

**DOCUMENTO DE CONSENSO DE PERITOS SOBRE O POSICIONAMENTO DA
HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA COMO ESTRATÉGIA INTEGRADA NO PLANO
NACIONAL DE PREPARAÇÃO E RESPOSTA PARA A DOENÇA POR CORONAVÍRUS
(COVID-19)**

Rita Nortadas¹, Pedro Correia Azevedo¹, Catarina Pereira², Vitória Cunha¹, Conceição Escarigo¹,
Daniela Mendes², Marta Monteiro², Fátima Valério³, Olga Gonçalves², Francisca Delerue¹

Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

1. Unidade de Hospitalização Domiciliária, Hospital Garcia de Orta 2. Unidade de Hospitalização Domiciliária, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho 3. Unidade de Hospitalização Domiciliária, Centro Hospitalar Médio Tejo

PREÂMBULO

Considerando a pandemia declarada pela Organização Mundial da Saúde e a rápida evolução e disseminação da infeção causada pelo agente Coronavírus SARS-CoV-2 no território nacional, o Núcleo de Estudo de Hospitalização Domiciliária (NEHospDom) da Sociedade Portuguesa Medicina Interna (SPMI) elaborou um documento de consenso onde se define o modelo de intervenção que as Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) devem adotar em articulação com as restantes entidades da saúde locais envolvidas, nomeadamente as Unidades de Saúde Pública.

CONSENSO

A Hospitalização Domiciliária (HD) existe em Portugal desde 2015 e está regulamentada pela Norma da Direção Geral da Saúde 020/2018. Consiste numa alternativa ao internamento convencional (*hospital at home* – um modelo particular de *home care*), destinada a doentes agudos ou crónicos agudizados que exijam cuidados de nível hospitalar e que cumpram critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem o internamento no domicílio. ^{1, 2, 3, 4}

A patologia infecciosa aguda, nomeadamente a infeção respiratória, está incluída no grupo de patologias consideradas elegíveis para internamento em HD, sendo um dos diagnósticos principais mais frequentes e representando 30% do total dos internamentos em HD. Nestes doentes está também contemplada a possibilidade de realização de oxigenoterapia domiciliária em casos de insuficiência respiratória tipo 1 ligeira. A identificação precoce do doente infetado em risco de progressão para doença grave e do doente com apresentação inicial grave permite uma orientação clínica específica, assim como a aplicação imediata de medidas de isolamento e controlo de infeção.

A infeção por Coronavírus SARS-CoV-2 tem um espectro clínico alargado podendo o indivíduo permanecer assintomático ao longo de todo o curso da doença, ou dar origem a um quadro respiratório que pode estender-se desde formas leves limitadas a tosse e febre, a situações graves de pneumonia intersticial, com evolução para ARDS (acute respiratory distress syndrome) e com compromisso multiorgânico funcional.⁵

Mesmo nas apresentações ligeiras, os doentes poderão apresentar descompensações da patologia de base e poderão necessitar de internamento.

O juízo clínico não deverá ser substituído pelas escalas de gravidade, no entanto, estas poderão ser úteis para uniformizar procedimentos ou em situações de dúvida.⁵

De acordo com a alínea c) do ponto 4 da Norma da Direção Geral da Saúde 020/2018, não são candidatos à admissão em HD (critério de exclusão) indivíduos portadores de doenças com risco epidemiológico, onde atualmente se enquadra a infeção por coronavírus SARS-CoV-2.¹

De acordo com a literatura divulgada, os doentes com infeção por Coronavírus SARS-CoV-2 (doentes-COVID) podem ser abordados da seguinte forma:

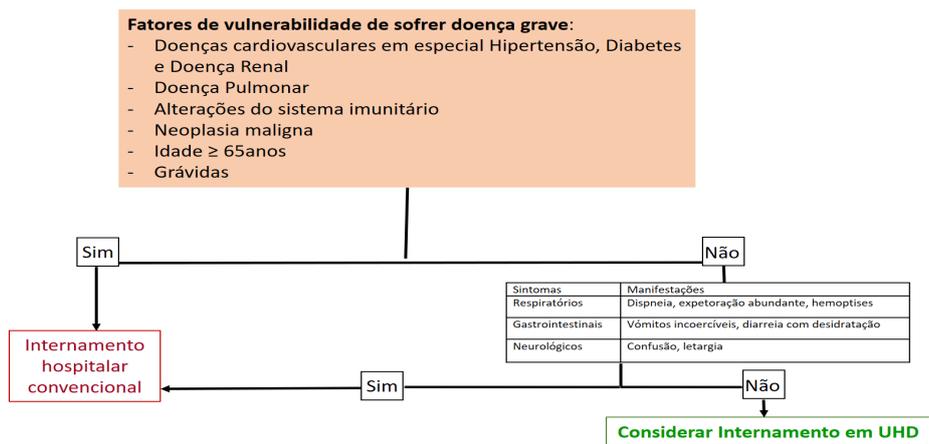


Figura 1 – Algoritmo de decisão para abordagem do doente com infeção a Coronavírus SARS-CoV-2

Assim, atendendo às necessidades que possam surgir como resposta a uma situação de pandemia:

FASE A:

1. As Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) devem conseguir reforçar a sua capacidade de internamento com o aumento do número de doentes a seu cargo, de forma a permitir absorver mais doentes sem infeção por Coronavírus SARS-CoV-2 (doentes NÃO-COVID) do internamento convencional e libertar camas no hospital para doentes-COVID . Devem, no entanto, ser respeitados os limites dos recursos humanos e materiais de cada unidade e reforçados de acordo com as exigências.
2. As equipas de HD devem, sempre que possível, fazer a admissão de presumíveis doentes NÃO-COVID em casa, evitando a sua deslocação ao hospital. Estes doentes poderão ser identificados pelos Centros de Saúde, Consultas Externas ou Hospitais de Dia, e serão doentes com necessidade de internamento e referenciados diretamente à UHD local. Se possível, deve ser criado um contacto direto para a equipa da UHD local e feita divulgação pelos meios oficiais junto dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACEs) e Unidades de Saúde Pública (USP) locais.

3. Nesta fase, ficam excluídos casos em investigação, casos prováveis ou confirmados de COVID-19, ainda que com sintomatologia ligeira.

FASE B:

1. As UHD devem trabalhar em conjunto com as equipas de PPCIRA e com as USP locais, no sentido de avaliar necessidades que possam surgir para as quais as equipas de HD possam ser um elo de ligação e de resposta importante. Neste contexto, devem mostrar-se disponíveis para colaborar inclusive além do que está definido pela Norma da DGS 020/2018, sempre que dentro dos limites de segurança delineados para doentes e profissionais. São exemplos disto, a colheita de material se o número de casos suspeitos for elevado, com necessidade de isolamento no domicílio e se considerar um risco a admissão hospitalar para esse efeito; vigilância de doentes até negativização de serologias; entre outros. Desta forma colaboramos com a prestação e cuidados no contexto do *home care* sugerido pela Organização Mundial de Saúde.
2. Nesta fase, podem ser admitidos doentes-COVID que estiveram internados no hospital e que já se encontram estáveis para internamento em casa, devendo ser mantidas as medidas de isolamento até à alta.
3. Em caso de necessidade, o médico de prevenção para os doentes internados em casa deve deslocar-se ao hospital fora do horário de trabalho habitual para admissão de doentes e libertação de um maior número de camas.
4. Podem ser suspensas outras atividades programadas da equipa médica / enfermagem / outros profissionais, de forma a realocar e otimizar recursos exclusivamente para o internamento em HD.

FASE C:

1. Caso se verifique aumento do número de doentes infetados e após esgotar a capacidade de internamento convencional do hospital para doentes – COVID, as UHD podem assumir o internamento e/ou vigilância no domicílio de casos

confirmados ou prováveis de COVID-19, se a equipa de PPCIRA e/ou Unidade de Saúde Pública local assim o entenderem. Devem, no entanto, estar asseguradas medidas de isolamento no domicílio – lavagem das mãos, etiqueta respiratória, limpeza e desinfeção do espaço físico, contenção de movimentações em casa. Devem ainda, doentes e cuidadores, reconhecer sinais de agravamento respiratório.

2. Nesta fase deve ser reforçado o transporte para os casos de agravamento respiratório no domicílio com necessidade de retorno ao hospital.

O processo de educação dos doentes e cuidadores passa por:²

- Estadia em divisão ventilada que deve ser usada em exclusivo pelo doente (movimentos pela casa limitados).
- Os cuidadores (preferencialmente apenas um) deve ficar noutra divisão da casa ou, pelo menos, com o distanciamento de 1 metro. Não devem ser partilhar utensílios de higiene, alimentação, cama e outros produtos ou peças de uso pessoal. Os cuidadores não devem apresentar condições de saúde vulneráveis.
- Alerta para a higiene das mãos, nomeadamente antes e depois da alimentação.
- Uso de máscara pelo doente . Os cuidadores só usam máscara quando na mesma divisão do doente.
- As máscaras e luvas não são reutilizáveis
- As superfícies e zonas de estadia do doente devem ser higienizadas diariamente com hipoclorito de sódio.
- A roupa deve ser lavada com detergente habitual a 60-90.ºC.
- Os cuidadores devem ser rastreados até 14 dias depois da alta do doente.
- A pessoa doente fica impedida de receber visitantes no domicílio durante o período de isolamento; caso seja inevitável, deve ser feito o registo diário das visitas com nome, data/hora e contacto das pessoas que estiveram em casa.

A HD deve ser parte da solução deste problema nacional e o Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária da SPMI disponibiliza-se como elo de ligação e coordenação científica entre as várias unidades.

BIBLIOGRAFIA

1. Direção-Geral da Saúde. Hospitalização Domiciliária em idade adulta. *Norma n.º 020/2018* 20/12/2018. 2018:1-22. <http://nocs.pt/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta>.
2. WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (COVID-19) infection presenting with mild symptoms, and management of their contacts. Feb 4, 2020
3. 5. Zhou F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
4. Delerue F, Correia J. Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna Home Hospitalization another Challenge for Internal Medicine. 25. doi:10.24950/rspm/Op/1/2018
5. Cunha V, Escarigo MC, Correia J, Nortadas R, Azevedo PC, Beirão P, Gomes A, Delerue F. Home Hospitalization: One Year Balance of the First Portuguese Unit. *Med Interna (Bucur)*. 2017;24(4):290-295. doi:10.24950/rspm/O112/17/2017
6. Direção-Geral da Saúde. Doença pelo novo Coronavírus (COVID-19) – Nova definição de caso. *Norma n.º 02A/2020* 25/01/2020 atualizada em 09/03/2020. 2020:1-2.

14 de Março de 2020