

14:15>20:00 @AESE CAMPUS LISBOA

20 JANEIRO 2026

AESE  BUSINESS SCHOOL

# GRANDE CONFERÊNCIA **HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA**

# GRANDE CONFERÊNCIA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

AESE BUSINESS SCHOOL

14:15

Boas Vindas

**Luís Pereira**, Metronic

**José Fonseca Pires**, AESE Business School

14:30

Conferência de Abertura

**“A primeira década da Hospitalização Domiciliária”**

**Pedro Azevedo**, Presidente do Conselho de Administração da ULSAS

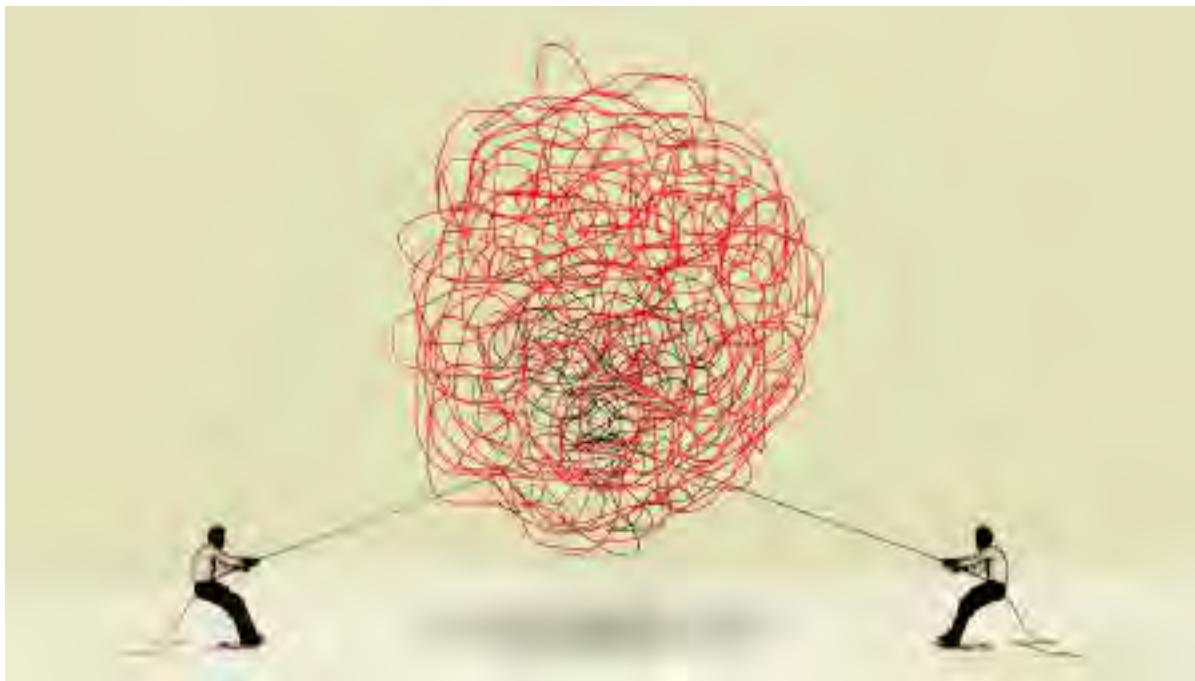




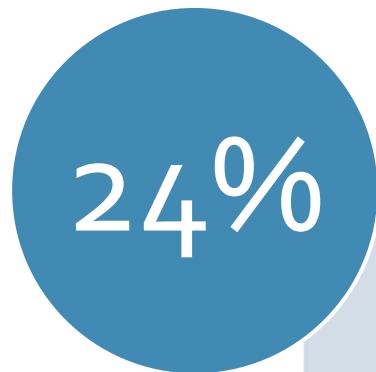
DO ONE THING  
**EVERY DAY**  
THAT SCARES YOU



Rio Choluteca, Honduras



# ***MUDAR DE MÉDICO?***



% de doentes  
mudam de médico  
por **incompetência**



% de doentes  
mudam de médico  
por **não estabelecer  
uma relação  
pessoal**

Olsen DP et al. Communication discrepancies between physicians and hospitalized patients.  
Arch Intern Med. 2010 Aug 9;170(15):1302-7



# *A PRIMEIRA DÉCADA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA*

---

*Pedro Correia Azevedo – [pedro.azevedo@ulsas.min-saude.pt](mailto:pedro.azevedo@ulsas.min-saude.pt)*

Presidente do Conselho de Administração da ULS Almada-Seixal

Membro do Secretariado do Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária – SPMI



Lisboa, 20 de janeiro de 2026



*There's  
No Place  
Like Home*



# **“HOSPITALE” = CASA DOS HÓSPEDES**



**HSM, 1934**

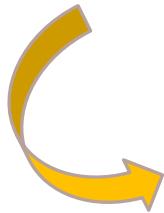


**Hospital CUF, 1945**

**A nossa história  
começou há 75 anos**

# CONTEXTUALIZAÇÃO

## Desenvolvimento técnico-científico



### Avanços na Medicina

- Deteção precoce de doenças
- Novas armas terapêuticas
- Atrasar progressão da doença



# CONTEXTUALIZAÇÃO

Desenvolvimento técnico-científico

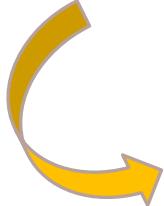
Avanços na Medicina

Aumento da sobrevida

Multimorbilidade

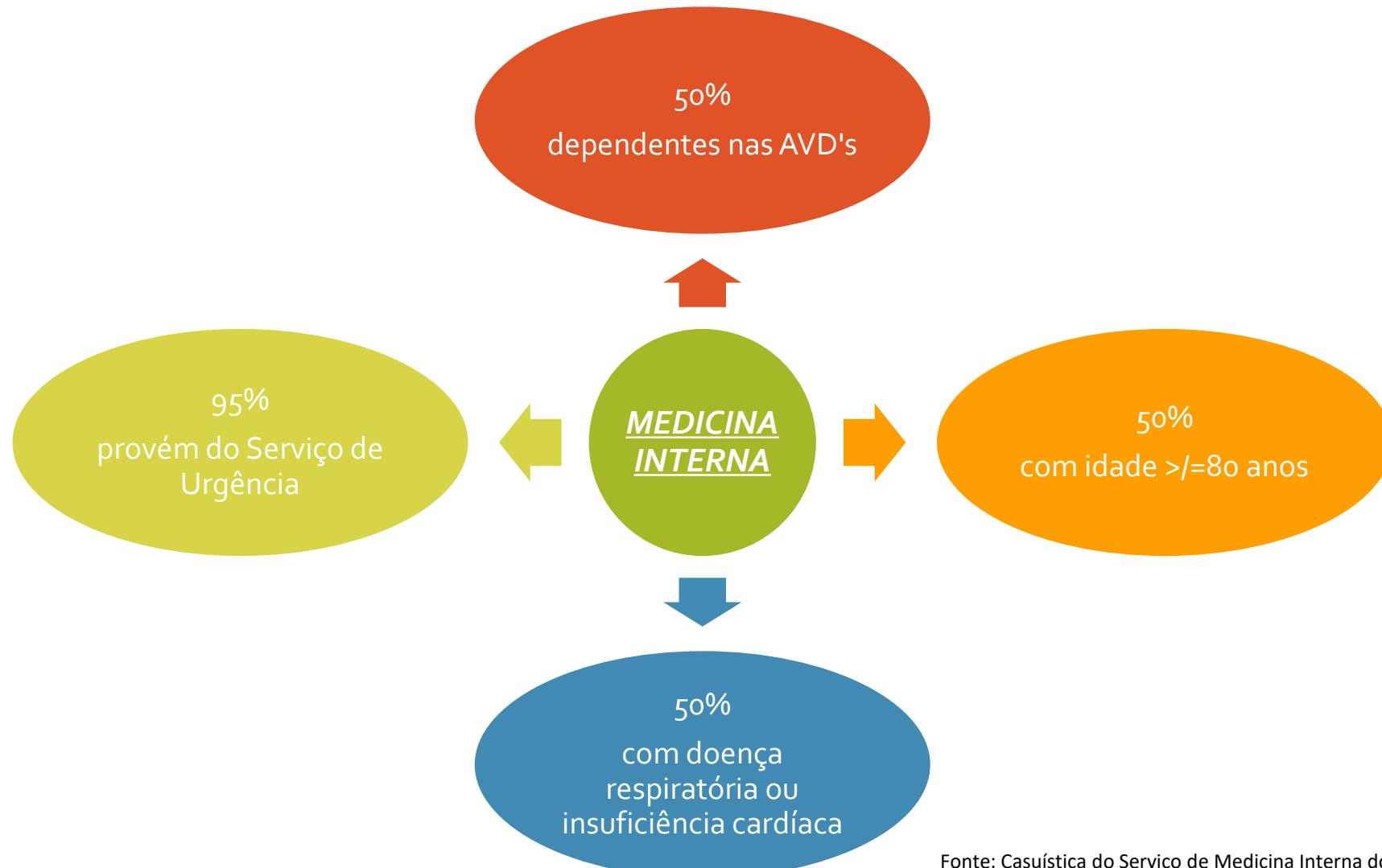
Doença crónica

Necessidade de cuidados de saúde



# CONTEXTUALIZAÇÃO

## Retrato de uma Enfermaria de Medicina Interna



Fonte: Casuística do Serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta em 2019

PORTUGAL

## Sobrelocação leva Hospital Garcia de Orta a recusar receber doentes de outras áreas

15.01.2010 21:59 | por Comunicação

situação agravou-se após Setúbal e Barreiro terem fechado as urgências aos doentes que chegavam através de ambulância.

PAÍS | SAÚDE



atualizado 20 Janeiro 2014, 10:00

## Hospitais sobrelotados da região de Lisboa podem encaminhar doentes para outras unidades



## Sobrelocação no Hospital de Braga: 40 doentes numa ala com capacidade para 16

A sobrelocação no hospital de Braga fez com que uma ala para um máximo de 16 doentes chegasse a ter 40. Hospital confirma e diz que problema é "sazonal", Ordem dos Enfermeiros diz que é "constante".

# CONTEXTUALIZAÇÃO

## *HOSPITAL AJUSTADO À SOCIEDADE ATUAL*



# CONTEXTUALIZAÇÃO

Desenvolvimento técnico-científico

Avanços na Medicina

Aumento da sobrevida

REFORMULAR PRESTAÇÃO DE CUIDADOS



Hospitalização Domiciliária

Serviço hospitalar  
Episódio agudo  
Internamento necessário

# **PRETINÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA**

Hospitalização convencional = *gold standard*

Iatrogenia

Infeções nosocomiais

Úlceras de pressão

Imobilização prolongada

*Delirium*

Declínio do estado funcional

Desintegração social

Alheamento da família/ cuidador face à situação clínica



# ***PRETINÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA***

Hospitalização convencional = *gold standard*

**PORQUÊ HD?**

# **PRETINÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA**

Hospitalização convencional = *gold standard*

## **PORQUÊ HD?**

### **Vantagens**

Melhor controlo da doença;  
Redução dos custos em saúde;  
Reforço da relação médico-doente;  
Melhor articulação com os cuidados de saúde primários;  
Menor tempo de imobilização dos doentes;  
Melhor qualidade do sono;  
Maior satisfação dos doentes e cuidadores;  
Menor número de complicações e infeções nosocomiais;  
Redução de tempo de internamento.



# **PRETINÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA**

Hospitalização convencional = *gold standard*

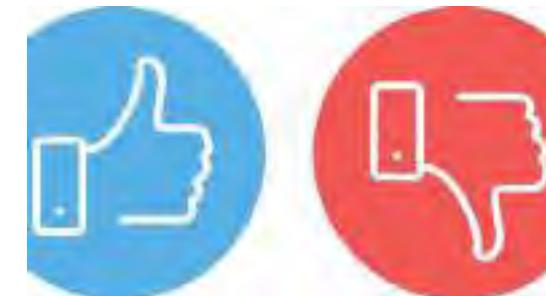
## **PORQUÊ HD?**

### **Vantagens**

Melhor controlo da doença;  
Redução dos custos em saúde;  
Reforço da relação médico-doente;  
Melhor articulação com os cuidados de saúde primários;  
Menor tempo de imobilização dos doentes;  
Melhor qualidade do sono;  
Maior satisfação dos doentes e cuidadores;  
Menor número de complicações e infeções nosocomiais;  
Redução de tempo de internamento.

### **Desvantagens**

Aumento dos custos para o doente e familiares;  
Maior pressão sobre os cuidados de saúde primários;  
Aumento do stress e pressão sobre os cuidadores.



# PRETINÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

## Evidência acerca da hospitalização domiciliária nas várias doenças

### Vantagens

Melhor controlo da doença;  
**Redução dos custos em saúde;**  
Reforço da relação médico-doente;  
Melhor articulação com os cuidados de saúde primários;  
Menor tempo de imobilização dos doentes;  
Melhor qualidade do sono;  
Maior satisfação dos doentes e cuidadores;  
Menor número de complicações e infeções nosocomiais;  
Redução de tempo de internamento.

### Desvantagens

Aumento dos custos para o doente e familiares;  
Maior pressão sobre os cuidados de saúde primários;  
**Aumento do stress e pressão sobre os cuidadores.**



# PRETINÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

## O que diz a literatura

### Menos complicações

- < infecções nosocomiais
- < síndrome confusional agudo
- < risco de desnutrição
- < risco de acamamento

### Mortalidade inferior

### Custo 22-32% inferior

### Demora média inferior

### Maior satisfação dos utentes e famílias

# PRETINÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

## O que diz a literatura



Mais tempo para o utente / dedicação exclusiva



Mais educação para a saúde / Melhor adesão / Reconciliação terapêutica



Maior envolvimento do utente e famílias na doença



Melhor articulação com cuidados de saúde primários



Maior satisfação dos profissionais de saúde



Menor deterioração do estado funcional e recuperação mais rápida

# ***EVENTUAIS LIMITAÇÕES DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA***

Requer contexto social e geográfico favorável

Ausência de apoio do Estado à família ou cuidador

“Menor” vigilância do doente

Deslocação do doente ao hospital para realização de alguns exames complementares de diagnóstico ou observação por outras especialidades

Recursos humanos insuficientes

# HISTÓRIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Anos 40 | EUA

1957 | França

Anos 60 | Suíça  
Alemanha  
Reino Unido  
Canadá

1981 | Espanha

2015 | Portugal



## Hospitalização Domiciliária na Atualidade



# **A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA**

## **5 princípios fundamentais**

- i. Voluntariedade na aceitação do modelo
- ii. Igualdade de direitos e deveres
- iii. Equivalência de qualidade na prestação de cuidados
- iv. Rigor na admissão de doentes e no seu seguimento clínico
- v. Humanização de serviços e valorização do papel da família



# A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

## Critérios de inclusão

### Voluntariedade do doente e/ou cuidador:

#### Critérios clínicos:

- Transitoriedade do processo clínico atual;
- Diagnóstico definido;
- Comorbilidade(s) controlável(eis) no domicílio;
- Existência de um objetivo assistencial;
- Necessidade de cuidados de nível hospitalar tendo em conta a sua complexidade e a intensidade;
- Ausência de contra-indicações: patologia psiquiátrica descompensada, alcoolismo ativo, instabilidade hemodinâmica, ou risco epidemiológico;
- Procedência do serviço de urgência, enfermarias médica/ cirúrgicas;
- Recursos terapêuticos apropriados e suficientes para o controlo e tratamento da doença em causa;
- Recursos humanos suficientes e qualificados para a realização do procedimento;
- Existência de um consentimento informado assinado.

#### Critérios Sociais:

- Existência de um cuidador e de um telefone próprio;
- Autonomia do doente na ausência de um cuidador;
- Condições mínimas de habitabilidade e higiene do domicílio: habitação própria com água, luz e sistema de saneamento básico.

#### Critérios Geográficos:

- Domicílio a uma distância máxima de 30 minutos e/ou num raio de 30 km.

#### Compromisso por parte do hospital e dos serviços que referenciam os doentes em:

- Assegurar transferência prioritária, caso necessário;
- Garantir acesso a métodos complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT), quando requisitado.

## Critérios de exclusão

### Incumprimento dos critérios de admissão:

#### Doente usuário de drogas por via parenteral, indigente e/ou sem-abrigo:

#### Doente com ideação suicida, agitação psicomotora e psicoses agudas;

#### Incapacidade mental do doente e/ou do cuidador que condicione a compreensão dos cuidados necessários e os tratamentos prescritos;

#### Incapacidade física que impede, quando necessário, a colaboração do doente ou seu cuidador para a aplicação do procedimento.



# ***CRITÉRIOS DE ADMISSÃO***

## **VOLUNTARIEDADE**

na aceitação do internamento domiciliário por doente e cuidador

## **CRITÉRIOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM**

diagnóstico estabelecido, patologia médica ou cirúrgica aguda\*, estabilidade hemodinâmica

## **CRITÉRIOS DE ADMISSÃO**

## **CRITÉRIOS SOCIAIS**

cuidador principal, telefone, condições higieno-sanitárias

## **CRITÉRIOS GEOGRÁFICOS**

raio de quilómetros aceitável por forma a garantir ação a tempo e horas (raio de 30km / resposta em 30min)

# MOTIVO DE RETORNO



Necessidade de  
MCDT não  
realizáveis no  
domicílio



Agudização da  
situação clínica com  
necessidade de  
alteração do tipo de  
cuidados



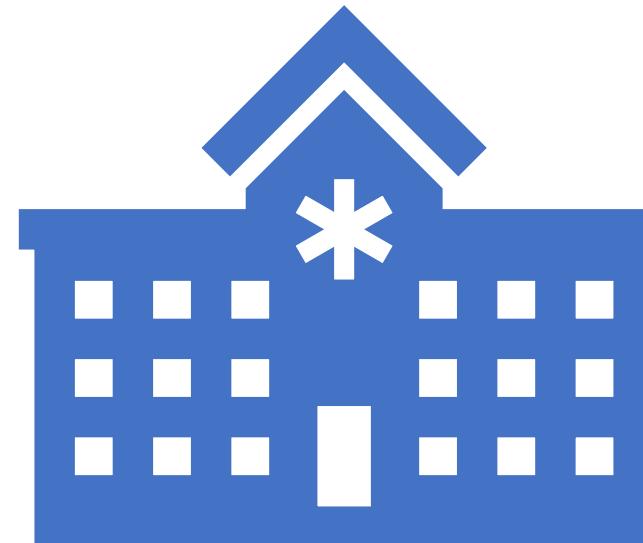
# *A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA*

Alternativa ao internamento convencional

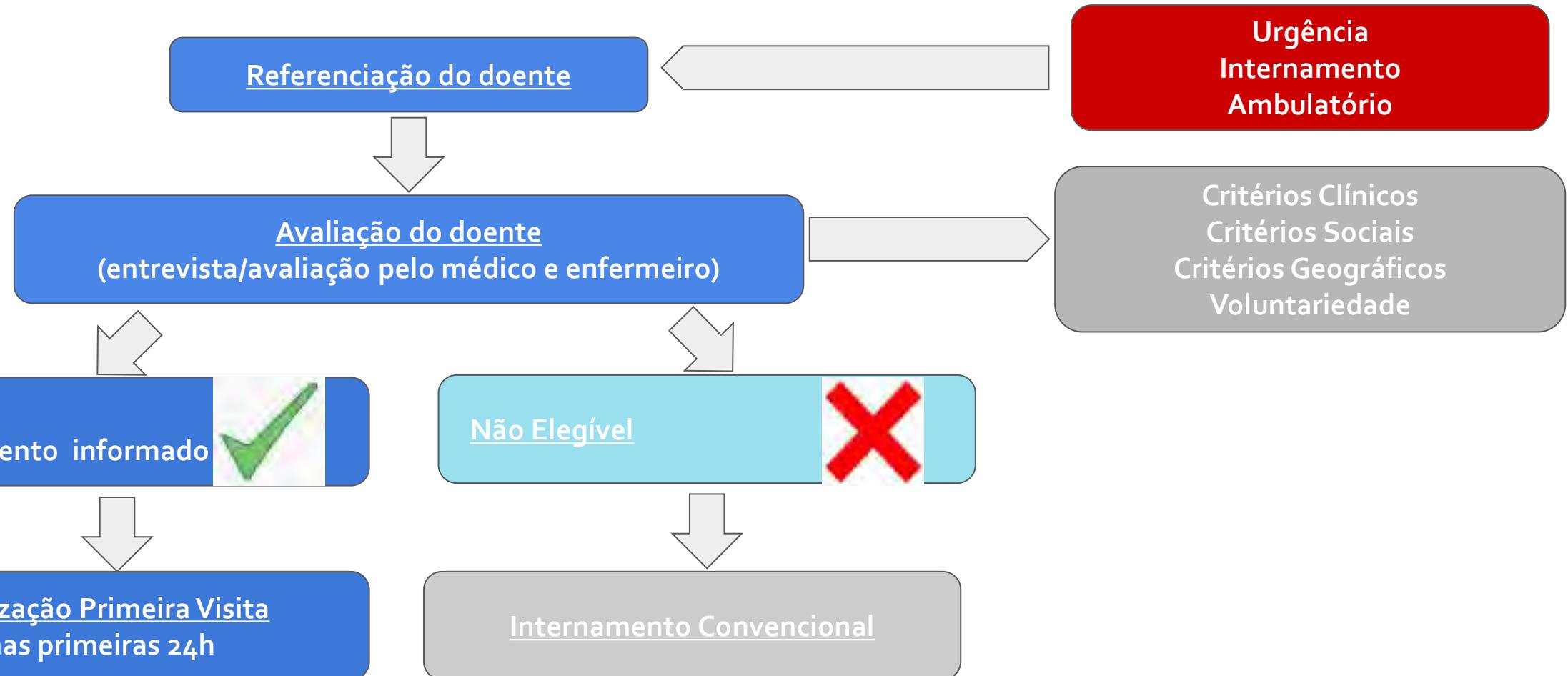
Hospitalização do doente agudo em casa

Cuidados de nível hospitalar no domicílio

Eficácia e resultados clínicos semelhantes ao internamento convencional



# FLUXOGRAMA DE REFERENCIAMENTO

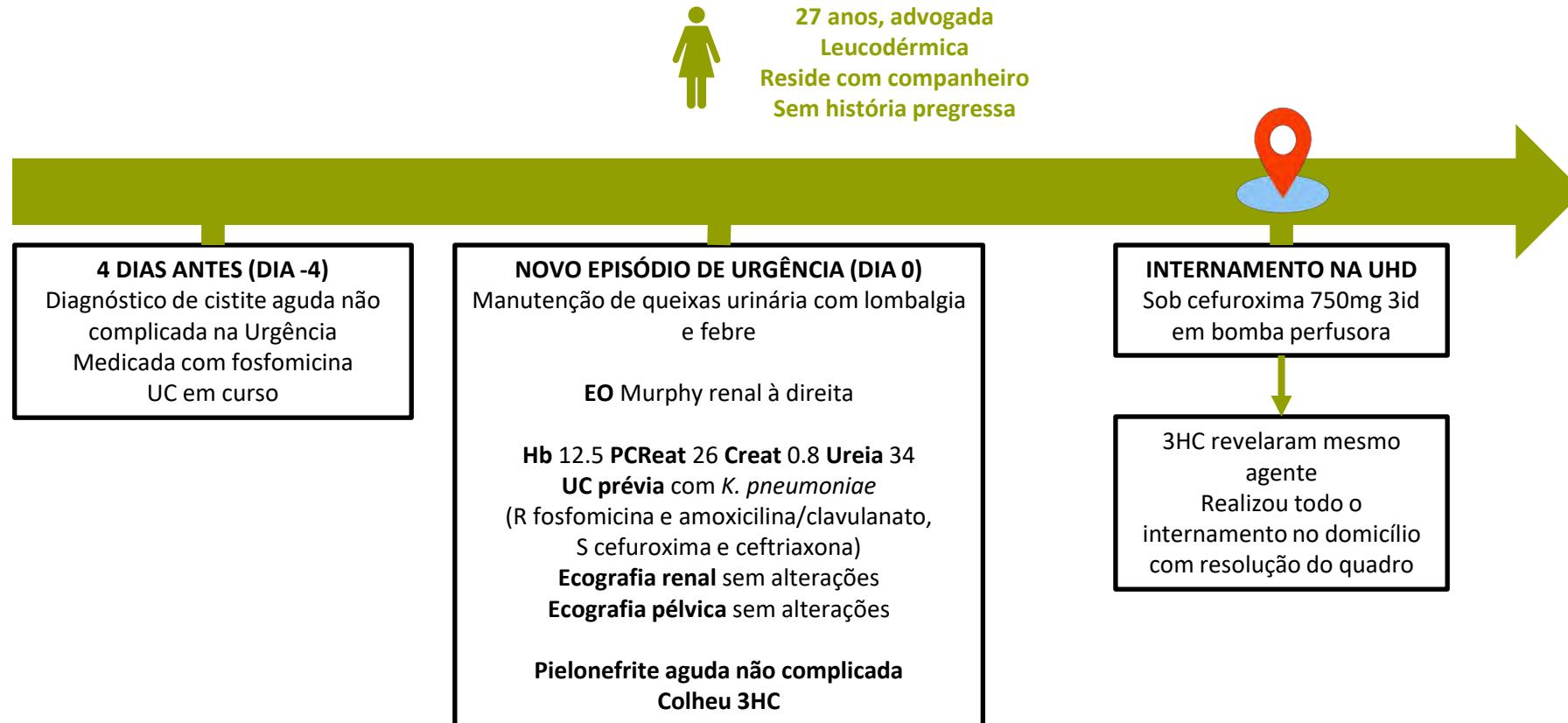


# DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES



- Pneumonia
- Insuficiência cardíaca descompensada
- Doença pulmonar obstrutiva crónica
- Asma descompensada
- Cistite aguda e Pielonefrite aguda
- Erisipela, celulite, úlcera infectada
- Doentes cirúrgicos com complicações médicas, nomeadamente Ortotraumatologia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, entre outros
- Outras patologias a discutir com a equipa da UHD

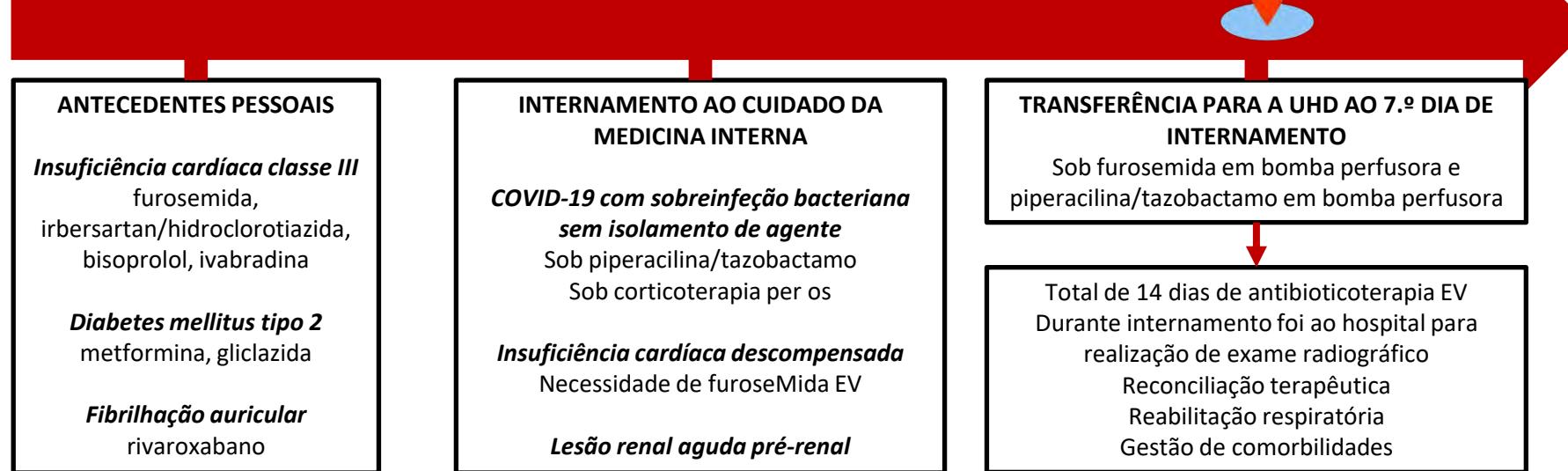
# DOENTES MÉDICOS EM HD



# DOENTES MÉDICOS EM HD



77 anos, aposentada  
Parcialmente dependente  
Leucodérmica  
Casada, com cuidadora 24h/dia



# ***DOENTES MÉDICOS EM HD***

## **CONDIÇÕES DE TRATAMENTO DESEJÁVEIS**

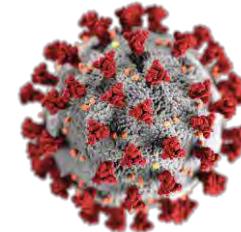
- Antibioterapia, inclusivamente com possibilidade de perfusão contínua
- Patologia com hipoxémia (desde que a saturação de oxigénio / gasimetria do sangue arterial corrija com oxigénio suplementar, considerando débito máximo de 3L/min no domicílio)
- Caso exista taquidisrritmia nos problemas ativos, deve estar controlada há pelo menos 24h



# ***DOENTES MÉDICOS EM HD***

**CONDIÇÕES DE TRATAMENTO DESEJÁVEIS EM CASO DE COVID-19 ainda com necessidade de internamento por insuficiência respiratória, sobreinfeção bacteriana ou outro motivo**

- a) início de sintomas há mais de 3 dias
- b) apirexia nas últimas 24h
- c) frequência respiratória inferior a 22cpm
- d) satO<sub>2</sub> superior a 95% com oxigénio suplementar igual ou inferior a 3l/min



# DOENTES CIRÚRGICOS EM HD

## ATIVIDADE DE GESTÃO DO DOENTE COMPLEXO

*Principais motivos de ativação da Consultadoria de Medicina Interna:*



- investigação de quadros febris
- adequação terapêutica em doentes com insuficiência cardíaca ou doença pulmonar obstrutiva crónica
- controlo de hipertensão arterial
- investigação de anemias
- estabilização de quadro sépticos
- orientação de terapêutica para ambulatório
- pedidos de transferência para a responsabilidade da Medicina Interna

# ***DOENTES CIRÚRGICOS EM HD***

## **Antibioticoterapia**

pré-operatória  
pós-operatória

## **Estabilização peri-operatória**

dor  
co-morbilidades  
infeção  
paliação

## **Tratamento de feridas complexas**

abdominais  
pé diabético  
úlceras de pressão  
úlceras varicosas

## **Reabilitação**

motora  
respiratória

## **Ensino**

alimentação  
*biofeedback*  
tratamento de feridas

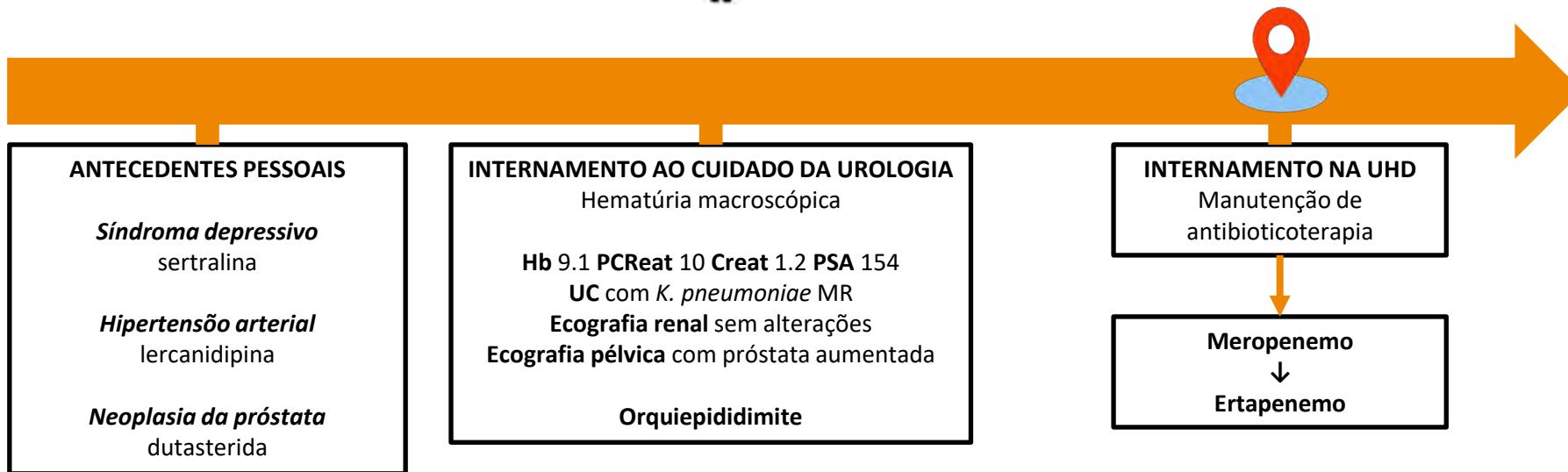
## **Dispositivos**

ostomias  
penso de vácuo  
alimentação parentérica

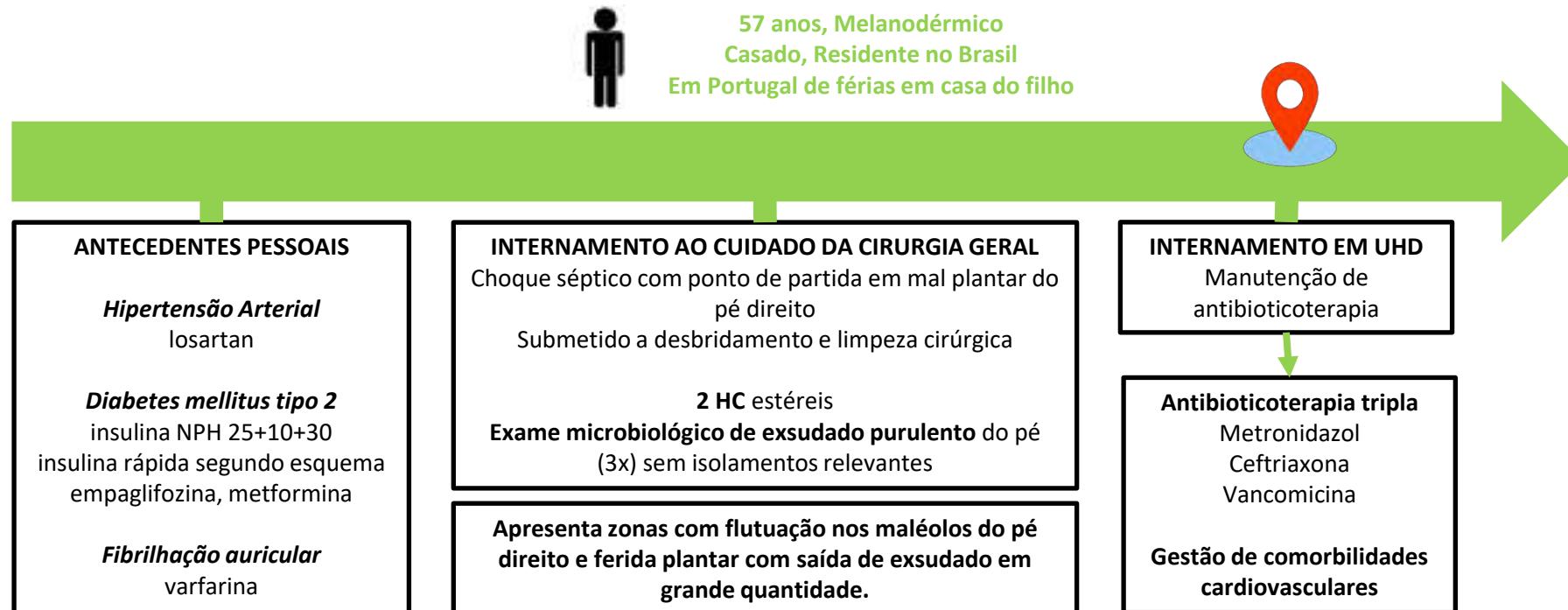
# DOENTES CIRÚRGICOS EM HD



74 anos  
Leucodérmica  
Casado



# DOENTES CIRÚRGICOS EM HD

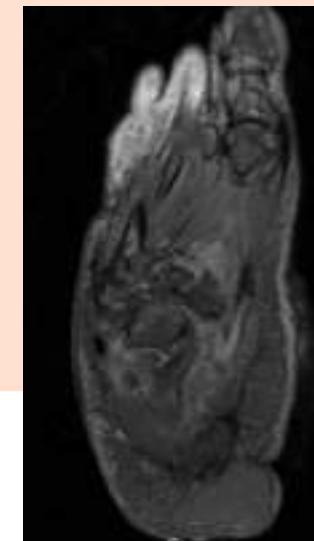


# *DOENTES CIRÚRGICOS EM HD*

TRATAMENTO LOCAL



RM DO PÉ



# **O (VERDADEIRO) HOSPITAL EM CASA**

## **CUIDADOS DIRIGIDOS**

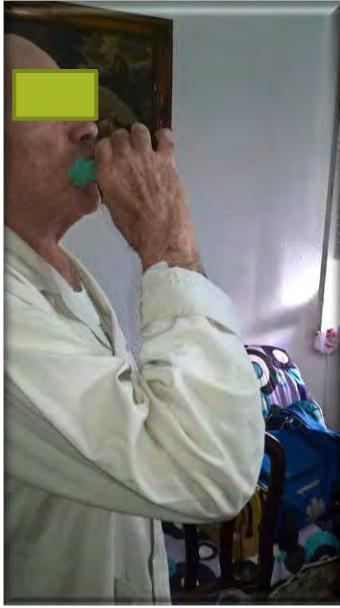


# **O (VERDADEIRO) HOSPITAL EM CASA**

## **CUIDADOS DIRIGIDOS**



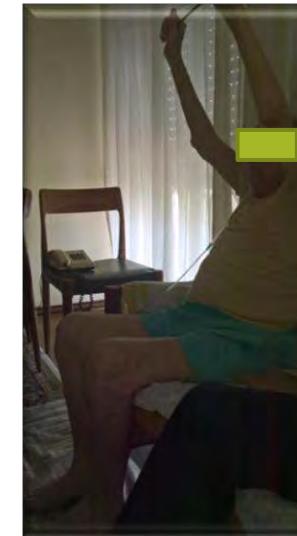
# O (VERDADEIRO) HOSPITAL EM CASA



*Ensino e  
Educação*

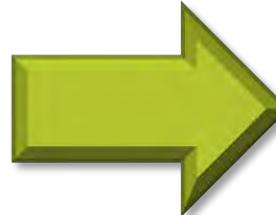


*Adaptado ao meio do  
doente*



# *O (VERDADEIRO) HOSPITAL EM CASA*

## *GESTÃO DA TERAPÊUTICA*



### *Reconciliação terapêutica*

- Erros na reconciliação terapêutica como formas mais comuns de iatrogenia / interferência na **segurança e qualidade!** - **OMISSÕES, DUPLICAÇÕES, ERROS DE DOSE**
- Para ser eficaz, tem de ser refeita a cada transição de cuidados

# *O (VERDADEIRO) HOSPITAL EM CASA*

## TÉCNICAS



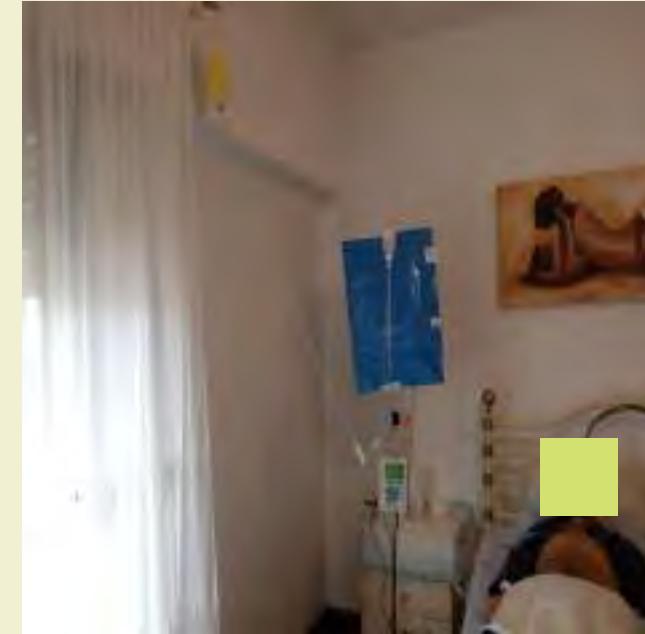
# *O (VERDADEIRO) HOSPITAL EM CASA*

## DISPOSITIVOS

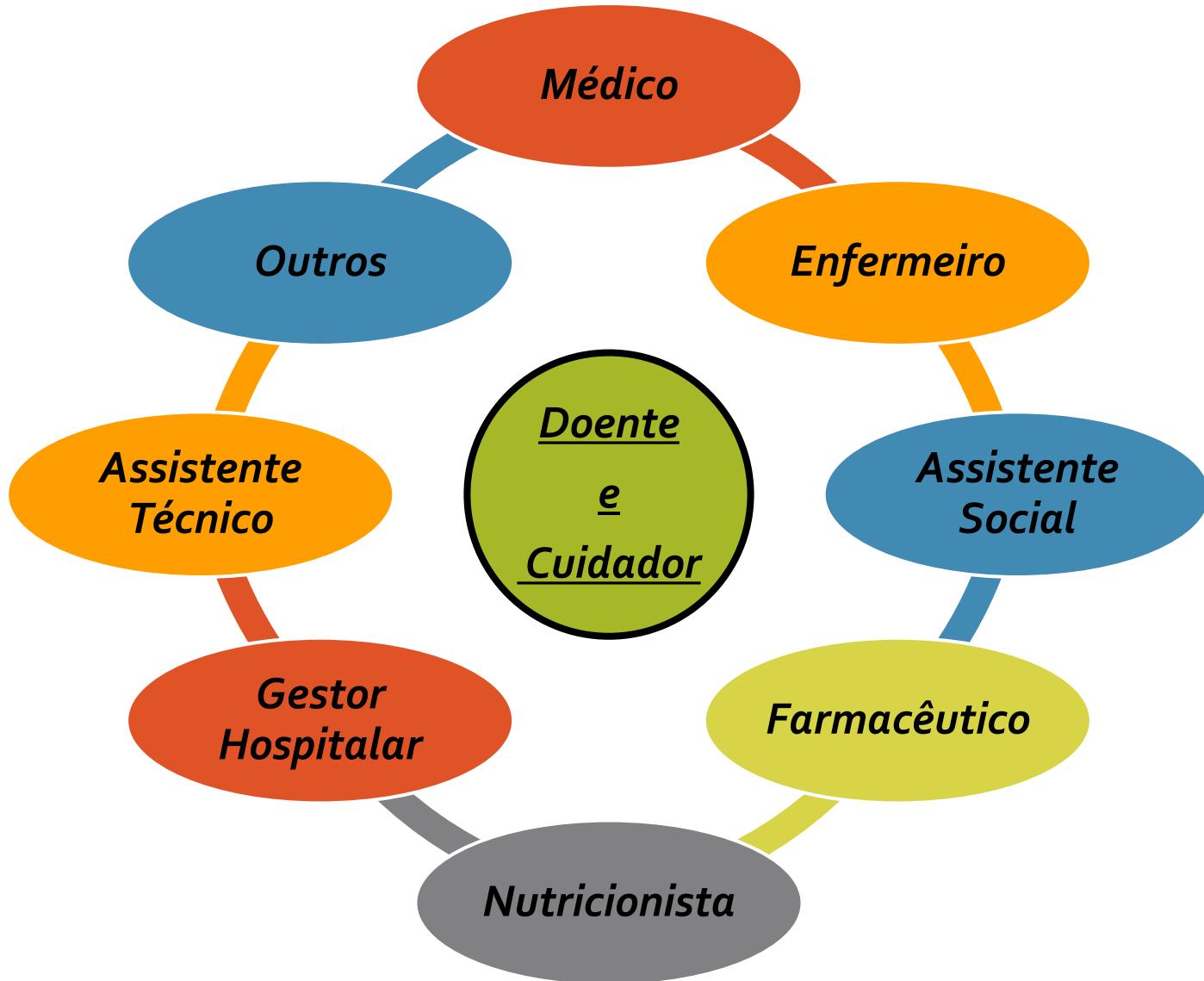
PENSOS DE VÁCUO



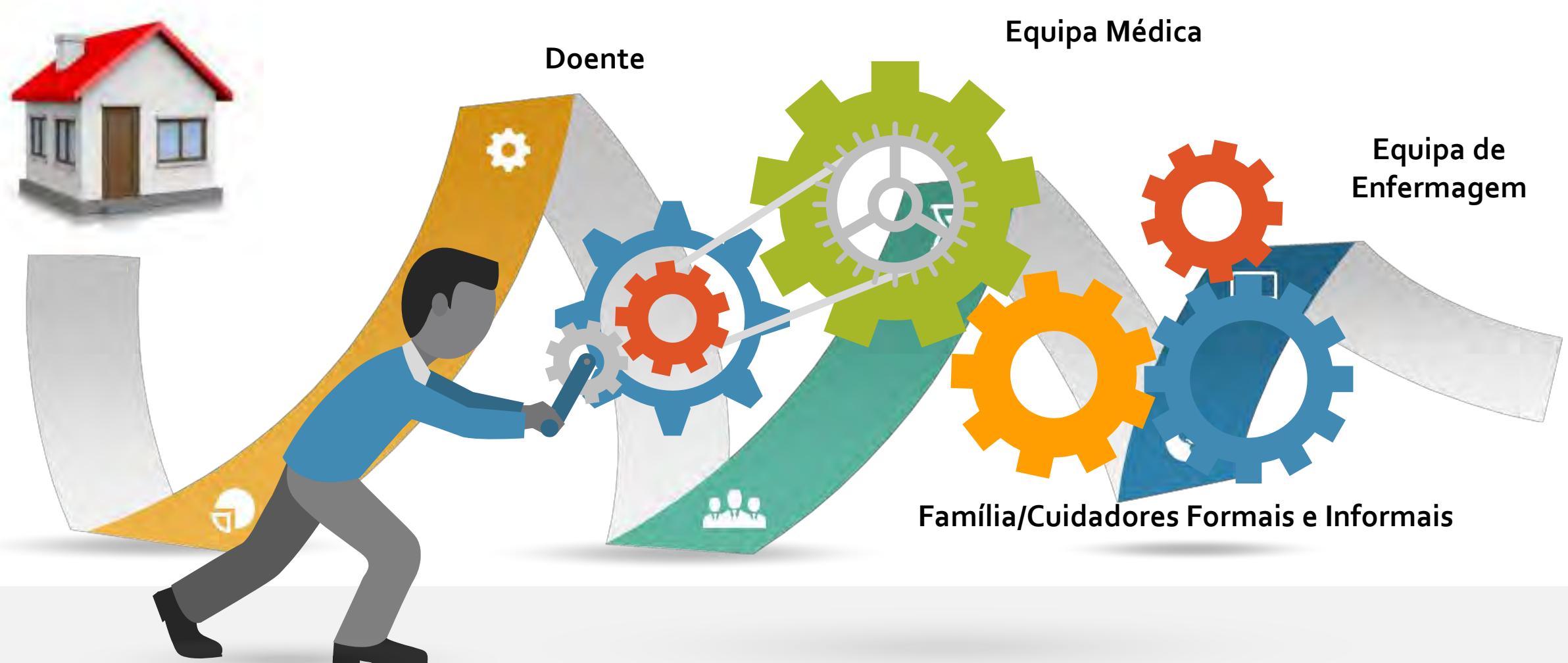
ALIMENTAÇÃO PARENTÉRICA



# INTERAÇÃO INTRA-EQUIPA



# *INTERAÇÃO INTRA-EQUIPA*



# INTERAÇÃO INTRA-EQUIPA

- **GRUPOS DE TRABALHO POSSÍVEIS**
  - *TADE > TRATAMENTO ANTIMICROBIANO DOMICILIÁRIO ENDOVENOSO*
  - *CONTROLO DE INFECÇÃO*
  - *QUALIDADE*
  - *EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA*
  - *PADDA > PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA NA ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL*
  - *DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS*
  - ...



# *INTERAÇÃO INTRA-HOSPITALAR*

- *ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS*
  - *HOSPITAL DE DIA*
    - *INSUFICIÊNCIA CARDÍACA*
    - *DPOC*
  - *GRUPO DE RESOLUÇÃO DOS HIGH-USERS*
  - *EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS*
  - *GESTÃO DE ALTAS*
  - ...



# *INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE*

- *INSTITUIÇÕES DE SAÚDE / SOCIAIS*
  - *CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS*
  - *RESIDÊNCIAS DE IDOSOS*
- *OUTRAS INSTITUIÇÕES*
  - *CÂMARA MUNICIPAL*
  - *SANTA CASA*



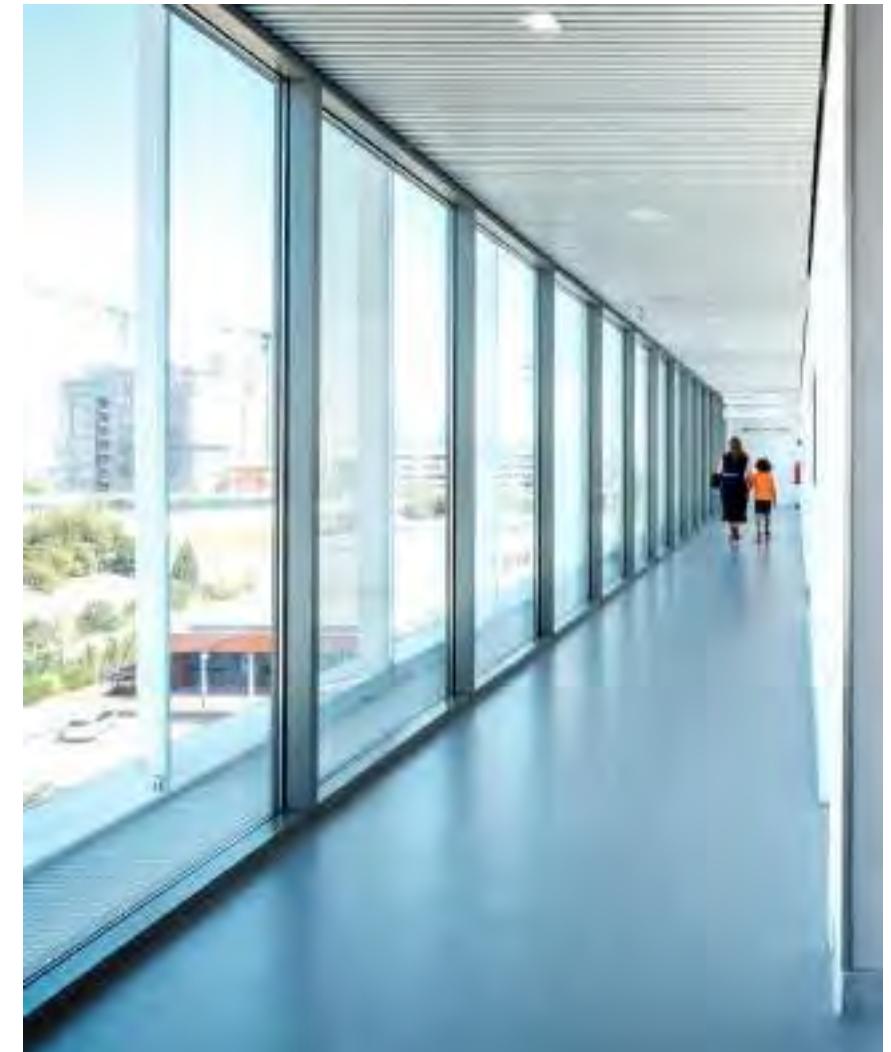
# ***INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE***

## *Doente – Aumento da Literacia em Saúde*



# ***OBJETIVOS DO PRESENTE***

- **Inovar** no modelo de gestão
- **Manter** o foco na atualização científica
- **Fidelizar** os profissionais de saúde
- **Promover** auditorias regulares
- **Trabalhar** para a acreditação externa



# OBJETIVOS NO FUTURO

## MISSÃO

- Promover a prestação de cuidados de hospitalização domiciliária com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e do ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente pela excelência.

## VISÃO

- Ser a primeira alternativa na prestação de cuidados a doentes agudos, com critério clínico, de qualidade distintiva, suportada numa rede integrada de serviços de elevada performance.

## MAPA ESTRATÉGICO



# **EM 10 ANOS (SNS)**

418 “camas”

52.000 doentes tratados

500.000 dias de internamento

Redução de custos em 39%  
(poupança de €55M)

**OUSÁMOS** SONHAR.  
DECIDIMOS **FAZER!**

**10** HOSPITALIZAÇÃO  
**ANOS** DOMICILIÁRIA

# ***UHD 2.0***

**Aposta na  
digitalização**

**Protocolos de  
seleção de  
doentes**

**Envolvimento de  
outras  
especialidades  
médicas**

**Unidades de  
Hospitalização  
Domiciliária  
Temáticas**

**Formação de  
Cuidadores**

# **UHD 2.0**

O Rei George VI tinha neoplasia do pulmão e foi operado no dia **23 de setembro de 1951** pelo cirurgião Clement Price Thomas, que inicialmente resistiu à ideia de fazer o procedimento no palácio de Buckingham e só aceitou com a condição de que se reproduzisse, no salão, uma sala de cirurgia do hospital.



# ***UHD 2.0***



**O DESAFIO DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS RECURSOS  
HUMANOS E A DIGITALIZAÇÃO DOS CUIDADOS**

# Razões para a Hospitalização Domiciliária

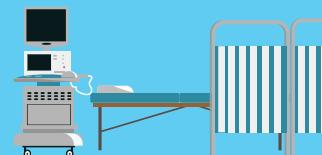


População  
geriátrica  
a aumentar



Crescimento  
populacional

Necessidade  
de inovar soluções  
de internamento



A admissão hospitalar  
convencional apresenta  
riscos de desenvolvimento  
de infeções hospitalares



Os doentes apresentam,  
em muitas situações,  
melhores resultados clínicos

- *De: familiar.utente.uhd@uhd.hgo.pt*
- *Para: hosp.domiciliaria@hgo.min-saude.pt*
- *Data: XX de fevereiro de 2018*



Exmos. Senhores,

No dia 27 de Janeiro levei o meu pai de nome DOENTE.UHD, de 98 anos, às urgências do Hospital Garcia de Orta em Almada, pois estava extremamente constipado e com muita tosse e pieira. Após a triagem foi visto pelo médico e realizou exames e foi-lhe diagnosticado uma pneumonia. Foi internado e aí permaneceu uma noite. Os profissionais mostraram-se extremamente atenciosos. No dia seguinte uma médica colocou-me uma série de questões e decidiu-se que ficaria em hospitalização domiciliária, o que aconteceu até ao dia 7 de Fevereiro, Em casa esteve com oxigénio e diariamente incluindo sábado e domingo ali se deslocaram uma médica e uma enfermeira e num dos dias foi um médico e uma enfermeira e ainda uma assistente social estagiária. Os médicos e enfermeiras foram extremamente simpáticos e altamente profissionais, permitindo assim que o meu pai não fosse contaminado por outros doentes e além de que estava no seu lar, com uma assistência familiar vinte e quatro horas. Quero manifestar a minha gratidão para com este sistema hospitalar extremamente mais humanizado e os profissionais de saúde são credores dos maiores elogios devido à sua eficiência e simpatia.



Os meus sinceros parabéns pelo serviço prestado.  
Com os melhores cumprimentos,  
FAMILIAR.UTENTE.UHD

- *De: cliente.uhd@cuf.pt*
- *Para: hospitalizacaodomiciliaria@cuf.pt*
- *Data: XX de junho de 2020*



Boa tarde a toda a equipa (não específico nomes porque não quero esquecer ninguém, estou profundamente reconhecida e grata pelo empenho e dedicação de todos),

Fui internada de urgência no dia XX para uma cirurgia de urgência que decorreu essa madrugada. Era um abcesso plantar no pé esquerdo e infetado também com celulite. O internamento no Hospital CUF Infante Santo correu muito bem, mas ao terceiro dia queria vir-me embora. Foi então que me foi apresentada a solução do internamento domiciliário da equipa CUF. Aceitei a proposta e saí logo naquela tarde. Obviamente, os médicos falaram com o médico cirurgião que me operou.

Em casa o meu filho mais velho, com 20 anos, ficou como meu cuidador - tem sempre que haver um cuidador no internamento domiciliário, o doente não pode ficar sozinho em casa

As visitas da equipa são 2 vezes por dia: uma de manhã para ver os sinais vitais e fazer o antibiótico, e uma segunda à tarde para nova toma de antibiótico.

A equipa, composta por médico e enfermeiro, deixavam a medicação em sacos identificados para as várias tomas ao longo do dia e um saco com medicação SOS. A equipa tem um grande espírito de dedicação ao doente e camaradagem, dão-se todos muito bem e sempre focados no bem estar do doente.

Tratam das marcações no hospital e não temos de preocupar com nada. Fui sempre muito bem tratada e o serviço é excelente e sempre com uma linha de apoio telefónico todos os dias 24 horas por dia.

Recomendo vivamente este serviço.

Reconhecidamente grata a todos, desejo muito sucesso para este novo desafio e apresento os meus melhores cumprimentos,

CLIENTE.UHD.CUF



75%

das vezes que  
comunicamos com um  
doente estamos seguros  
de que ele percebeu  
perfeitamente a  
mensagem



21%

na verdade, apenas,  
considera ter percebido  
essa mensagem!

Olsen DP et al. Communication discrepancies between physicians and hospitalized patients.  
Arch Intern Med. 2010 Aug 9;170(15):1302-7



search ID: aton1405

**"Doctor, I'm not sure I can trust you."**

OUSÁMOS SONHAR.  
DECIDIMOS FAZER!

10 HOSPITALIZAÇÃO  
ANOS DOMICILIÁRIA

# GRANDE CONFERÊNCIA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

AESE BUSINESS SCHOOL

15:15

Mesa redonda

## **"Condições para a mudança"**

**Moderador:**

**José Fonseca Pires**, Professor da AESE Business School

**Oradores:**

Transformação Digital | **Micaela Seamann**, CUF

Medição, Outcomes e Financiamento | **João Marques Gomes**, ULS Cova da Beira

Mudança organizacional e de cultura | **Adelaide Belo**, PAFIC

16:45

Coffee Break



# GRANDE CONFERÊNCIA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

AESE BUSINESS SCHOOL

17:15

## Mesa redonda “Saúde em casa”

Moderadora:

**Cátia Sá Guerreiro**, Professora da AESE Business School

Oradores:

Experiência ULSAAL | **Pedro Gameiro**

Experiência ULSSJ | **António Oliveira e Silva**

Experiência Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid | **Carlos Bibiano**



# Conferência – Hospitalização Domiciliária

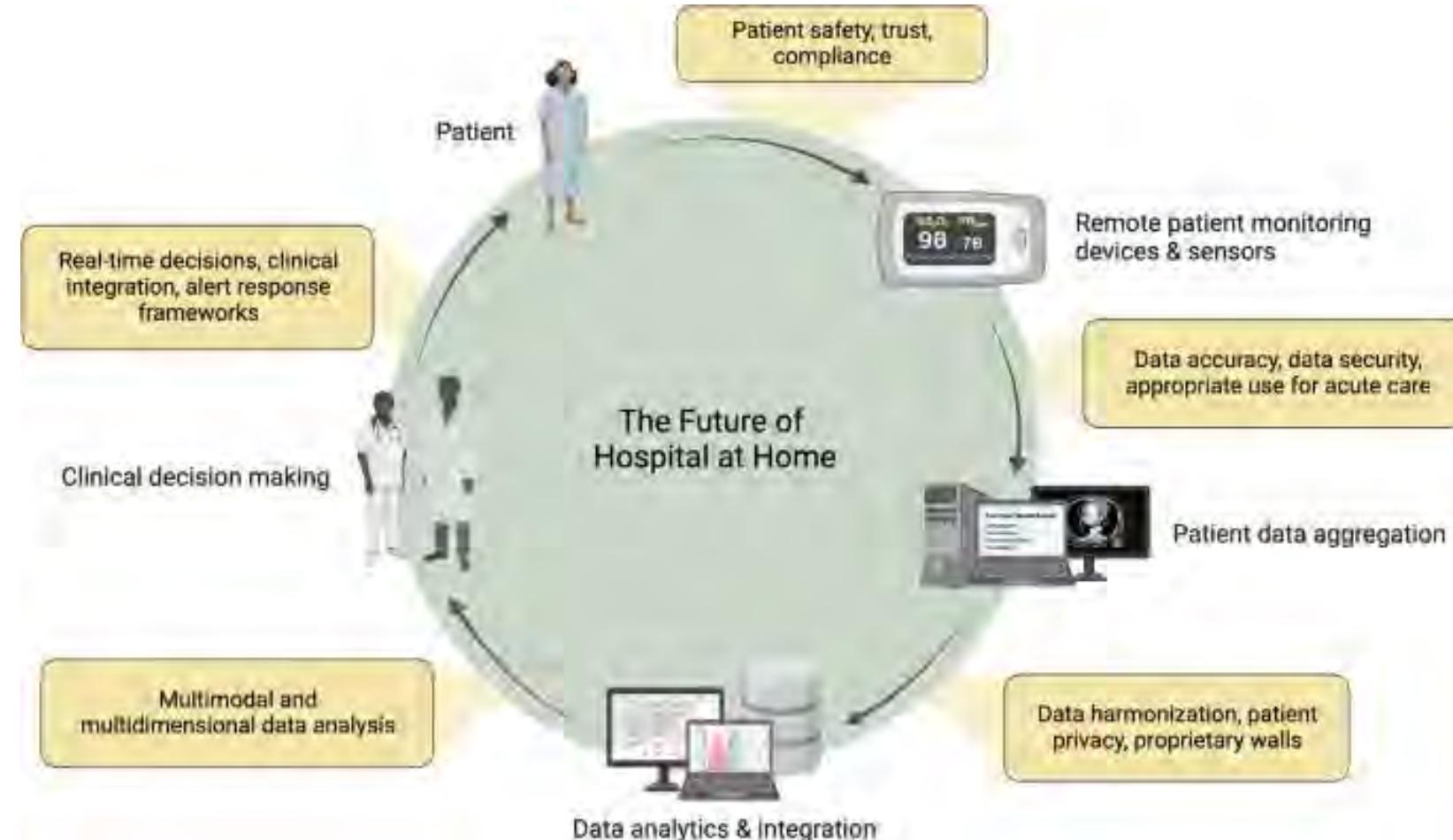
# DADOS RELATIVOS À ATIVIDADE DO SERVIÇO HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIO

	Ano 2023		Ano 2024	
	%	%	%	%
<b>Total de doentes referenciados para o SHD ( recusados e tratados)</b>	404		548	> 35,5%
<b>Total de doentes recusados</b>	133	32,9%	224	
Motivos:				
Social	29	21,8%	48	21,4%
Geográfico	29	21,8%	59	24,6%
Clínico	54	40,6%	74	33,0%
Recusa doente/cuidador	20	15,0%	37	16-,5%
Ausencia de vaga	1	0,7%	6	2,7%
<b>Total de doentes tratados no SHD</b>	271		320	> 18%
Media de idades	71		72	
Taxa de ocupação	62,95%		62,00%	
Nº. de dias de internamento	2757		2721	
Media de dias no Internamento no SHD	10,27		8,34	
Taxa de retorno ao hospital (agravamento clínico)	5	1,8%	14	4,4%
Taxa de mortalidade	4	1.5%	5	1,6%
<b>Serviço referenciador</b>				
Medicina Interna	200	49,50%	270	49,3%
Admissão direta	66	16,3%	78	14,2%
Urologia	30	7,4%	54	9,9%
Infeciologia	24	6,0%	23	4,2%
Ortopedia	22	5,4%	15	2,7%
Cirurgia geral	20	4,9%	30	5,5%
.....	.....	.....	.....	.....
<b>N. Visitas</b>				
Médico+Enf <sup>0</sup>	2088		2088	
Enf <sup>0</sup>	1985		1936	
Social	0		7	
<b>Contactos telefónicos</b>	1739		1738	

# Conferência de Hospitalização Domiciliária

Total de doentes tratados no SHD	271		320	> 18%	
Media de idades	71		72		
Taxa de ocupação	62,95%		62,00%		
n. de dias de internamento	2757		2721		
Media de dias no Internamento no SHD	10,27		8,34		
Taxa de retorno ao hospital (agravamento clínico)	5	1,8%	14	4,4%	
Taxa de mortalidade	4	1.5%	5	1,6%	

# Conferência de Hospitalização Domiciliária



Jay A. Pandit, Jeff B. Pawelek, Bruce Leff & Eric J. Topol,  
<https://doi.org/10.1038/s41746-024-01040-9>

# Conferência de Hospitalização Domiciliária

## **Facilitar as colaborações - interna e externa**

### **As questões**

1. Como estamos a promover a confiança na nossa organização?
2. Qual é a cultura desejada?
3. As nossas lideranças são "modelos a seguir" para uma cultura colaborativa?
4. Somos considerados parceiros valiosos para médicos e outras organizações dentro da comunidade?
5. Conhecemos suficientemente bem os nossos parceiros? Confiam em nós?
6. Quando é que os nossos sistemas de informação levarão (e devolverão) toda a informação relevante à cabeceira do doente?
7. Em que ponto estamos a alcançar a conectividade digital entre os prestadores e os pacientes?
8. Com que frequência os dados recolhidos dos sistemas de informação são revistos nas reuniões das equipas clínicas e administrativas? Que dados são apresentados à liderança sénior?

# Conferência de Hospitalização Domiciliária

- Gabinete de Apoio ao Cuidador
- Aumento de índices de referênciação direta
  - Serviço de Urgência
  - Cuidados Primários de Saúde
  - Rede de Cuidados Continuados
  - Estruturas Residenciais para Idosos
- Aumentar a confiança e a facilidade de referênciação interna
  - O contributo da tecnologia

# Conferência de Hospitalização Domiciliária



CUIDADOS  
DE SAÚDE PRIMÁRIOS

## HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Data de atualização: 08-01-2026 21:30:01

### CANDIDATOS A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA



[link jOne](#)

PESQUISAR CANDIDATO POR PROCESSO :

[Médicos Hospitalares](#)

[Médicos Hospitalares Pós-Int.](#)

[Enfermeiros Multidisciplinares](#)

[Enfermeiros Multidisciplinares Pós-Int.](#)

#### URGÊNCIA



ND	Sexo	Serviço	Cama / Local	Diagnóstico
10039457	M	MEDICINA INTERNA	4089	Insuficiência respiratória (IR)
1020572	F	OFTALMOLOGIA	2057	Insuficiência respiratória (IR)
2000992	F	MEDICINA INTERNA	3005	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
92061102	M	MEDICINA INTERNA	4039	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
93016560	F	ORTOPEDIA	7071	Infeção de próteses
94002356	F	MEDICINA INTERNA	4010	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
99037073	F	MEDICINA INTERNA	3024	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
1003095	F	MEDICINA INTERNA	3518	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
10037631	M	PNEUMOLOGIA	9404	Pneumonia (PAC)
1005505	M	MEDICINA INTERNA	5356	Insuficiência Cardíaca (IC) descompensad
1008752	F	UROLOGIA	7316	Pielonefrite (PNA)
1010787	F	MEDICINA INTERNA	645	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
1011509	F	ORTOPEDIA	7072	Insuficiência Cardíaca (IC) descompensad

ND	Sexo	Serviço	Cama / Local	Diagnóstico
10039457	M	MEDICINA INTERNA	4089	Insuficiência respiratória (IR)
1020572	F	OFTALMOLOGIA	2057	Insuficiência respiratória (IR)
2000992	F	MEDICINA INTERNA	3005	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
92061102	M	MEDICINA INTERNA	4039	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
93016560	F	ORTOPEDIA	7071	Infeção de próteses
94002356	F	MEDICINA INTERNA	4010	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
99037073	F	MEDICINA INTERNA	3024	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
1003095	F	MEDICINA INTERNA	3518	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
10037631	M	PNEUMOLOGIA	9404	Pneumonia (PAC)
1005505	M	MEDICINA INTERNA	5356	Insuficiência Cardíaca (IC) descompensad
1008752	F	UROLOGIA	7316	Pielonefrite (PNA)
1010787	F	MEDICINA INTERNA	645	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Card
1011509	F	ORTOPEDIA	7072	Insuficiência Cardíaca (IC) descompensad

### INFORMAÇÕES SERVIÇO SOCIAL



Idade: 0  
Vive com: Amigo (Eduardo -  
Contacto: 220155833)

### DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DE DOENTES POR FREGUESIAS

103 | 7

103 | 0

Nº de candidatos | preferenciais

2 | 2

2 | 0

Nº de sinalizados para AS

8 | 0

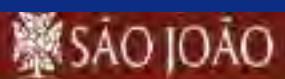
Nº de internados



# Conferência de Hospitalização Domiciliária

- Doentes Preferenciais:
  - Doente que vive em lar (ERPI) ou internamento anterior em UHD
  - Parâmetros biológicos e analíticos nas últimas 24h:
    - Creatinina <2
    - Sodio >125 e < 150
    - Potassio < 5,5
    - Glasgow=15
    - FC > 50 e < 120
    - Sistolica > 90 e < 200

# Conferência de Hospitalização Domiciliária



Página Inicial > Gestão Operacional > Hospitalização Domiciliária

Pesquisar

Favoritos

Explorar

Arquivo

Exibir

Editar no Power BI Desktop

Explorar

Atualizar



SÃO JOÃO

FUNCIONÁRIO  
DE SÃO JOÃO PRIMÁRIO

voltar à página anterior

Freguesia: **Tudo**

Selecionar tudo

Doentes candidatos à HD

Doentes preferenciais à HD



ND	Serviço	Diagnóstico	
10039457	MEDICINA INTERNA	Insuficiência respiratória (IR)	
1020572	OFTALMOLOGIA	Insuficiência respiratória (IR)	
1000992	MEDICINA INTERNA	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada	
02061102	MEDICINA INTERNA	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada	
93016560	ORTOPÉDIA	Infecção de próteses	
94002356	MEDICINA INTERNA	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada    Pneumonia (PAC)	
19037073	MEDICINA INTERNA	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada	
1003095	MEDICINA INTERNA	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada	
10037631	PNEUMOLOGIA	Pneumonia (PAC)	
1005505	MEDICINA INTERNA	Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada	
1008752	UROLOGIA	Pielonefrite (PNA)	
1010787	MEDICINA INTERNA	Insuficiência cardíaca    Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada	
1011509	ORTOPÉDIA	Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada	

# Conferência de Hospitalização Domiciliária

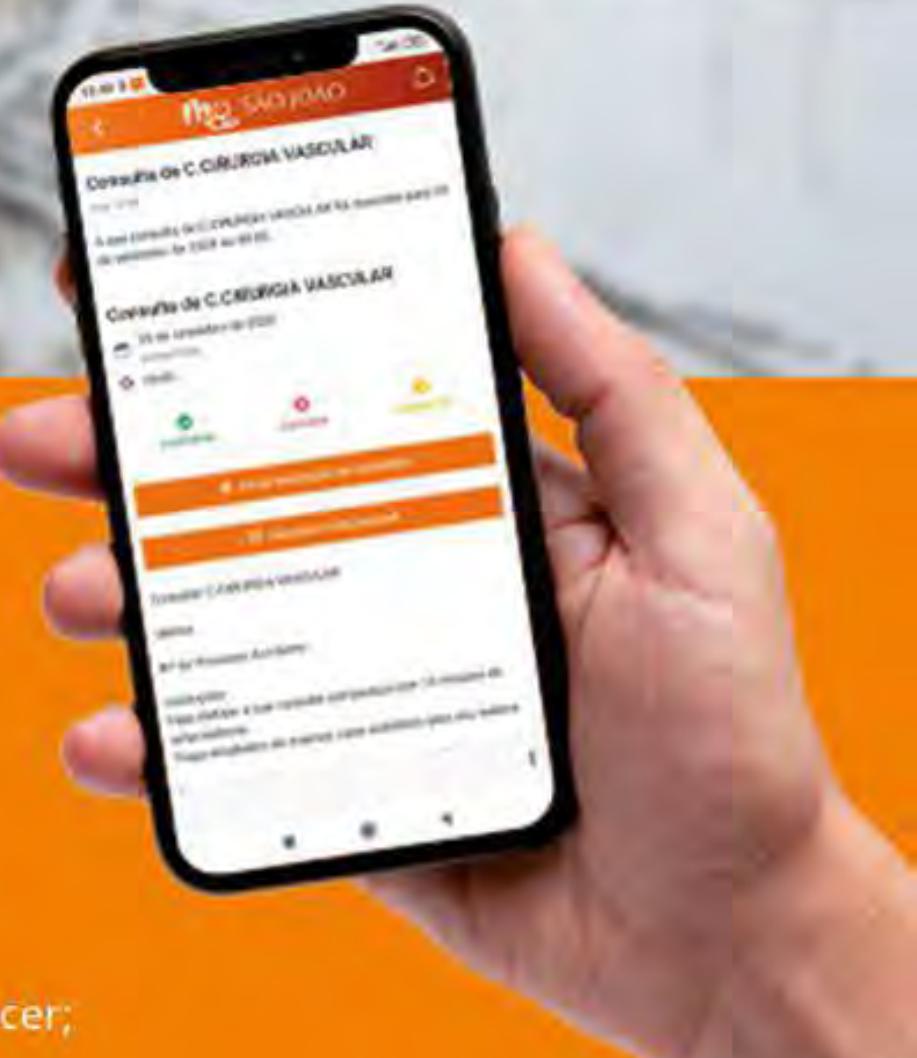


Responsabilidade Médico-Hospital	
ID: Cura (403)	
Dashboard  Notes Clinical  Prescriptions  Analyses  Diagrams  Print  Identification	
<p><b>NOTAS CLÍNICAS:</b></p> <p>✓ Últ. dia de internamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciprofloxacinha 400mg + Tezabactam 500mg</li> </ul> <p><b>LISTA DE PROBLEMAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ URTI</li> <li>- Doente sem indicação para manobras de resuscitação visto o seu quadro se encontra tipo II (quadro de doença cerebrovascular e demência).</li> </ul> <p>✓ PVI.</p> <p>** Agudizado concretamente</p> <p>** Doença renal crônica estadião 3b - pCr basal 130 (Lévignac).</p> <p>** TUS de retenção (Isolamento urinário de Ps. Aeruginosa 12/2025)</p> <p>- TA: Sist. 120/75 (77,5% norm.) / Pco 262 / Glic 107 / UCr 100 (35) / Na 138 / K 4,2 / PCo 249</p> <p>- Eco RV (40): 'Nas de normais dimensões com diminuição da espessura parietalquistomatos e redução da difusão da parietalquistomatos. Sugere nefropatia. Áreas de redução focal da espessura parietalquistomatos sugerindo necrose. Quistes bilaterais. Sem dilatação do sistema excretor bilateralmente. Bexiga vazio impossibilitando a sua avaliação com balão de algibeira e dourovel.'</p> <p>- Ciprofloxacinha 400mg + Tezabactam 500mg - stepwise a (5/0)</p> <p>- HC: 2 (sob zero) - ureia (137,0); negativo.</p> <p>- Hidroálcool (13/18): Pseudomonas aeruginosa (AE) e <i>Escherichia coli</i> / Tezabactam / Amikacin / Ciprofloxacinha / Tebramicina.</p> <p>- Desoxicolato (11,05/01) dentro da sua hidroálcool (13/18) e a sua dose de 20 ml.</p>	<p><b>MONITORIZAÇÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>146 Sistólica Últ. 4 dias</li> <li>63 Diastólica Últ. 4 dias</li> <li>12 Escala de Braden Últ. 4 dias</li> <li>75 Escala de Morse Últ. 4 dias</li> <li>0 Monitorizar Últ. 4 dias</li> <li>60 Monitorizar frequência cardíaca Últ. 4 dias</li> </ul> <p>+</p> <p><b>INTERAÇÕES ALERGICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>INTERAÇÃO CRÍTICA / MÍNIMA             <ul style="list-style-type: none"> <li>(2/03) Ni-Protease</li> </ul> </li> <li>INTERAÇÃO             <ul style="list-style-type: none"> <li>11 Hemolíticos (últ. 4 dias)</li> </ul> </li> <li>INTERAÇÃO CERCA             <ul style="list-style-type: none"> <li>17 Cálculo (últ. 4 dias)</li> <li>2/02 Creatinina (últ. 4 dias)</li> <li>1,7 Fosfato inorgânico (últ. 4 dias)</li> <li>103 Glúcone (últ. 4 dias)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>RESULTADOS TESTES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RESOLUÇÃO/INTIMA (SCDM)</li> <li>APARELHO CARDIOVASCULAR</li> <li>APARELHO RESPIRATÓRIO</li> <li>APARELHO URINÁRIO</li> <li>HORMONAS E MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DAS UTIULAS (ADMISSIONS)</li> </ul>

Caro(a) Colaborador(a) do Centro Hospitalar Universitário de São João,

Com a **App My São João** conseguirá aceder a uma série de novas funcionalidades para melhoria das interações de saúde que mantém com o CHUSJ, como por exemplo:

- 🕒 Confirmar a chegada para a consulta, sem necessidade de se dirigir ao secretariado ou ao quiosque;
- 🕒 Solicitar pedido de remarcação de consulta, caso não possa comparecer;
- 🕒 Realizar videoconsulta, de acordo com a indicação do seu médico assistente;
- 🕒 Registar a admissão na Urgência de Adultos, sem necessidade de se dirigir ao secretariado.



# GRANDE CONFERÊNCIA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

AESE BUSINESS SCHOOL

17:15

## Mesa redonda “Saúde em casa”

Moderadora:

**Cátia Sá Guerreiro**, Professora da AESE Business School

Oradores:

Experiência ULSAAL | **Pedro Gameiro**

Experiência ULSSJ | **António Oliveira e Silva**

Experiência Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid | **Carlos Bibiano**



# *Hospital sin paredes*

## Transformação digital na saúde.



Carlos Bibiano Guillén

Diretor de Transformação Digital  
Coordenador de Urgência e Hospitalização Domiciliária  
Professor Associado. Faculdade de Medicina. UCM  
Hospital Universitário Infanta Leonor. Madrid

# “Repensar”

O nosso modelo de cuidados de saúde



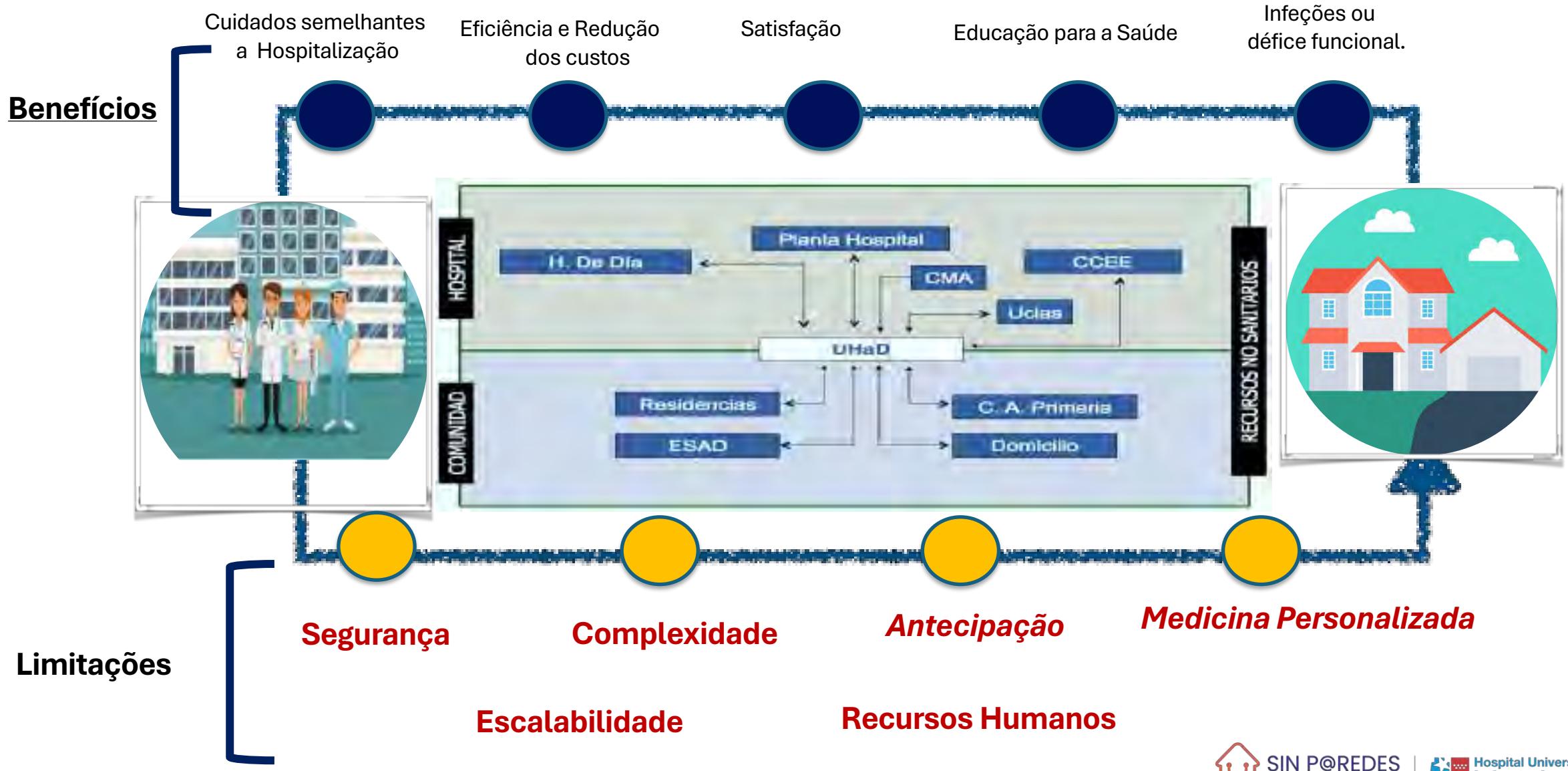
SI



SIN P@REDES  
Tu hogar, tu hospital

Hospital Universitario  
**Infanta Leonor**  
SaludMadrid Hospital Virgen  
de la Torre

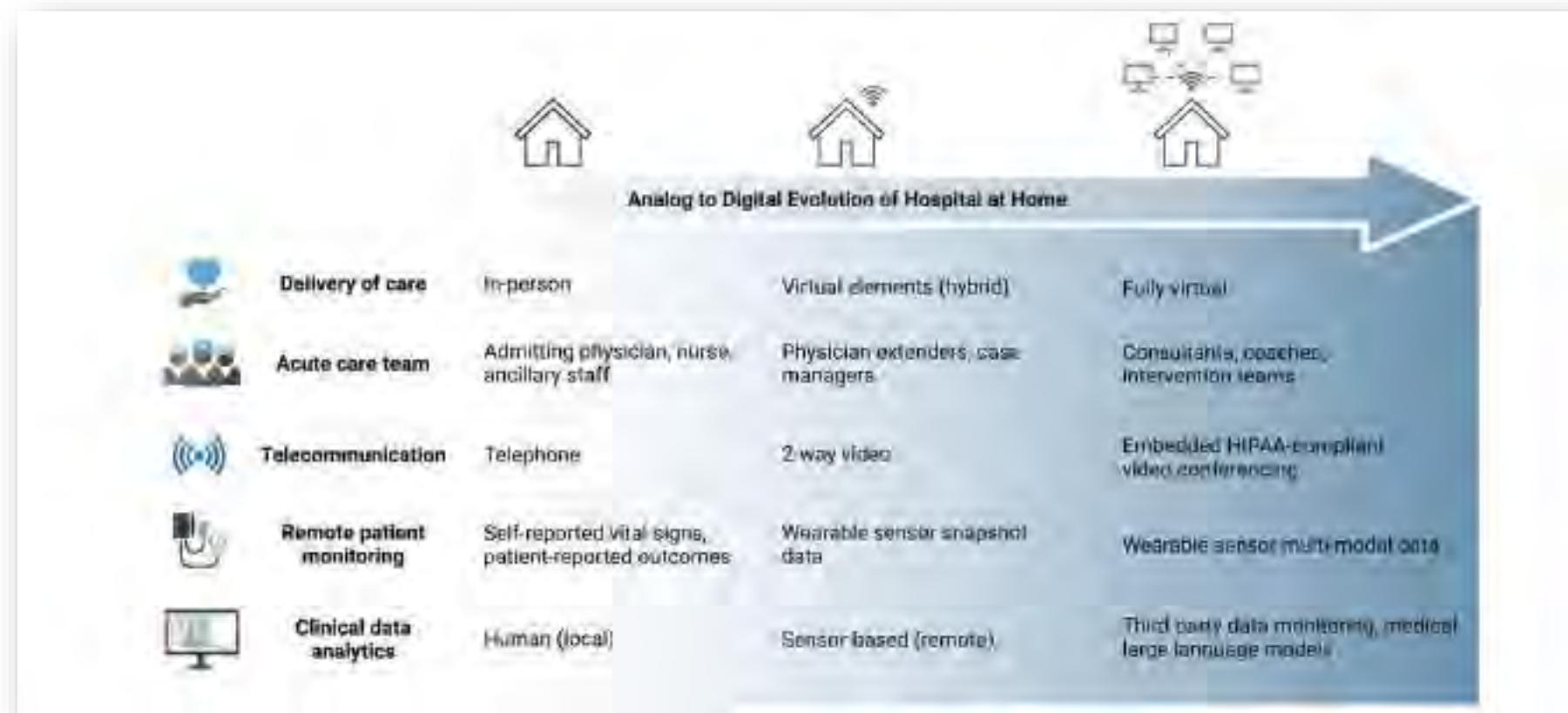
# Hospitalização domiciliária



# The hospital at home in the USA: current status and future prospects

npj Digital Medicine | (2024)7:48

Jay A. Pandit<sup>①</sup> , Jeff B. Pawelek<sup>①</sup> , Bruce Leff<sup>②</sup> & Eric J. Topol<sup>①</sup> 



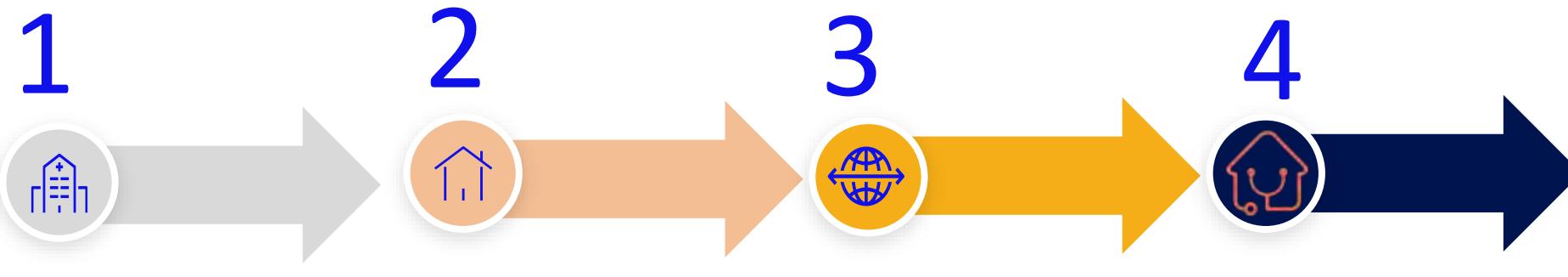
# "O projeto de um Hospital do Futuro é muito mais complexo do que incorporar tecnologia."

“El proyecto de un Hospital del Futuro es mucho más complejo que incorporar tecnología. Es reinventar nuestra forma de hacer las cosas.”



**"Reinventar a nossa forma de para fazer coisas"**

# O nosso caminho. ....



## Hospitalización Convencional

Año 2008

>300.000 habitantes

< 400 camas hospitalaria

## Hospitalización a Domicilio

Año 2014.

Pacientes com critérios de internação hospitalar

Mais de 7000 pacientes

## Transformação digital Hospital sin paredes da UHAD

Año 2020-2021



Plan estrategico 2021-2025

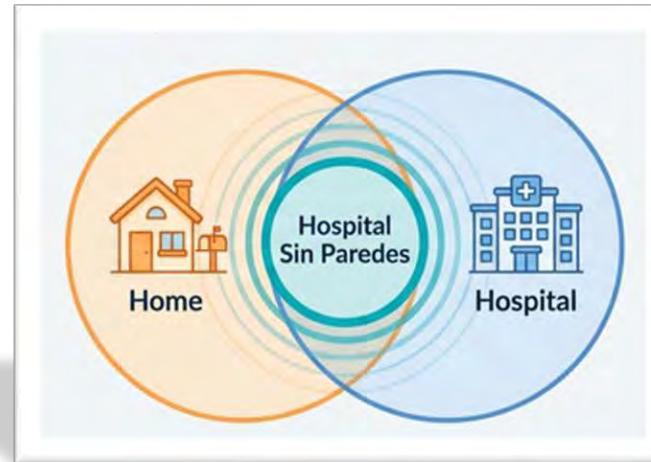


5 

# ¿Hospital sem paredes?: Reinventar o modelo

**Medicina Personalizada**  
Adaptar os cuidados ao processo, à doença e às características individuais dos doentes

**Hospital en el Domicilio**  
Servir o paciente onde ele se beneficia



**Tecnología "fundamental"**  
-Transformación digital de verdad  
-Atención Virtual/Híbrido = Atención presencial  
-Sensores multiparamétricos, IA.....  
-

**DATOS**      **“NEW”**

*“Dados são o novo oxigênio que nos permite integrar informação em tempo real e poder intervir para antecipar complicações de forma automatizada. ¿IA?”*

# Implementação

## Plano de Atendimento Personalizado e Digitalizado



Adaptado à doença e ao doente

Adaptado à evolução

Tablet e/ou APP

SI/No

Algoritmos adaptados

Automação

Atendimento Virtual/Híbrido

Videochamadas estruturadas

Mensagens/Chat/.....

Educação para a Saúde

## Dados: Algoritmos/Segmentação



# Modelos de Atención Personalizada

Adaptar la asistencia al proceso, a la enfermedad y a las características individuales.

## Atención Virtual



Monitoreo remoto puro.

## Atención Presencial

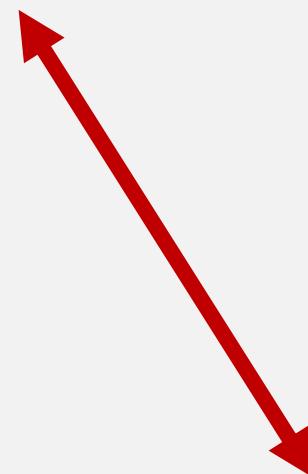


Visitas físicas tradicionales en domicilio.

## Atención Híbrida



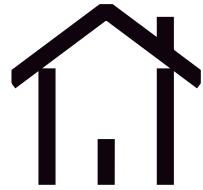
Combinación de monitoreo remoto y visitas físicas.



SIN P@REDES  
Tu hogar, tu hospital

Hospital Universitario  
**Infanta Leonor**  
SaludMadrid Hospital Virgen de la Torre

# Caminho do Paciente



## Plan de atención “Digital” personalizado

Ingreso del paciente en domicilio

Voluntariedad

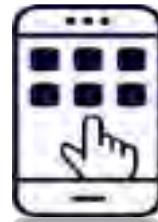
Plan Adaptado a la enfermedad/proceso/paciente



## Análisis

Análisis dinámica de los datos

Integración



## Data Collection

Paciente atendido en domicilio

Tablet/app

Sensores Multiparamétricos



## Transmisión de datos

Monitorización continua

Algoritmos

Los datos son Integrados ,Segmentados y enviados en tiempo real a la plataforma



## Intervencion

Decisión individualizada en función del plan/programa/decisión de intervención

Educación y recomendaciones

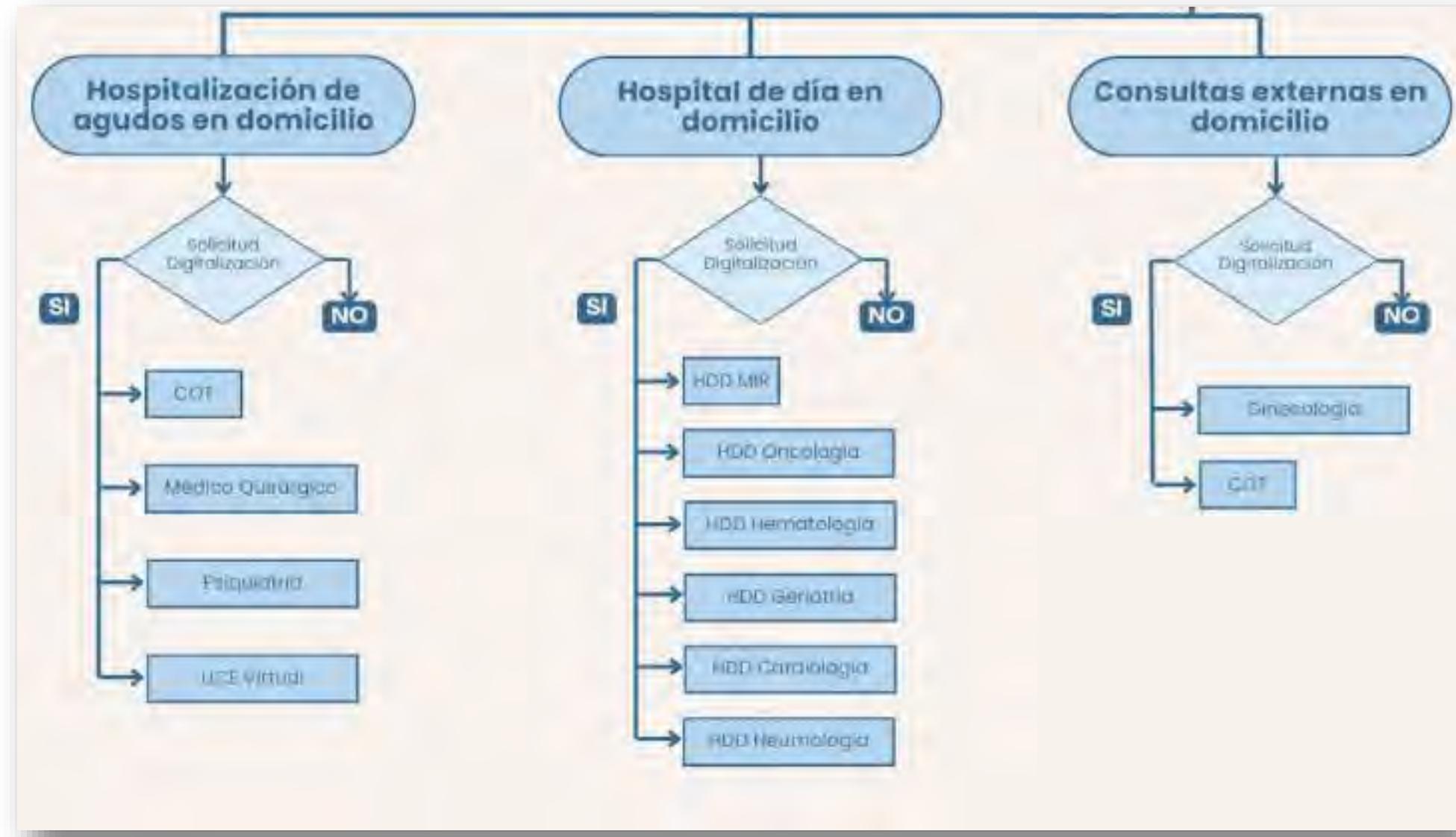


## Monitorizacion

Monitorizacion de los pacientes

Anticipacion

Comunicación



# Resultados Gerais

Doentes Digitalizados

**>3000**



Planos de cuidados  
personalizados

**>65**



Programas Estabelecidos

**>15**



Cuidados virtuais

**30%**



# Satisfação



## Implementación de una unidad de corta estancia virtual domiciliaria: viabilidad, seguridad y satisfacción

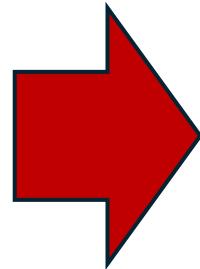
*Implementing a virtual home short-stay unit: feasibility, safety, and satisfaction*

Carlos Bibiano-Guillén<sup>1,2</sup>, María Mir-Montero<sup>1,2</sup>, Beatriz Rodríguez-Rodríguez<sup>1</sup>, Sara Vinat-Prado<sup>1</sup>, María Sánchez-Pérez<sup>1</sup>, M Carmen Pantoja-Zarza<sup>3</sup>

.ctividad	
Pacientes ingresados directamente desde urgencias	209 (100)
Pacientes con estancia en urgencias antes de traslado a domicilio:	
Menos de 12 horas	98 (46,9)
12-24 horas	78 (37,1)
Más de 24 horas	33 (16,0)
Estancia media en días	4,9
Número medio de pacientes ingresados/mes	9,5
aracterísticas epidemiológicas	
Sexo	
Hombres	108 (51,6)
Mujeres	101 (48,3)
Edad media (años)	52
Número de pacientes < 65 años	140 (66,9)
Número pacientes 65-74 años	46 (21,0)
Número pacientes > 75 años	22 (11,0)

Jesenlace	
Altas a domicilio	204 (97,60)
Traslado a hospitalización convencional	5 (2,39)
Eventos adversos totales <sup>2</sup>	22 (10,52)
Flebitis	17 (8,13)
Hipopotasemia	5 (2,39)
Mortalidad durante el ingreso	0 (0)
Mortalidad a los 30 días	0 (0)
Reconsulta a urgencias < 72 h	1 (0,47)
Reingreso hospitalario en los siguientes 30 días	4 (1,91)
atisfacción	
Tasa respuesta a la encuesta satisfacción (%)	87,65
NPS global (%)	98,16

Cerca de 800 Pacientes  
Implementación



### HOSPITALES COMUNIDAD DE MADRID TIPO 2 AÑO 2022

COSTE HOSPITALIZACIÓN	ESTANCIAS 2022	COSTE ESTANCIA
750.168.302,00	864.800,00	867,45

### HOSP. UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR AÑO 2022

COSTE HOSPITALIZACIÓN	ESTANCIAS 2022	COSTE ESTANCIA
86.368.038,60	117.060,00	737,81

### HOSP. UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (HAD) AÑO 2022

COSTE HOSPITALIZACIÓN HAD	ESTANCIAS CENSALES 2022	COSTE ESTANCIA
1.885.063,09	12.598,00	149,63

Para terminar...

---

**“O Hospital do Futuro não se trata de colocar mais tecnologia,  
mas em reinventar a forma como fazemos as coisas.”**

**"80% do sucesso está na reformulação organizacional.  
20%, na tecnologia bem escolhida.“**

**"O nosso hospital não tem paredes,  
mas tem visão, dados e humanidade."**

# Obrigado

[carlos.bibiano@salud.madrid.org](mailto:carlos.bibiano@salud.madrid.org)

Twitter: [@cbg72](https://twitter.com/cbg72)

Linkedin: [www.linkedin.com/in/carlosbibiano](https://www.linkedin.com/in/carlosbibiano)

# GRANDE CONFERÊNCIA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

AESE BUSINESS SCHOOL

17:15

## Mesa redonda "Saúde em casa"

Moderadora:

**Cátia Sá Guerreiro**, Professora da AESE Business School

Oradores:

Experiência ULSAAL | **Pedro Gameiro**

Experiência ULSSJ | **António Oliveira e Silva**

Experiência Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid | **Carlos Bibiano**



# GRANDE CONFERÊNCIA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

AESE BUSINESS SCHOOL

19:00

Conferência de Encerramento

**Francisco Rocha Gonçalves**, Secretário de Estado da Gestão da Saúde

19:30

Cocktail e Networking

