

"Hospital at Home": A Realidade Dentro e Fora de Portugal

"Hospital at Home": The Reality Inside And Outside Of Portugal

Mariana Alves

Resumo

"Hospital at home" é um modelo inovador que providencia cuidados de saúde hospitalares no domicílio, em substituição dos cuidados prestados no internamento hospitalar. Foi testado por diversos centros médicos em vários países. Este modelo reduz os custos e as complicações associadas às admissões hospitalares e aumenta a satisfação dos doentes. O programa é oferecido aos doentes que necessitam de internamento por diversas doenças, como pneumonia adquirida na comunidade, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica e celulite. Os pacientes que cumpram os critérios específicos de admissão podem receber cuidados de nível hospitalar, incluindo testes de diagnóstico e terapêutica de médicos e enfermeiras na sua própria casa. Em Portugal os cuidados domiciliários estão muito pouco desenvolvidos, sendo frequentemente as enfermarias hospitalares lotadas com doentes idosos frágeis, que beneficiariam de melhores cuidados de saúde no conforto do seu domicílio.

Palavras-chave: Admissão do Doente; Idoso; Portugal; Serviços de Cuidados Domiciliários/organização e administração; Serviços Hospitalares de Cuidados Domiciliários

Introdução

Historicamente os cuidados de saúde eram providenciados no domicílio, e o médico era capaz de transportar todos os poucos medicamentos e recursos disponíveis para a casa do seu doente. No entanto, com o desenvolvimento exponencial da medicina e das tecnologias associadas, os cuidados de saúde foram transferidos dos domicílios para o hospital.¹

No entanto, apesar da constante melhoria dos cuidados hospitalares, o internamento hospitalar tal como hoje o conhecemos é sentido como uma agressão, onde os doentes perdem a sua dignidade e intimidade, sendo expostos a um conjunto de pessoas desconhecidas e ao ritmo acelerado da rotina hospitalar.¹ As complicações iatrogénicas são um problema comum e os doentes apresentam declínio das suas capacidades funcionais, tendo alta após o internamento mais dependentes do que antes da doença aguda que o motivou.¹ O risco de infeções, quedas, uso de contenção física, incontinência urinária e declínio funcional são algumas das consequências negativas associadas aos internamentos hospitalares.²

Abstract

"Hospital at home" is an innovative model that provides hospital-level care in a patient's home as a full substitute for acute hospital care. It was tested at medical centers across several countries. This care model lowers costs, reduces complications and is highly rated by patients. The program is offered to patients who require hospital admission for certain diseases, such as community-acquired pneumonia, congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and cellulitis. Patients who meet specific medical eligibility criteria can receive hospital-level care—including diagnostic tests and treatment therapies from doctors and nurses—in their own home. In Portugal home care is very poor and hospital wards are often crowded with sick frail elderly, who would benefit from better health care in the comfort of their home.

Keywords: Aged; Home Care Services/organization & administration; Home Care Services, Hospital-Based; Patient Admission; Portugal

A população idosa é cada vez mais prevalente e este grupo etário, mais predisposto a ser admitido no hospital, apresenta maior risco para todas as complicações associadas.³

Cuidados médicos prestados a nível do domicílio surgem em 1947, nos EUA, quando foi criada a primeira unidade "Home Health Care", com o objetivo de descongestionar os serviços hospitalares. Seguiram-se unidades em França (1951), Canadá (1960), Reino Unido (1965), Alemanha e Suécia (1970), Itália (1980) e Espanha (1981).³

Na década de 70 foram publicados os primeiros estudos randomizados e controlados comparando o tratamento de doentes com enfarte agudo do miocárdio não complicado no hospital e no domicílio, demonstrando resultados equivalentes nos dois grupos.¹ Posteriormente, vários estudos demonstraram os benefícios e a aplicabilidade do sistema "Hospital at home" (H@h) em diversas doenças, que no nosso país continuam a motivar internamentos hospitalares, como é o caso da insuficiência cardíaca descompensada ou da doença pulmonar obstrutiva crónica.^{2,4}

O presente artigo pretende dar a conhecer esta prestação de cuidados de saúde, ainda subdesenvolvidos em Portugal, "Hospital at home".

Definição e objetivos

O modelo de cuidados H@h, ao contrário do que poderia ser esperado não tem uma definição fácil nem linear na literatura, uma vez que engloba uma variedade de modelos de cuidados assistenciais.^{5,6} Numa perspectiva abrangente, estão descritos 4 modelos de H@h: 1) Centro ambulatório de tratamento endovenoso ou outro; 2) Consultório médico de auto-tratamento de medicação endovenosa sob supervisão; 3) Cuidados prestados no domicílio por equipas de enfermagem ou terapeutas após internamentos curtos, maioritariamente no contexto pós-cirurgia; 4) Modelo substitutivo dos cuidados hospitalares na doença aguda, onde há apoio de equipa de enfermagem e médica.^{5,6}

Diferentes conceitos resultam de diferentes sistemas de saúde em diferentes países.⁵ Como consequência dos diferentes modelos torna-se difícil realizar uma avaliação global dos cuidados prestados no H@h, levando a possíveis erros de interpretação, se se tentar englobar todos os tipos de cuidados no mesmo conceito.^{4,5}

Atualmente não existe um modelo comum de H@h.⁶ No entanto, na literatura os modelos mais frequentemente descritos são os programas de substituição total do internamento hospitalar e os modelos facilitadores de alta hospitalar.^{5,7}

A Organização Mundial de Saúde inclui o H@h no conceito abrangente de cuidados domiciliários que define como “prestação de serviços de saúde por cuidador formal ou informal, em casa, a fim de promover, restaurar ou manter o mais alto nível de conforto, conveniência e saúde, incluindo cuidados prestados para dignificar a morte”.³

Cheng *et al* propõem que o modelo H@h seja caracterizado pelos seguintes 8 pontos: 1) Tratamento em casa de doença aguda que habitualmente requereria cuidados hospitalares; 2) Tratamento que necessite de cuidados e tecnologia de nível hospitalar; 3) Aceitação da responsabilidade do doente por parte do hospital e do sistema de saúde, uma vez que este tem um estatuto equivalente ao do doente internado; 4) Disponibilização de medicamentos, exames de imagem, avaliação analítica e outros serviços que são prestados com a mesma prontidão que ocorre com os doentes internados; 5) Cuidados médicos disponíveis 24h por dia; 6) Cuidados de enfermagem no domicílio disponíveis 24h por dia; 7) Assistência coordenada e semelhante à do doente internado no hospital; 8) Cuidados prestados no domicílio com o consentimento dos doentes.⁵ Este modelo tem sido seguido por outros países, como é o caso de Espanha.⁶

Segundo a Organização Mundial de Saúde o objetivo dos cuidados domiciliários consiste na satisfação das necessidades sociais e de saúde do doente, através da oferta de cuidados de elevada qualidade prestados no domicílio, por cuidadores formais ou informais e com recurso a tecnologia quando apropriado.⁸

Os objetivos do H@h passam por melhorar a qualidade de vida do doente, maximizar a sua autonomia, promover a interação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares e racionalizar os recursos hospitalares.³

Frequentemente, no modelo tradicional dos hospitais, a comunicação com os cuidados de saúde primários é escassa e a transição hospital-domicílio pouco preparada. Isto leva a erros ou falhas de monitorização e acompanhamento de determinados problemas de saúde, que podem até motivar reinternamentos hospitalares precoces.^{4,8}

Modo de funcionamento – admissão, doentes, doenças e profissionais

O H@h recebe doentes diretamente do serviço de urgência ou do ambulatório, no caso dos modelos substitutivos, ou por transferência do internamento hospitalar, quando os doentes continuam a necessitar de cuidados hospitalares.^{2,5}

No dia da admissão o médico ou enfermeiro observam o doente, providenciam a medicação e o equipamento necessários ao diagnóstico ou ao tratamento no domicílio.²

Há diferentes modelos de H@h, dependendo também das diferentes faixas etárias a que se dirigem, nomeadamente nos extremos da idade e no âmbito dos cuidados paliativos.^{3,5} Os doentes idosos, em particular, são um grupo alvo para estes modelos assistenciais, uma vez que estão mais suscetíveis às agressões orgânicas e psicológicas associadas ao internamento hospitalar.^{3,8}

Para que o doente seja aceite neste modelo assistencial é necessário que resida na área geográfica da unidade H@h, num domicílio com condições de higiene e espaço suficiente, que tenha doença com critérios para cuidados hospitalares e que tenha apoio de um cuidador no domicílio.^{3,6} Além destes requisitos é fundamental o consentimento informado do doente e dos seus familiares ao optarem pelo tratamento médico no domicílio.^{3,6}

A doença em causa deve ser simples, sem necessidade de técnicas invasivas e o tratamento deve ser possível, seguro e eficiente no domicílio.⁵

Os modelos substitutivos estão habitualmente capacitados para o tratamento de doenças agudas e crónicas como doenças infecciosas (pneumonia adquirida na comunidade, infeções urinárias, celulites), doença tromboembólica venosa (trombose venosa profunda e embolia pulmonar), doença cardíaca (insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular) e outras (doença pulmonar obstrutiva crónica, desidratação, náuseas e vómitos).^{2,3,5}

No domicílio podem ser realizadas variadas técnicas, nomeadamente diagnósticas (análises de sangue e microbiologia, electrocardiografia, espirometria, paracenteses diagnósticas, toracocentese diagnóstica, punção lombar) e terapêuticas (ex: aerossoloterapia, fluidoterapia, antibioterapia endovenosa, nutrição entérica ou parentérica, oxigenoterapia, reabilitação).^{3,5}

A formação de muitos profissionais de saúde é insuficiente na avaliação de idosos frágeis e das suas particularidades. Nestes doentes o médico deve estar mais orientado para a situação funcional, do que para os aspetos biomédicos de diagnóstico das suas multipatologias. A procura e avaliação das síndromes geriátricas são importantes, pois estas são frequentemente causa de incapacidade, dependência, institucionalização e mortalidade destes doentes.³

Estes serviços requerem profissionais com adequada formação assistencial e uma abordagem holística do doente, sendo por isso os especialistas de medicina interna ou geriatria aqueles que mais se adequam às necessidades destes doentes.³

Para além do médico, outros profissionais são essenciais ao funcionamento destas unidades, nomeadamente enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e administrativos.³

Frequentemente estes serviços depositam grande responsabilidade nas equipas de enfermagem, sendo proposto no mínimo um rácio de 1 médico: 2 enfermeiros relativamente à equipa clínica.¹

Embora seja variável de acordo com diferentes unidades, em alguns modelos o médico realiza uma visita diária, estando disponível para emergências nas 24h do dia, e a equipa de enfermagem realiza uma a duas visitas diárias, de acordo com a necessidade do doente.²

Outros modelos utilizam uma prestação de cuidados mais intensiva, com a presença de equipa de enfermagem durante períodos de 8h ou 24h nos primeiros dias após a admissão, seguida de visita diária.⁹ O recurso a telemedicina e contactos telefónicos é uma prática comum nestes modelos assistenciais.²

Vantagens e limitações

As vantagens do modelo H@h são transversais ao doente, à sua família e ao hospital.³

O doente beneficia de maior bem-estar psicológico, uma vez que se encontra no seu domicílio e rodeado pela sua família/cuidadores, tem menor degradação nutricional e tem um descanso mais reconfortante durante o período noturno. Para além do referido, apresenta uma postura mais ativa na sua recuperação, tem um tratamento mais personalizado com a vantagem de manter a sua autoestima e dignidade. Associa-se também a menor probabilidade de infeções nosocomiais e quadros de *delirium*, uma vez que se encontra num ambiente que lhe é familiar e sem partilhar o espaço com outros doentes infetados.^{3,4} Estudos italianos mostraram menos perturbações comportamentais em doentes dementes, redução na administração de antipsicóticos e menos stress para o cuidador.⁵

Diversos estudos demonstraram maior satisfação com os cuidados prestados no domicílio, comparando com o internamento hospitalar.^{4,5,10,11}

Alguns estudos apontam para menor mortalidade associado a este sistema de cuidados no domicílio, embora seja controverso.^{4,12}

Modelos facilitadores de alta hospitalar, com transferência para os cuidados do sistema *hospital at home*, não se mostraram tão eficazes na melhoria da qualidade de vida, autonomia funcional e sobrevida comparando com hospitalização tradicional, no entanto estudos com modelo substitutivo em diferentes países apresentaram melhores resultados na satisfação dos doentes.⁵

Os familiares dos doentes têm a possibilidade de ter um papel ativo no cuidado do doente, sentindo-se úteis na sua recuperação funcional, facilitando a organização da rotina familiar e melhorando o acesso à informação da evolução clínica, o que é tranquilizador, criando empatia entre profissionais e familiares.⁵ Apesar de alguns estudos apontarem para uma maior satisfação dos familiares, uma revisão da Cochrane concluiu que os familiares/cuidadores não apresentaram maior satisfação nos cuidados prestados no domicílio, ao contrário do que acontece com o doente.⁹

Na perspetiva do hospital a vantagem deste modelo é económica, uma vez que há redução dos custos inerentes ao internamento hospitalar, não só por reduzir a duração da assistência hospitalar, mas também por prolongar o tempo em ambulatório entre os episódios de agudização da doença crónica. Racionalizam-se recursos, melhora-se a qualidade assistencial e facilita-se a ligação dos médicos hospitalares aos cuidados de saúde primários, permitindo assim uma continuidade assistencial destes doentes complexos, mais frágeis pela idade e pela sua multipatologia.^{4,5,8,12}

O programa inicial do Hospital Johns Hopkins demonstrou que este modelo reduzia 32% dos custos do internamento hospitalar tradicional, havia redução para 1/3 da demora média e 1/3 dos casos de *delirium*.⁹

Apesar de vários estudos apontarem para a vantagem económica, uma metanálise com 26 ensaios controlados e aleatorizados com doentes médicos e cirúrgicos demonstrou maior satisfação para doentes e familiares, mas ausência de benefício nos custos e reinternamentos.¹⁰ Outra metanálise com 10 ensaios controlados e aleatorizados, detetou, por sua vez, redução de custos no modelo H@h.¹¹ Tal como referido previamente, diferentes resultados na literatura podem resultar da diversidade de modelos utilizados, no que toca a população, tipo de intervenções e definição de H@h.⁴

Portugal

Em Portugal é escassa a literatura disponível referente a cuidados no domicílio. Os poucos recursos disponibilizados no domicílio são maioritariamente dedicados a cuidados paliativos, havendo 11 unidades domiciliárias a nível nacional, de acordo com informação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.¹³ Algumas instituições dedicam-se a cuidados infantis, nomeadamente a crianças com doenças complexas e necessidade de internamentos prolongados, como é o caso da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário.¹⁴

No entanto o doente idoso, apesar de em franco crescimento demográfico e de ser o principal utilizador de cuidados de internamento hospitalar, não tem nenhum projeto semelhante ao H@h disponível.

Algumas organizações de solidariedade, nomeadamente o VOX Lisboa, têm projetos de voluntariado destinados ao apoio ao idoso no domicílio com a vertente dos cuidados de saúde (ex: Bairro com Saúde), contando com o apoio voluntário de médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde.¹⁵

As visitas domiciliárias estão, maioritariamente, a cargo de médicos de família. Apesar de a intervenção oferecida ser totalmente distinta da do modelo H@h, são um recurso importante, dado que conhecem a realidade do doente, a família, o cuidador e as dificuldades do dia-a-dia do doente. No entanto, tal como acontece a nível global, houve uma forte redução desta prática, tendo Portugal um dos valores mais baixos de visitas domiciliárias, por motivos vários, nomeadamente a escassez de tempo disponível para esta atividade.¹⁶

Também sob a responsabilidade dos cuidados de saúde primários, existem 278 equipas de cuidados continuados integrados distribuídas pelo país, que prestam serviço domiciliário a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio.^{17,18}

No contexto hospitalar existem muito poucos hospitais com este recurso. A título de exemplo, existe no Hospital da Figueira da Foz, um serviço de cuidados domiciliários e continuado, sob a coordenação de uma médica pneumologista, que presta cuidados médicos e de enfermagem de forma continuada (idealmente menos de 30 dias) ou pontual no domicílio dos utentes.¹⁹ Este serviço é distinto do modelo H@h apresentado neste artigo e não se encontra disponível na literatura informação sobre o seu funcionamento.

Conclusão

"Hospital at home" representa um programa de alta qualidade clínica que providencia cuidados individualizados, focados no doente e provavelmente com menores custos associados. O envelhecimento da população gera uma pressão crescente no número de camas hospitalares disponíveis e a capitalização destes recursos hospitalares que são extremamente dispendiosos, o que leva naturalmente à procura de melhores opções nos cuidados assistenciais à população idosa.^{8,9} O reconhecimento deste conceito e a evidência das vantagens apresentadas alertam para o longo mas urgente percurso que há a percorrer na melhoria dos cuidados a prestar à população geriátrica em crescimento no nosso país.

A implementação em Portugal do modelo H@h será revolucionária face ao tradicional conceito de internamento hospitalar. ■

Protecção de Seres Humanos e Animais: Os autores declaram que não foram realizadas experiências em seres humanos ou animais.

Direito à Privacidade e Consentimento Informado: Os autores declaram que nenhum dado que permita a identificação do doente aparece neste artigo.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

*Correspondência: Mariana Alves - marianaalves1@campus.ul.pt
Serviço de Medicina - Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente - Lisboa - Portugal*

Recebido: 24-08-2015

Aceite: 20-12-2015

Referências

1. Leff B, Burton J. Acute Medical Care in Home. *J Am Geriatr Soc.* 1996; 44: 603-5.
2. Cryer L, Shannon SB, Van Amsterdam M, Leff B. Costs for "hospital at home" patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients. *Health Aff.* 2012; 31:1237-43.
3. Fernández-Miera M. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(S1):39-50.
4. Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, et al. Efficacy of Hospital at home in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015; 10:e0129282.
5. Cheng J, Montalto M, Leff B. Hospital at home. *Clin Geriatr Med.* 2009;25:79-91.
6. Mèlich A, Cuxart O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. *Med Clin.* 2012; 138: 355-60.
7. Shepperd S. Hospital at home: the evidence is not compelling. *Ann of Intern Med.* 2005; 143:840-41.
8. Tarricone R, Tsouros A. Home care in Europe: the solid facts. Geneva: WHO;2008.
9. Leff B, Burton L, Mader S, Naughton B, Burl J, Inouye S, et al. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med.* 2005; 143:798-08.
10. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Illife S, Langhorne P, et al. Early discharge *hospital at home*. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;1:CD000356.
11. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Illife S, Kalra L, et al. Admission avoidance *hospital at home*. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;4:CD007491.
12. Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, Wedzicha JA, Wright JJ, Greenstone M, et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD003573.
13. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [homepage na internet] FAQ [consultado 2015 Jul 22] Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/faq.html>
14. Cabrita I, Pereira J, Lopes P. Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD). *Newsletter Área de Apoio Social.* 2011; 3:2.
15. Bairro com Saúde [consultado a 2015 Jul 22] Disponível em <http://www.voxlisboa.pt/bairro-com-sa%C3%BAde.html>
16. Cafede MC, Arnaud MF, Santos MF. A consulta no domicílio. In: *Manual de Medicina Geral e Familiar.* Associação Portuguesa de Clínica Geral; 2000. [Consultado a 2015 Jul 22] Disponível em: http://csgois.web.inter-acesso.pt/MGFV001MASTER/textos/12/16_texto.html
17. Decreto-Lei n.º 101/2006 Art. 27.º n.º 1 de 6 de Junho. Disponível em https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf
18. Listagem das ECCL em funcionamento atualizado a 13-03-2015 em [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/ECCL%20\(13-03-2015\).xlsx](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/ECCL%20(13-03-2015).xlsx) [consultado a 2015 Set 28]
19. Serviços do Hospital Distrital da Figueira da Foz. [consultado a 2015 set 28] Disponível em: <http://www.hdfigueira.min-saude.pt/Servicos/Artigos/d/>.