domiciliárias são programadas em reunião clínica de acordo com as necessidades de cada doente, podem ser singulares (só enfermeiro), interdisciplinares (médico e enfermeiro) ou multidisciplinares. A primeira visita domiciliária é realizada nas primeiras 24h após a admissão. No dia da alta clínica deve haver uma visita interdisciplinar (médico/enfermeiro).
 - f) O encerramento do processo assistencial termina com a alta clínica, transferência ou óbito:



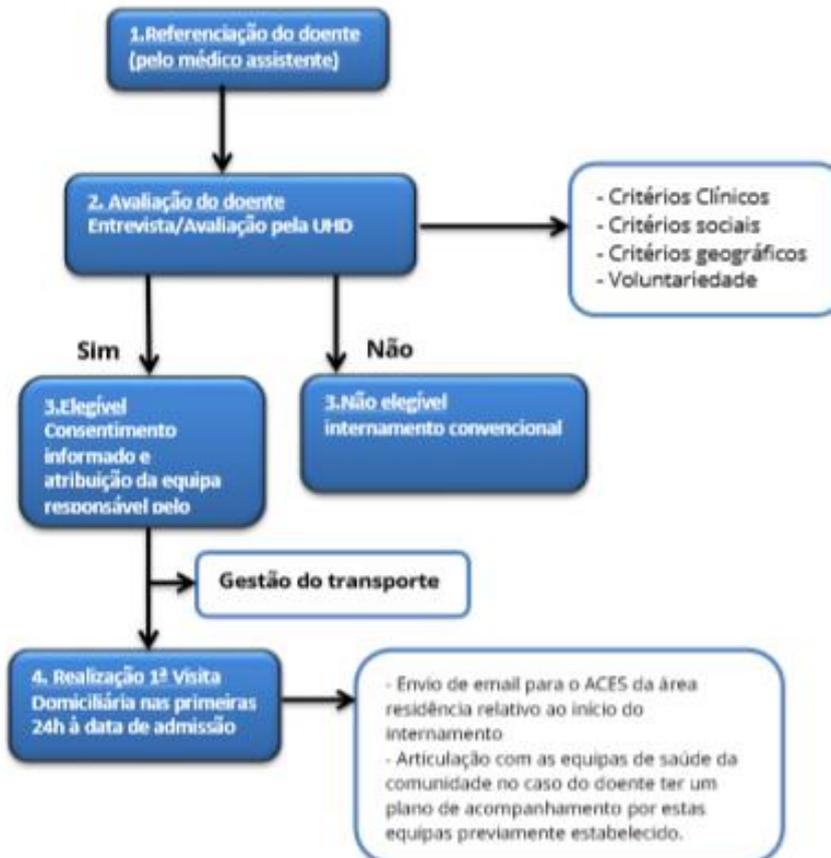
12. O transporte e acondicionamento de medicamentos e materiais de consumo clínico em HD deve obedecer aos seguintes requisitos:
- Garantir a manutenção das características dos medicamentos até ao final do seu prazo de validade com monitorização e registo de todas as condições.
 - Devem ser feitos de modo a garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança dos mesmos;
 - Para o armazenamento/transporte/e o acondicionamento de medicamentos e da nutrição artificial na residência do doente deve ser garantida a temperatura inferior a 25° C, proteção da luz solar direta e uma humidade inferior a 60%;
 - Deve-se contemplar a possibilidade de armazenar/acondicionar/transportar medicamentos / produtos e nutrição artificial que necessitam de condições especiais de conservação: medicamentos/produtos que necessitam de refrigeração;
 - O utente e/ou familiar/cuidador devem ser ensinados e formados sobre os cuidados específicos a ter com a terapêutica no domicílio;
 - A prescrição de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos exige prescrição própria e monitorização do seu armazenamento, transporte e utilização de acordo com os seguintes parâmetros:
 - Preenchimento da requisição de substâncias e suas preparações compreendidas nas tabelas I, II, III e IV, com exceção da II-A, anexas ao Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de janeiro, na última versão disponível (Modelo nº 1509, exclusivo da Imprensa Nacional Casa da Moeda, S.A - Anexo X);
 - Armazenamento em cofre fixo instalado no local em que a HD está sedeada, sendo este cofre usado exclusivamente pela equipa da HD;
 - Transporte na mala de visitação domiciliária com documento comprovativo da quantidade de cada um destes medicamentos, assinado pelo médico assistente prescriptor do fármaco.
13. Deve ser assegurada a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e a gestão de resíduos hospitalares em contexto de HD, nomeadamente:
- Fazer cumprir a legislação em vigor de acordo com o Decreto-lei nº 73/ 2011;
 - Implementar um sistema adequado de triagem, de forma a separar materiais recicláveis, bem como assegurar a recolha e armazenamento destes resíduos no serviço, residência dos doentes e nas viaturas;
 - Definir os circuitos de recolha e transporte de resíduos hospitalares, em articulação com as recomendações do Programa para a Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), de modo a evitar situações de contaminação cruzada;
 - Assegurar a limpeza e conservação da viatura afeta à hospitalização domiciliária, de acordo com a elaboração de Plano Ação Limpeza e Conservação das viaturas;



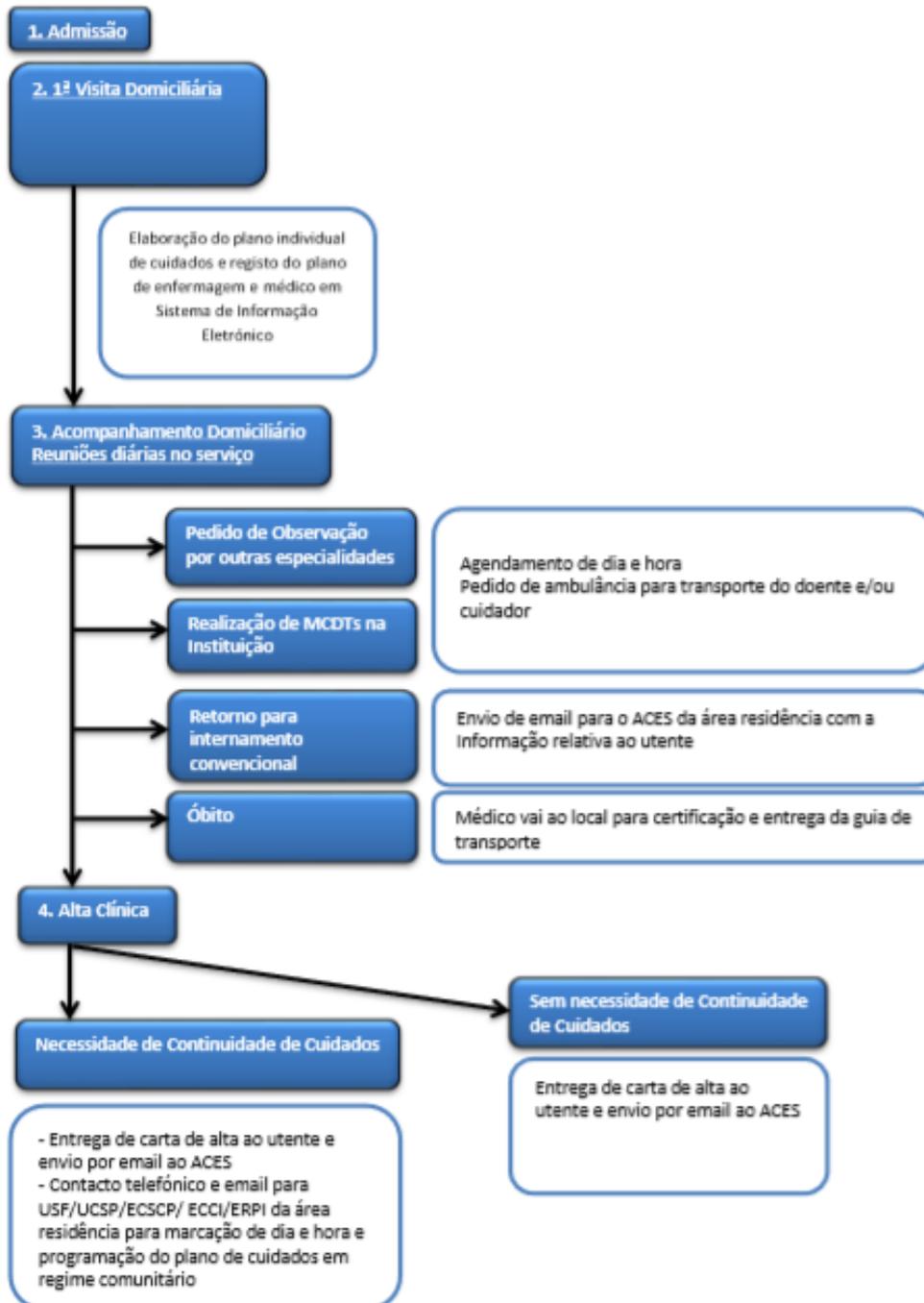
- e) Assegurar a limpeza e manutenção das malas de visitação domiciliária, de acordo com elaboração de Plano Ação de Atividades Mensal, e sempre que necessário;
 - f) Incluir nas áreas de intervenção os doentes e/ou família/cuidadores, no respetivo ensino, instrução e treino.
 - g) Garantir a implementação da Normas da DGS sobre prevenção e controlo de infeções relacionadas com os cuidados de saúde e em particular:
 - i. Estabelecer Programas de Tratamento Antimicrobiano Domiciliário Endovenoso (TADE) em articulação com o Programa de Apoio Prescrição de Antimicrobianos (PAPA);
 - ii. Assegurar os cuidados com os cateteres venosos, periféricos, linha media e centrais;
 - iii. Implementar as Precauções Básicas de Controlo de Infeção;
 - iv. Assegurar os cuidados com materiais cortantes e perfurantes (contentores específicos, imperfuráveis, inquebráveis e invioláveis após encerramento, presentes nas malas de visitação domiciliária);
 - v. Assegurar a triagem de resíduos hospitalares.
14. O transporte de doentes deve ser gerido pela UHD, de acordo com as mesmas regras de transporte aplicáveis às unidades hospitalares do SNS, nomeadamente em termos de responsabilidade financeiras.
15. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional.
16. Qualquer exceção à presente Norma deve ser fundamentada com registo no processo clínico.

Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

ALGORITMO DE ADMISSÃO HD



ALGORITMO DE ACOMPANHAMENTO E PLANEAMENTO DE ALTA HD





INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

CONCEPTUAL

De acordo com o Despacho n.º 9323-A/2018 os conceitos relativos à HD definem-se da seguinte forma:

- A. **Hospitalização domiciliária (HD):** é uma alternativa ao internamento convencional, que proporciona assistência clínica de modo contínuo e coordenado àqueles doentes que requerendo admissão hospitalar, cumprem também uma série de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem o internamento no domicílio sob a vigilância da HD sempre de acordo com a vontade do doente e da sua família; ^(1, 2)
- B. **Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD):** é uma unidade específica de internamento e tratamento de doentes que voluntariamente aderiram à hospitalização domiciliária;
- C. **Cuidados de Hospitalização Domiciliária:** são os cuidados ativos, coordenados pela unidade de hospitalização domiciliária e prestados por unidades e equipas específicas, no domicílio, a doentes referenciados para o efeito, livre e conscientemente, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida;
- D. **Domicílio:** a residência ou local terceiro institucionalizado onde habitualmente reside a pessoa que necessita de cuidados prestados pela HD;
- E. **Familiar/es:** a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o doente;
- F. **Cuidador/es:** a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou seu representante legal que, sendo familiar ou não, assegura a articulação entre o doente e a HD;
- G. **Consentimento informado:** a autorização livre e esclarecida prestada pelo doente antes da integração na HD, bem como antes da submissão a determinado ato médico, ou qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, pressupondo uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, à razão e ao resultado esperado da intervenção consentida, bem como à respetiva responsabilidade.
- H. **Continuidade dos cuidados:** é a sequencialidade, no tempo e nos serviços da HD;
- I. **Multidisciplinaridade:** a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais;



- J. **Interdisciplinaridade:** a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;

ORGANIZACIONAL

- A. A organização da prestação de cuidados de saúde através da Hospitalização Domiciliária (HD) surge no contexto de outras formas de organização da prestação de cuidados do serviço nacional de saúde, como sejam os Hospitais de Dia, a Consulta a Tempo e Horas (CTH), a EIHS CP, consulta externa de CP e a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) incluindo a Equipa de Gestão de Altas (EGA), a Telemedicina e a Cirurgia do Ambulatório que inovam sobretudo na organização e na forma de disponibilização do acesso aos cuidados, simplificando e ajustando às reais necessidades de cuidados;
- B. O modelo de prestação de cuidados adotado pela Hospitalização Domiciliária (HD) assenta na prestação de cuidados no domicílio, durante a fase aguda da doença, na sequência de um episódio de internamento hospitalar nos serviços médicos ou cirúrgicos, da admissão através do serviço de urgência, hospital de dia, consulta externa ou de referenciação direta a partir dos cuidados de saúde primários;
- C. O carácter inovador da HD reside no seu modelo organizativo específico, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do internamento convencional, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, redução de complicações e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e seus familiares;^(3,4, 7-10)
- D. A assistência prestada pela HD é diferente do atendimento ou visita domiciliária proporcionado pelos Cuidados de Saúde Primários. Com efeito, a HD proporciona aos doentes uma assistência que se caracteriza por uma duração limitada à fase aguda, de elevada complexidade e frequência de procedimentos praticados. Ao invés, os cuidados domiciliários dos CSP caracterizam-se pela visita ou procedimento, isolado ou periódico, realizado no domicílio do doente, como alternativa ao atendimento no ambulatório, e nestas circunstâncias o doente não carece de hospitalização. ⁽²⁾



AVALIAÇÃO

A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditorias externas e internas.

Aplicam-se à HD os seguintes indicadores de qualidade e desempenho do internamento:

- a) Tempo médio, em dias, de internamento na UHD (Despacho n.º 9323-A/2018);
- b) Taxas de reinternamento na UHD (até 30 dias, até 3 meses e até 6 meses) (Despacho n.º 9323-A/2018);
- c) Taxa de readmissão ao hospital (precoce ou < 72 horas e tardia ou > 72 horas) (Despacho n.º 9323-A/2018);
- d) Taxa de mortalidade (esperada, depois da readmissão ao serviço origem ou ao Serviço de Urgência) (Despacho n.º 9323-A/2018);
- e) Percentagem de doentes elegíveis para HD face ao número de doentes referenciados para a UHD;
- f) Percentagem de doentes admitidos para HD face ao número de doentes elegíveis para HD;
- g) Número médio de visitas diárias pela UHD;
- h) Percentagem de doentes em HD admitidos nos serviços de urgência hospitalares de forma não programada;
- i) Percentagem de doentes submetidos a rastreio para a identificação do risco nutricional na admissão até às primeiras 24h após a sinalização (Despacho n.º 6634/2018);
- j) Percentagem de doentes em risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas 24h após sinalização (Despacho n.º 6634/2018);
- k) Percentagem de doentes adultos classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional (Despacho n.º 6634/2018);
- l) Índice de satisfação do familiar/cuidador;
- m) Índice de satisfação dos doentes.



INSTRUMENTO DE AUDITORIA CLÍNICA INTERNA

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma Hospitalização Domiciliária				
Unidade:				
Data: __/__/__		Equipa auditora:		
1: COMPETÊNCIAS da HD				
	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de um plano individual de cuidados para cada doente				
Existe evidência de atendimento domiciliário disponível 24 horas por dia, todos os dias do ano				
Existe evidência do fornecimento e gestão da terapêutica aguda e crónica do doente, e outros materiais de consumo clínico necessário ao plano de cuidados				
Existe evidência da articulação com os prestadores de cuidados, de forma a garantir a continuidade de cuidados				
Existe evidência da promoção da investigação, ensino/estágios, produção de estudos científicos e sua divulgação				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO, PERFIL DE DOENTES E PATOLOGIAS				
Crítérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência do Consentimento Informado devidamente assinado				
Existe evidência da existência de um diagnóstico clínico de situação aguda				
Existe evidência da existência de um cuidador capaz (facultativo para o doente autónomo nas atividades de vida diária)				
Existência de condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade adequadas para a situação clínica do doente, no domicílio (luz, água e rede de esgoto);				
Existe evidência da existência de telefone ou telemóvel para fins de contato				



Existe evidência da lista de verificação na Admissão (Anexo I)				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
3. PROCEDIMENTO DE ADMISSÃO E GESTÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL				
Crítérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de Processo individual eletrónico				
Existe evidencia de registo das avaliações de admissão				
Existe evidência da existência de um processo clínico em suporte de papel				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
4. TRANSPORTE E ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS				
Crítérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência da monitorização e registo dos prazos de validade dos medicamentos				
Existe evidência da existência de frigorífico com monitorização da temperatura				
Existe evidência de transporte adequado às características do medicamento				
Existe evidência de armazenamento/condicionamento adequado as características do medicamento				
Existe evidência do Preenchimento da Requisição de substâncias nas tabelas I, II, III e IV, com exceção da II-A, anexas ao Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de janeiro, na última versão disponível (Modelo nº 1509, exclusivo da INCM, S.A - Anexo X);				
Existe evidência de armazenamento de estupefacientes e psicotrópicos em cofre.				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
5. CONTROLO DE INFEÇÃO E GESTÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES				
Crítérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência da implementação das Precauções Básicas no controlo de infeção				
Existe evidência da existência de circuito de recolha e armazenamento de resíduos Grupos III e IV.				
Existe evidência de um plano de ação de limpeza e conservação das viaturas				
Existe evidência de um plano de ação de limpeza e manutenção das malas de visitaçao domiciliária				



Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
6. GESTÃO DE TRANSFERÊNCIAS E TRANSPORTE DE DOENTES				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência da isenção do doente relativo ao pagamento dos transportes durante o internamento				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

$$\text{Avaliação de cada padrão: } x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$$



FUNDAMENTAÇÃO

- A. A Hospitalização Domiciliária teve início em 1945 com a experiência americana (*Home Care*) no hospital Montefiore em Nova Iorque após a 2ª guerra mundial, para descongestionar o hospital, criar um ambiente psicológico mais favorável para o doente ^(2,3, 21)
- B. A primeira unidade de Hospitalização Domiciliária na Europa, surge em França em 1957 no *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)*; a partir da década de 60, juntaram-se outros países tais como a Suíça, a Alemanha, o Reino Unido e o Canadá e Espanha ^(2,3, 21)
- C. Em Portugal a experiência de hospitalização domiciliária é recente, com a criação da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do Hospital Garcia de Orta em novembro de 2015, integrada no Serviço de Medicina Interna. Mais recentemente, foi criada uma HD em março de 2018 pelo Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; ^(19, 20)
- D. A Hospitalização domiciliária procura garantir mais e melhor acessibilidade aos cuidados de saúde, reduzir as complicações inerentes ao internamento convencional (como as infeções nosocomiais, as quedas e os quadro confusionais agudos), criar uma envolvência psico-social mais favorável ao doente durante o período de internamento, e valorizar o papel da família/ cuidador, prevenindo a rejeição o abandono e a institucionalização. ^(7,8,11,12)
- E. Encontram-se descritos na literatura, estudos sobre o internamento agudo de um conjunto variado de patologias em contexto de hospitalização domiciliária (doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca congestiva congestiva, celulites/erisipela, infeções adquiridas na comunidade e/ou hospitalar, infeções por microrganismos multiresistentes) de modo seguro sendo um programa de tratamento antimicrobiano domiciliário endovenoso (TADE) fundamental neste processo. ^(6,12,15,17)
- F. A hospitalização domiciliária corresponde a uma prestação de cuidados inovadora que permite reduzir a pressão de utilização de camas de internamento hospitalar e que assegura cuidados de saúde hospitalares no domicílio e é desejável a continuação da realização de estudos deste modelo de prática, de forma a avaliar o efeito da hospitalização domiciliária na mortalidade, no reinternamento hospitalar bem como na satisfação dos doentes.



APOIO CIENTÍFICO

A proposta da presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros, da Ordem dos Nutricionistas e Ordem dos Farmacêuticos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ¹ Leff B, Montalto M. Home hospital: toward a tighter definition. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52 (12): 2141.
- ² Rosângela Minardi Mitre Cotta, Maria Morales Suarez-Varela. La Hospitalización Domiciliaria: antecedentes, situación atual y perspectivas. Ver *Panam Salud Publica / Pam Am J Public Health* 10 (1), 2001.
- ³ J. Escarrabill. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Primaria* 2002. 30 de septiembre. 30 (5):304-309
- ⁴ Bruce Leff, Lynda Burton, Ssacott Mader. Hospital at home: feasibility and outcome of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med.* 2005; 143: 798-808
- ⁵ Albert Salazar, Cristina Estrada, Ramon Porta e tal. Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department. *E J Emerg Med.* 2009; 16: 121-123
- ⁶ Humberto Mendoza, Maria Jesús Martín, Angel Garcia e tal. Hospital at home care model as an alternative in management of decompensated heart failure. *E J Heart Failure* 2009; 11: 1208-1213.
- ⁷ Bruce Leff, Lynda Burton, Scott Mader et al. Satisfaction with hospital at home. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54: 1355-1363
- ⁸ Bruce Leff, Lynda Burton, Scott Mader et al. Comparison of stress experienced by family members of patients treated in hospital at home with that of those receiving traditional acute hospital care. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56: 117 123
- ⁹ Jill A. Marsteller, Lynda Burton, Scott Mader. Health care provider evaluation of a substitutive model of hospital at home. *Med Care* 2009; 47: 979-985
- ¹⁰ Kevin D. Frick, Lynda Burton, Rebecca Clarck et al. Substitutive hospital at home for older person: effects on costs. *Am J Manag Care.* 2009; 15(1): 49- 56
- ¹¹ Gideon A Caplan e al. A meta-analysis of hospital in the home. *MJA* 2012; 197: 512-519 doi: 10.5694/mja12.10480
- ¹² Jane Varney, Tracey J. Weiland et al. Efficacy of hospital in the home services providing care for patients admitted from emergency departments: an integrative review. *Int J Evid Based Healthc* 2014; 12:128-141
- ¹³ R.A Seaton, D.A Barr. Outpatient parenteral antibiotic therapy: principles and practice. *EJIM* 24(2013) 617- 623.
- ¹⁴ Alan D. Tice, Susan J. Rehm, Joseph R. Dalovisio, et al. Practice Guidelines for Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy. *CID* 2004;38(15June).
- ¹⁵ V.J. Gonzalez-Ramallo, M.Miro- Rubio et al. Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by hospital at home units in Spain. *Int J Antimicrob Agents.* 2017 Jul;50(1):114-118.



- 16 Chapman AL1, Dixon S, Andrews D, Lillie PJ, Bazaz R, Patchett JD. Clinical efficacy and cost-effectiveness of outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT): a UK perspective. *Antimicrob Chemother.* 2009 Dec;64(6):1316-24.
- 17 Hernandez C, Casas A, Escarrabil J, Alonso J, Puig-Junoy J, Farrero E, et al. Hospital at home for patients with acute exacerbations of COPD. *Eur Respir J* 2003.
- 18 Manuel Mirón Rubio, Abel Mujal Martinez et al. Effectiveness and safety of outpatient parenteral antimicrobial therapy in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Clin Pract.* 2017;e13022. doi.org/10.1111/ijcp.13022
- 19 Vitória Cunha, Maria Conceição Escarigo, João Correia. Hospitalização Domiciliária: Balanço de Um Ano da Primeira Unidade Portuguesa. *Revista. SPMI- DOI: 1024950/rspmi/0112/17/2017.*
- 20 Francisca Delerue, João Correia: Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. <http://revista.spmi.pt> – DOI: 10.24950/rspmi/Op/1/2018.
- 21 Sanroma Mendizábal, P. San Pedro Garcia, I. Gonzalez Fernández, CR, Baños Canales MT *Libro de la SEHAD. Hopsitalización a Domicilio: Recomendaciones Clínicas y Procedimientos 2011.*
- 22 Norma da Direção Geral de Saude (DGS) nº 017/ 2011. Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt).
- 23 Maria José Martins da Costa-Dias, et al: Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 2 - 2014.*
- 24 MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. W. — Functional evaluation : the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal.* 14 (1965):61-65.
- 25 Avaliação Geriátrica: Recomendação do Nucleo de Estudo da Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI)-www.SPMI.pt
- 26 Orientação N.º 15/2010 de 15/12/2010, sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa;
- 27 Circular Informativa N.º 09/DSCS/DPCD/DSQC de 24/03/2008, sobre utilização de medicamentos opióides fortes na dor não oncológica;
- 28 Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008, sobre o Programa Nacional de Controlo da Dor;
- 29 Circular Normativa N.º 09/DGCG de 14/06/2003, sobre a dor como 5.º sinal vital – registo sistemático da dor.
- 30 Harboun M, AnKri J. Comorbidity indexes: Review of the literature and application to elderly population. *Rev.Epidemiol Sante Publiq.* 2001/ Jun; 49 (3):287-98
- 31 Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *QJM.* 2001 Oct;94(10):521-6.
- 32 Gardner-Thorpe J, Love N, Wrightson J, Walsh S, Keeling N. The Value of Modified Early Warning Score (MEWS) in surgical in-patients: a prospective observational study. *Ann R Coll Surg Engl.* 2006;88(6):571-575.
- 33 Kondrup J. *et al.* ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition.* 2003; 22(4): 415-421.



- ³⁴ Kondrup J. *et al.* Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr.* 2003 Jun;22(3):321-36.



ANEXOS

ANEXO I - LISTA DE VERIFICAÇÃO NA ADMISSÃO

Verificação pela equipa:

1. Critérios de inclusão

- a) Voluntariedade do doente e cuidador
- b) Critérios sociais
- c) Critérios clínicos
- d) Critérios geográficos
- e) Exequibilidade do tratamento

2. Consentimento informado de acordo com o Despacho 9323-A/2018

3. Entrega da documentação

- a) Folha terapêutica
- b) Folha de registo de parâmetros vitais e/ou telemonitorização
- c) Folha com informações gerais/guia de acolhimento
- d) Folha de contacto da equipa
- e) Informação clínica sumária
- f) Avaliação inicial de enfermagem
- g) Prescrição de cuidados respiratórios domiciliários, se indicado (oxigenoterapia e aparelhos de aerossol, câmara expansora, etc)

4. Regime terapêutico

- a) *Kit* de medicação individual para 24h
- b) Primeira dose da medicação IV administrada
- c) Ensino/instrução ao utente e /ou cuidador principal sobre os tratamentos
- d) Para os doentes com necessidade de cuidados respiratórios, garantir que quando se realiza a transferência do doente para casa, os equipamentos de cuidados respiratórios já se encontram no domicílio;
- e) Existência de horas de cuidados de enfermagem adequados ao número total de visitas/dia programadas face ao número de utentes internados.



5. Ordem de admissão /transferência em sistema eletrónico
6. Gestão de transporte de ambulância (meios próprios com assinatura de responsabilização).

ANEXO II - Consentimento Informado da Hospitalização Domiciliária (de acordo com o Despacho 9323-A/2018)

ANEXO II- Despacho n.º 9323-A/2018, de 3 outubro

26900-(2)

Diário da República, 2.ª série—N.º 191—3 de outubro de 2018



PARTE C

SAÚDE

Gabinete da Secretária de Estado da Saúde

Despacho n.º 9323-A/2018

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabeleceu como medidas prioritárias melhorar a governação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), obtendo mais e melhores resultados a partir dos recursos disponíveis e melhorando a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados aos cidadãos.

O programa do XXI Governo Constitucional estabelece ainda como prioridade a redução das desigualdades no acesso à prestação de cuidados de saúde em Portugal, assim como a alteração do paradigma da oferta desses cuidados no SNS, reorganizando o sistema em torno do cidadão, das suas necessidades e das suas expectativas, promovendo a acessibilidade, a celeridade, a equidade, a proximidade e a humanização dos serviços, sem perder de vista a qualidade, a viabilidade e a sustentabilidade deste serviço público.

Estes objetivos e prioridades estratégicas passam pela modernização do SNS, de forma a promover a melhoria da articulação e da integração de cuidados, e a colocar as pessoas e os seus percursos de vida no centro das prioridades das Políticas Públicas de Saúde.

Esta modernização do SNS tem vindo a ser impulsionada pelo movimento de construção de um “SNS + Proximidade”, mais moderno, mais próximo, mais centrado nas pessoas, mais qualificado e com maior capacidade de resolução das situações de doença ao longo da vida.

Um dos objetivos deste processo de modernização do SNS passa por estimular o “cuidar em casa”, numa perspetiva multidisciplinar e de continuidade, incluindo não só os cuidados de saúde, como também o apoio aos cuidados pessoais e a articulação com as respostas da comunidade.

O cuidar em casa deslocaliza a prestação dos cuidados das instituições para o domicílio, conduzindo assim a uma redefinição dos processos de cuidados e a uma estreita colaboração entre os vários intervenientes, desde os cuidados de saúde primários, aos hospitais e à rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), designadamente através das unidades de saúde familiar (USF), das unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), das unidades de cuidados na comunidade (UCC), da hospitalização domiciliária, das equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) da RNCCI, das respostas de serviço social e de outros agentes da comunidade.

A hospitalização domiciliária, enquanto modelo de prestação de cuidados em casa, afigura-se como uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência contínua e coordenada aos cidadãos que, requerendo admissão hospitalar para internamento, cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituam uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, com a concordância do cidadão e da família.

Este modelo distingue-se das respostas de saúde e de apoio social no domicílio já implementadas no SNS, na medida em que incide sobre a fase aguda da doença e/ou de agudização da doença crónica.

Apesar de se tratar de uma prática recente em Portugal, já desenvolvida, por exemplo, no Hospital Garcia de Orta, E. P. E. em Almada, a experiência internacional tem demonstrado várias vantagens da hospitalização domiciliária, designadamente a redução do risco de complicações, nomeadamente quedas, úlceras de pressão, desorientação ou confusão, a diminuição dos reinternamentos hospitalares e a redução da taxa de infeção hospitalar.

A hospitalização domiciliária tem ainda 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.

O cuidar em casa, incluindo a hospitalização domiciliária, favorece ainda uma maior humanização dos cuidados e estimula a participação ativa das famílias e de outros cuidadores, capacitando-os através do ensino personalizado em função das necessidades e dos recursos individuais, no contexto de vida de cada pessoa.

A importância da hospitalização domiciliária tem vindo a ser reconhecida pelo Ministério da Saúde e o seu desenvolvimento apoiado, quer seja

através da introdução de modalidades de pagamento e de contratualização que incentivem o desenvolvimento destas respostas, quer seja através da alocação de incentivos financeiros por via do programa de incentivos à integração de cuidados e à valorização do percurso do utente no SNS para o biénio 2017/2018, que permitiu financiar diversos projetos de hospitalização domiciliária no país.

Assim, ao abrigo do disposto nos artigos 4.º, 5.º e 6.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, determino o seguinte:

1 — Todas as entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que tiveram financiamento para constituição de Unidades de Hospitalização Domiciliária, no âmbito do programa de incentivos à integração de cuidados e à valorização do percurso do utente no SNS, devem assegurar que a respetiva atividade assistencial se inicia até 31 de março de 2019.

2 — As Administrações Regionais de Saúde (ARS) devem apresentar a este Gabinete, até 31 de dezembro de 2018, um plano de alargamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária nas restantes entidades hospitalares do SNS, a executar até 30 de junho de 2019.

3 — As Unidades de Hospitalização Domiciliária do SNS devem seguir o modelo de regulamento anexo ao presente despacho, do qual faz parte integrante, sem prejuízo das necessárias adaptações às realidades locais, assegurando assim a harmonização das práticas e dos modelos de prestação de cuidados nas entidades hospitalares do SNS.

4 — As Unidades de Hospitalização Domiciliária do SNS podem constituir-se como Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), nos termos da legislação aplicável, observando, no que esta for omissa, o disposto no regulamento referido no número anterior.

5 — A DGS deve publicar, até 30 de novembro de 2018 uma Norma de Orientação Clínica (NOC) que defina, de acordo com a literatura internacional, a lista de patologias tipicamente elegíveis e os critérios gerais de inclusão e exclusão para este tipo de internamento domiciliário, sem prejuízo da adaptação à realidade concreta de cada instituição e às necessidades locais da população.

6 — A presente estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS será acompanhada pelo meu Gabinete, nos termos previstos no Despacho n.º 8307/2018, de 7 de setembro de 2018.

O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

27 de setembro de 2018. — A Secretária de Estado da Saúde, *Rosa Augusta Valente de Matos Zorrinho*.

ANEXO

(a que se refere o n.º 3 do Despacho n.º 9323-A/2018)

Modelo de Deliberação de criação e de Regulamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária

Deliberação n.º NN/CA/AAAA

1 — O conselho de administração do(a)...., delibera, ao abrigo do n.º... do Despacho n.º.../2018, publicado no *Diário da República* n.º... , 2.ª série, de... de... de..., criar a Unidade de Hospitalização Domiciliária do(a)...., [ou, se aplicável, criar o Centro de Responsabilidade Integrada (CRI), nos termos previstos no artigo 23.º, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro].

2 — A Unidade prevista (ou, se aplicável, o CRI previsto) no número anterior rege-se pelos princípios e regras de organização e funcionamento, bem como pelos critérios de acesso e de integração dos doentes, previstos no seu Regulamento, que constitui o anexo à presente deliberação e dela faz parte integrante (ou, se aplicável, rege-se pelos princípios e regras de organização e funcionamento estabelecidos para os CRI e, no que estes forem omissos, pelos princípios e regras de organização e funcionamento, bem como pelos critérios de acesso e de integração dos doentes, previstos no Regulamento, que constitui o anexo à presente deliberação e dela faz parte integrante).

Local e data,
O Conselho de Administração do(a)...

ANEXO

(a que se refere o n.º 2 da Deliberação n.º NN/CA/AAAA, de... de...)

Regulamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária**Artigo 1.º****Objeto e âmbito**

1 — O presente regulamento define a organização e funcionamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do Hospital/Centro Hospitalar/ULS _____, bem como assegura os critérios de acesso e de integração dos doentes nesta resposta do Hospital/Centro Hospitalar/ULS.

2 — A transferência de doentes para a UHD está aberta a todos os doentes inscritos no ACES de _____, com residência nestes concelhos, dependendo da sua aferição do número de vagas e do cumprimento de critérios clínicos e sociais definidos em Norma de Orientação Clínica (NOC) pela Direção-Geral da Saúde (DGS), sem prejuízo da adaptação à realidade concreta de cada instituição e às necessidades de saúde da população servida.

3 — Em situações excecionais, a UHD pode receber doentes que residam fora dos concelhos referidos no número anterior, desde que os seus familiares e/ou cuidadores assegurem a proximidade e a continuidade dos cuidados.

4 — O presente regulamento aprova o modelo de declaração de consentimento informado a subscrever pelos doentes a integrar na UHD.

Artigo 2.º**Conceitos**

Para efeitos do presente regulamento entende-se por:

- a) «Unidade de Hospitalização Domiciliária» (UHD), a unidade específica de tratamento de doentes que voluntariamente aderiram à hospitalização domiciliária, nos termos e condições do presente Regulamento;
- b) «Cuidados de hospitalização domiciliária», os cuidados ativos, coordenados pela UHD, e prestados por unidades e equipas específicas, no domicílio, a doentes referenciados para o efeito, livre e conscientemente, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida;
- c) «Continuidade dos cuidados», a sequencialidade dos cuidados, no tempo e nos serviços;
- d) «Familiar/es», a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou, em caso de menores ou pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o doente;
- e) «Cuidador/es», a pessoa ou pessoas designadas pelo doente, ou seu representante legal, que, sendo familiar direto ou não, assegura a articulação entre o doente e a UHD;
- f) «Multidisciplinaridade», a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais;
- g) «Interdisciplinaridade», a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;
- h) «Domicílio», a residência onde habitualmente reside a pessoa que necessita de cuidados prestados pela UHD;
- i) «Consentimento informado», a autorização livre e esclarecida prestada pelo doente, antes da integração na UHD, bem como antes da submissão a determinado ato em saúde, ou a qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, pressupondo uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, à razão e ao resultado esperado da intervenção consentida, bem como à respetiva responsabilidade.

Artigo 3.º**Princípios**

Os cuidados prestados pela UHD regem-se pelos seguintes princípios:

- a) Afirmção da vida e do valor intrínseco de cada pessoa;
- b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados aos doentes que voluntariamente aderiram a este tipo de cuidados;
- d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;
- e) Conhecimento diferenciado da patologia e dos demais sintomas;
- f) Consideração pelas necessidades individuais dos doentes;
- g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;

- h) Manutenção dos cuidados ao longo da doença;
- i) Garantia da continuidade de cuidados entre os cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários, cuidados continuados, incluindo cuidados da comunidade.

Artigo 4.º**Direitos dos doentes**

1 — Os doentes integrados na UHD têm direito a:

- a) Receber cuidados no âmbito da UHD adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa;
- b) Fazer-se acompanhar, por familiar e/ou cuidador, nos termos da lei;
- c) Ser informado sobre o seu estado clínico, se for essa a sua vontade;
- d) Participar nas decisões sobre os cuidados que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos;
- e) Ver garantidas a sua privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais;
- f) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento e/ou domiciliação;
- g) Continuidade dos cuidados e articulação entre prestadores.

2 — Os doentes juridicamente incapazes ou inabilitados não podem tomar, sozinhos, decisões relativas aos cuidados na UHD, sem prejuízo de, podendo expressar a sua vontade, esta poder ser considerada pela equipa.

Artigo 5.º**Direitos da família e/ou cuidador**

A família e/ou cuidadores e/ou representantes legais dos doentes têm direito a:

- a) Participar na escolha e decisão do acesso à UHD;
- b) Receber informação sobre o estado clínico do doente se for essa a vontade do mesmo;
- c) Participar nas decisões sobre os cuidados de saúde a prestar pela UHD;
- d) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de funcionamento da UHD.

Artigo 6.º**Deveres**

1 — O doente, ou o seu representante legal, familiar e/ou cuidador tem o dever de:

- a) Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de diagnóstico correto e tratamento adequado;
- b) Respeitar os direitos dos outros doentes;
- c) Colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são dadas e livremente aceites;
- d) Respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde com vista à garantia do bem comum;
- e) Utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários.

2 — Os familiares e/ou cuidadores têm o dever de colaborar com a UHD, tendo em conta o melhor interesse do doente e a eficiência dos cuidados prestados.

Artigo 7.º**Competências da UHD**

São competências da UHD, no seu âmbito de referência:

- a) Proceder à inclusão, admissão ou readmissão dos doentes no âmbito da UHD, bem como à sua exclusão;
- b) Definir e concretizar, em relação a cada doente, um plano individual de cuidados;
- c) Articular-se com as demais áreas e serviços assistenciais do Hospital/Centro Hospitalar/ULS na execução do plano de cuidados referido na alínea anterior;
- d) Articular com os outros prestadores de cuidados na sua área de influência, garantindo a continuidade dos cuidados.

Artigo 8.º**Modelo de prestação de cuidados**

1 — O modelo de prestação de cuidados adotado pela UHD assenta na prestação de cuidados no domicílio, durante a fase aguda da doença,

26900-(4)

Diário da República, 2.ª série—N.º 191—3 de outubro de 2018

na sequência de um episódio de internamento hospitalar nos serviços médicos ou cirúrgicos, da admissão através do serviço de urgência, do hospital de dia ou de consulta externa, podendo ainda existir referência direta a partir dos cuidados de saúde primários ou do cuidados continuados integrados.

2 — Para efeitos da aplicação do modelo referido no número anterior, a lotação mínima da UHD é fixada em 15 camas, salvo as devidas exceções, devidamente justificadas em função do perfil assistencial e da dimensão do(a) Hospital/Centro Hospitalar/ULS, e aprovadas pelo conselho de administração da instituição.

Artigo 9.º

Referenciação de doentes

1 — A UHD dá resposta a todos os serviços do(a) Hospital/Centro Hospitalar/ULS com exceção das situações dos doentes que, em função da lei e da *legis artis*, não sejam compatíveis com a referenciação.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, os serviços têm de conhecer os critérios de referenciação, efetuando um pedido através dos sistemas de informação em uso no hospital.

3 — Após a emissão do pedido, a equipa de UHD visita o doente em causa, devendo estar presente o médico assistente que propôs a transferência para o domicílio, para discussão clínica, objetivos e plano terapêutico.

4 — A referenciação de e para outros níveis de cuidados, nomeadamente cuidados de saúde primários, cuidados continuados ou comunitários, deve observar as normas em vigor.

Artigo 10.º

Plano de comunicação

É da responsabilidade do(a) Hospital/Centro Hospitalar/ULS desenhar um plano de comunicação interno e externo que permita criar e implementar uma estratégia de divulgação que integre a atividade da UHD na organização atual do Hospital, dando-a também a conhecer, designadamente quanto aos critérios de referenciação, aos outros níveis da prestação de cuidados de saúde e a outras estruturas da Sociedade, assim como à população em geral.

Artigo 11.º

Admissão e transferência para a UHD

1 — Compete à UHD detalhar os critérios específicos de admissão de doentes na UHD, com base na NOC definida pela DGS, ouvidas as Ordens Profissionais.

2 — Sempre que se justificar, a UHD deve realizar uma avaliação prévia do domicílio onde serão prestados os cuidados de saúde, no sentido de aferir se o mesmo reúne as condições adequadas para garantir a viabilidade e a qualidade desses cuidados de saúde.

Artigo 12.º

Consentimento informado

O doente, assim como o seu familiar ou cuidador, têm de dar o seu consentimento livre e esclarecido quanto à integração na UHD e à execução do plano terapêutico com recurso ao internamento domiciliário, nos termos do documento que consta do Anexo a este Regulamento.

Artigo 13.º

Visitas e seguimento na UHD

1 — O número e o tipo de visitas clínicas a efetuar pelos elementos da UHD ao domicílio dos doentes são definidos em reunião clínica diária da equipa da UHD, considerando as necessidades concretas de cada doente.

2 — As visitas podem ser do tipo singular ou do tipo multidisciplinar e/ou interdisciplinar.

Artigo 14.º

Articulação com as respostas hospitalares

1 — A articulação com as restantes respostas hospitalares, nomeadamente consultoria e/ou consultas de especialidade, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), internamento convencional, equipa de gestão de altas, ou equipas intra-hospitalares de suporte em

cuidados paliativos, é assegurada através de mecanismos de articulação predefinidos na instituição, no sentido de maximizar a eficiência na utilização de recursos e garantir os cuidados mais adequados em cada momento.

2 — Em nenhuma circunstância poderá o doente ser prejudicado pelo facto de se encontrar internado no domicílio, pelo que o acesso às outras especialidades é igualmente garantido numa perspetiva da interdependência e complementaridade.

3 — De igual modo, em caso de necessidade de internamento convencional, os doentes que se encontrem em hospitalização domiciliária podem ser admitidos no hospital, tratando-se de uma transferência de serviço.

Artigo 15.º

Articulação com as respostas extra-hospitalares

1 — A UHD privilegia uma estreita colaboração com os outros níveis de cuidados e respostas da comunidade, na procura da melhor solução para o bem-estar e saúde do utente.

2 — Sempre que a intensidade e os procedimentos clínicos/terapêuticos e de cuidados se atenuarem e se perceberem poderem ser realizados pelos outros níveis de cuidados, a UHD abrevia o tempo de internamento e assegura a passagem de responsabilidade.

3 — A UHD deve potenciar a utilização de ferramentas de TeleSaúde, nomeadamente de Telemonitorização, para acompanhamento dos doentes em proximidade.

Artigo 16.º

Processo e protocolos clínicos

1 — O processo clínico em uso na UHD é constituído por:

a) Processo individual eletrónico, baseado nos sistemas de informação em uso no hospital, de acesso rápido a profissionais clínicos do hospital e da UHD, para registos clínicos, procedimentos terapêuticos, prescrição de MCDT e nota de alta;

b) O processo clínico deve conter ainda os critérios gerais e especificadas de admissão, o consentimento informado do doente e uma lista de verificação das condições de transferência para o domicílio.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, o seguimento e tratamento na UHD serão orientados de acordo com protocolos clínicos específicos para as diferentes patologias, assentes nos consensos dos profissionais envolvidos no processo de cuidados, baseados em evidência científica e/ou *guidelines*.

Artigo 17.º

Fármacos

1 — O funcionamento da UHD implica o acesso, disponibilização e dispensa dos medicamentos, em harmonia com a *legis artis*.

2 — O doente hospitalizado no domicílio acede aos medicamentos nos exatos termos em que acederia se internado no estabelecimento hospitalar.

Artigo 18.º

Horário de funcionamento e transporte

1 — A UHD funciona 24 horas/7 dias por semana nos 365 dias do ano, com apoio médico e de enfermagem em permanência/prevenção à noite.

2 — As emergências/urgências durante a noite (das 24h às 8h) são deferidas para o serviço de urgência, com ou sem a participação do INEM, mediante indicação do médico da UHD.

3 — O transporte do doente hospitalizado no domicílio observa as mesmas regras do transporte aplicável às unidades hospitalares do SNS, nomeadamente em termos de responsabilidades financeiras que competem ao hospital em que o doente se encontra a receber cuidados de saúde.

Artigo 19.º

Monitorização e avaliação

1 — O processo de monitorização e avaliação do desempenho da UHD é efetuado pelo conselho de administração da entidade do SNS, com base num conjunto de indicadores que permitam acompanhar e analisar comparativamente os resultados em termos de qualidade e de desempenho assistencial, com impacto não só ao nível dos cuidados

agudos, mas também ao nível da integração e continuidade dos cuidados, nomeadamente:

- a) Tempo médio de internamento na UHD;
- b) Taxas de reinternamento na UHD (até 30 dias, até 3 meses e até 6 meses);
- c) Taxa de readmissão ao hospital (precoce ou < 72 horas e tardia ou > 72 horas);
- d) Taxa de mortalidade (esperada, depois da readmissão ao serviço de origem ou ao Serviço de Urgência);
- e) Aplicação de inquérito de qualidade aos utentes/familiares;
- f) Outros indicadores que vierem a ser considerados necessários para a avaliação do desempenho e garantia da qualidade dos cuidados prestados na UHD.

2 — O disposto no número anterior será alvo de modelos e processos de auditoria próprios, da responsabilidade do conselho de administração.

Artigo 20.º

Coordenação técnica e funcional

1 — A coordenação técnica e funcional da UHD é assegurada por um médico coordenador e um enfermeiro em função de chefia.

2 — Nas ausências e impedimentos dos profissionais referidos no número anterior, os mesmos serão substituídos por outros profissionais afetos à UHD, com categoria, experiência e perfil adequados, informando os respetivos diretores de serviço.

Artigo 21.º

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos da UHD é definida pelo conselho de administração, de entre os padrões de qualidade conexos.

2 — A UHD é composta por equipas multidisciplinares e interdisciplinares, utilizando recursos humanos do Hospital/Centro Hospitalar/ULS.

3 — A composição das equipas é variável em função das necessidades do doente.

Artigo 22.º

Financiamento

O financiamento dos cuidados prestados na UHD é da responsabilidade do Hospital/Centro Hospitalar/ULS, de acordo com os termos definidos no seu contrato-programa.

Artigo 23.º

Centro de custos

O Hospital/Centro Hospitalar/ULS deve criar um centro de custos específico para a UHD, de modo a possibilitar a avaliação do custo-benefício desta resposta e a realização de *benchmark* com outras experiências nacionais e internacionais.

Artigo 24.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor após a homologação, pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de _____, da Deliberação do Conselho de Administração que o aprovou.

ANEXO

(a que se refere o artigo 12.º do Regulamento)

Consentimento Informado da Unidade de Hospitalização Domiciliária

_____, _____ (estado civil), natural da freguesia de _____, concelho _____, residente na (rua, avenida, praça, etc) _____, _____, encontrando-se internado no(a) (Hospital/Centro Hospitalar/ULS) _____, declara ter sido informado:

- a) Do seu diagnóstico e ter-lhe sido proposto pelo Médico _____ um plano terapêutico com recurso ao internamento domiciliário;
- b) De que o referido internamento é feito sob responsabilidade do(a) (Hospital/Centro Hospitalar/ULS) _____ e dos profissionais afetos a essa atividade e implica vigilância clínica da Unidade de Hospitalização Domiciliária, com periodicidade previamente definida e adequada à sua situação clínica;
- c) Dos pressupostos do mesmo internamento e da eficácia e segurança do tratamento domiciliário para a sua situação clínica;
- d) De que o(a) (Hospital/Centro Hospitalar/ULS) _____ lhe faculta no domicílio o acesso a todos os meios materiais e humanos, incluindo equipamentos, medicamentos, dispositivos médicos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, adequados à sua situação clínica;
- e) Dos possíveis, embora não esperados, riscos do seu internamento domiciliário, que são os seguintes _____;
- f) De que lhe é garantida a imediata readmissão no(a) (Hospital/Centro Hospitalar/ULS) _____, caso disso necessite ou caso o deseje;
- g) Da faculdade que lhe assiste de revogação deste consentimento a todo o tempo;
- h) De que não existe outra informação relevante para a formação da sua vontade livre e esclarecida que lhe tenha sido omitida pelo médico proponente.

Pelo que, de modo livre e esclarecido, presta o seu consentimento à sua hospitalização no seu domicílio.

A referida informação e proposta foi feita na presença do familiar/do cuidador do declarante, Sr(a) _____, que igualmente concordou com a proposta de internamento domiciliário e igualmente subscreve a presente declaração.

Local e data _____

O Declarante

_____ (acrescentar os elementos do documento de identificação)

O Familiar/Cuidador

_____ (acrescentar os elementos do documento de identificação)

O profissional de saúde

_____ (acrescentar os elementos da cédula profissional)

311685728

ANEXO III - Acordão de 2015-12-16 (Processo n.º 1490/09.1TAPTM.L1-3)



TERÇA-FEIRA, 20 DE JULHO DE 2021



Ajude-
nos a
melhorar

Sugestão

Acordão de 2015-12-16 (Processo n.º 1490/09.1TAPTM.L1-3)

Emissor: Tribunal da Relação de Lisboa

Tipo: Acordão

Data de Publicação: 2015-12-16

Processo: 1490/09.1TAPTM.L1-3

Fonte Direito: JURISPRUDENCIA

Relator: RUI GONÇALVES

Descritores: LEGES ARTIS; LESÃO; MENISCO; PARALISAÇÃO DOS MEMBROS; HEMATOMA EPIDURAL; JUÍZO DE EXIGIBILIDADE SOCIAL; OMISSÃO DO DEVER DE CUIDADO; OFENSA À INTEGRIDADE FÍSICA GRAVE

SUMÁRIO:

I—O ato médico é constituído pela atividade médica de diagnóstico, prognóstico e prescrição, e execução de medidas terapêuticas, relativa à saúde das pessoas, grupos ou comunidades, em conformidade com a Ética e a Deontologia Médicas.

II—O pós-operatório é fundamental para se definir a eventual responsabilidade do médico por eventos danosos. Não se podendo olvidar que o período posterior à cirurgia, onde o paciente está fragilizado, é fundamental para a sua recuperação.

III—Nos tempos que correm o ato médico, deixou de ser indivisível, e passa a ser composto por uma série de intervenções complementares efetuadas por pessoal médico capaz de analisar e avaliar uma série de dados cada vez mais precisos sobre o paciente, e a atividade médica é desenvolvida, na sua maioria, no âmbito de uma equipa de saúde.

IV—O médico enquanto profissional de saúde no exercício da sua atividade labuta com os bens jurídicos mais relevantes do nosso ordenamento jurídico, sendo eles, a vida e a integridade física do paciente.

V—O conceito de *leges artis* pode ser delineado como sendo um conjunto de regras científicas e técnicas e princípios profissionais que o médico tem a obrigação de conhecer e utilizar tendo em conta o estado da ciência e o estado concreto do doente. Trata-se de um critério valorativo de um ato clínico praticado por um médico.

VI—Estes princípios profissionais e complexo de regras, adotados genericamente pela ciência médica, num determinado momento histórico, para casos semelhantes, ajustáveis à concreta situação individual, resultam de normas de orientação clínica, do Código Deontológico, de pareceres de comissões de ética, de protocolos, guidelines, livros e revistas especializadas.

VII—Estando preenchidos todos estes requisitos aquando da intervenção do médico, ela não pode ser considerada um crime contra a integridade física ou contra a vida do doente, uma vez que o médico atuou de acordo com os conhecimentos técnicos e científicos, fazendo tudo o que estava ao seu alcance para tentar minorar a dor ou salvar o doente, indicando o tratamento considerado idóneo para a situação, ainda que, contudo, não obtenha sucesso.

VIII—O erro é uma das causas mais relevantes de lesão física na atividade médica. O erro resulta na sua imensa maioria, não de um ato isolado, mas de uma sucessão de incidentes, tornando-se essencial saber quem errou, onde errou, como errou e qual o resultado que esse erro produziu na vida do doente.

IX—O erro de conhecimento ocorre quando o médico se apercebe de que surgiu um problema e que os métodos existentes para o solucionar não se afiguram capazes de uma resposta imediata. Urge então, encontrar uma nova solução, um novo método, capaz de dar uma resposta em tempo útil ao problema detetado, o que não sucede de forma satisfatória.

X—O médico atua com o cuidado que é esperado quando se conforma com o critério médio e padronizado de cuidado, mas a sua falta de conhecimentos ou capacidades pode permitir excluir a culpa, uma vez que somente se lhe pode exigir aquilo que de acordo com os seus conhecimentos pode realizar, tendo em conta as circunstâncias.

XI—Se o médico possui capacidades ou conhecimentos especiais superiores à média, terá de atuar com um cuidado acrescido, tendo em conta os conhecimentos que devia usar e não o fez. Quando não faz uso das faculdades que possui, integrará o tipo de ilícito negligente.