

# NORMA

NÚMERO: 020/2018

DATA: 20/12/2018

---

ASSUNTO: Hospitalização Domiciliária em idade adulta

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização Domiciliária, Terapêutica, Monitorização, Equipa de Saúde, referênciação, 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](mailto: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;

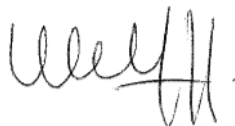
- c) Doente com ideação suicida, agitação psicomotora e/ou psicose aguda e doenças com risco epidemiológico;
  - d) Incapacidade mental do doente e do cuidador/familiar que condicione a compreensão dos cuidados necessários e os tratamentos prescritos;
  - e) Incapacidade física/emocional que impeça, 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: <sup>(6, 11- 18, 21)</sup>
- 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 terapêuticas possíveis de realizar em HD são: <sup>(21)</sup>
- 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 encontre;
  - 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:



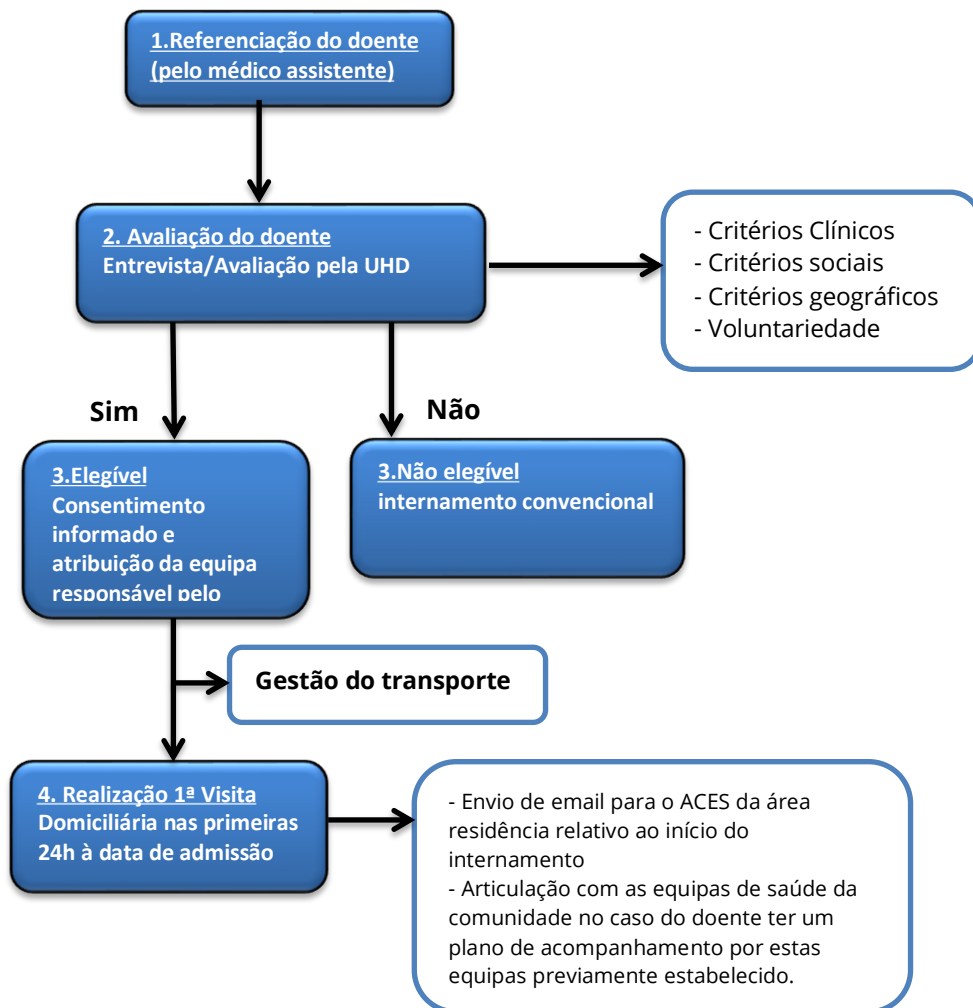
12. O transporte e acondicionamento de medicamentos e materiais de consumo clínico em HD deve obedecer aos seguintes requisitos:
- Garantir a manutenção das características dos medicamentos até ao final do seu prazo de validade com monitorização e registo de todas as condições.
  - Devem ser feitos de 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 sedeadada, 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.

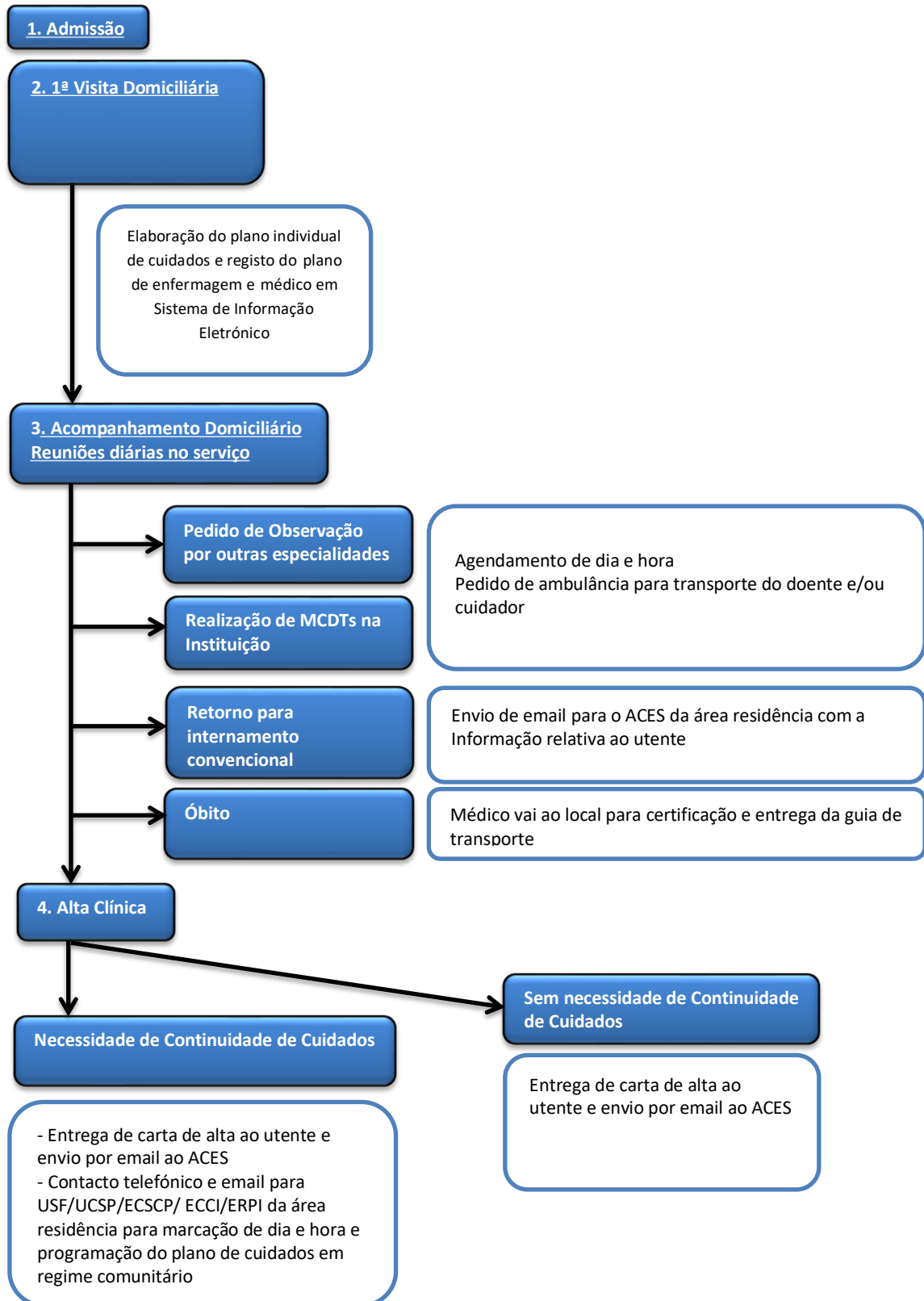


Graça Freitas  
Diretora-Geral da Saúde

## 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; <sup>(1, 2)</sup>
- 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;<sup>(3,4, 7-10)</sup>
- 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. <sup>(2)</sup>

## 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:		
<b>1: COMPETÊNCIAS da HD</b>				
	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				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
<b>2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO, PERFÍL DE DOENTES E PATOLOGIAS</b>				
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)				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
<b>3. PROCEDIMENTO DE ADMISSÃO E GESTÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL</b>				
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>EVIDÊNCIA/FONTE</b>
Existe evidência de Processo individual eletrónico				
Existe evidência de registo das avaliações de admissão				
Existe evidência da existência de um processo clínico em suporte de papel				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
<b>4. TRANSPORTE E ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS</b>				
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>EVIDÊNCIA/FONTE</b>
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.				
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>	%			
<b>5. CONTROLO DE INFEÇÃO E GESTÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES</b>				
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>EVIDÊNCIA/FONTE</b>
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 visita domiciliária				

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

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 <sup>(2,3, 21)</sup>
- 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 <sup>(2,3, 21)</sup>
- 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; <sup>(19, 20)</sup>
- 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. <sup>(7,8,11,12)</sup>
- 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. <sup>(6,12,15,17)</sup>
- 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:

- <sup>1</sup> Leff B, Montalto M. Home hospital: toward a tighter definition. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52 (12): 2141.
- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> J. Escarrabill. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Primaria* 2002. 30 de septiembre. 30 (5):304-309
- <sup>4</sup> 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
- <sup>5</sup> 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
- <sup>6</sup> 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.
- <sup>7</sup> Bruce Leff, Lynda Burton, Scott Mader et al. Satisfaction with hospital at home. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54: 1355-1363
- <sup>8</sup> 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
- <sup>9</sup> 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
- <sup>10</sup> 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
- <sup>11</sup> Gideon A Caplan e al. A meta-analysis of hospital in the home. *MJA* 2012; 197: 512-519 doi: 10.5694/mja12.10480
- <sup>12</sup> 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
- <sup>13</sup> R.A Seaton, D.A Barr. Outpatient parenteral antibiotic therapy: principles and practice. *EJIM* 24(2013) 617- 623.
- <sup>14</sup> Alan D. Tice, Susan J. Rehm, Joseph R. Dalovisio, et al. Practice Guidelines for Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy. *CID* 2004;38(15June).
- <sup>15</sup> V.J. Gonzalez-Ramallo, M.Miro- Rubio et at. 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/rspm/0112/17/2017.*
- 20 Francisca Delerue, João Correia: Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. <http://revista.spmi.pt> – DOI: 10.24950/rspm/Op/1/2018.
- 21 Sanroma Mendizábal, P. San Pedro Garcia, I. Gonzalez Fernández, CR, Baños Canales MT Libro de la SEHAD. Hospitalización a Domicilio: Recomendaciones Clínicas y Procedimientos 2011.
- 22 Norma da Direcção 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](http://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.

- <sup>34</sup> 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)**