

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

Disciplina de Medicina Geral e Familiar



UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



**TRABALHO FINAL DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

## **Visitas Domiciliárias médicas na USF do Parque**

Caracterização da população alvo de consultas domiciliárias em 2014 e  
Avaliação da perspetiva médica acerca dos cuidados domiciliários prestados

**Discente:** Ana Margarida da Silva Gonçalves

**Orientação científica:** Professor Doutor Luís Rebelo

Lisboa, 2015/2016



## **Índice**

<b>Resumo</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	2
<b>Introdução</b> .....	3
<b>Material e Métodos</b> .....	6
Caracterização da população alvo de consultas domiciliárias médicas no ano de 2014 na USF do Parque.....	6
Avaliação da perspectiva dos médicos da USF do Parque em relação às consultas domiciliárias.....	6
<b>Resultados</b> .....	8
Caracterização da população alvo de consultas domiciliárias médicas no ano de 2014 na USF do Parque.....	8
Avaliação da perspectiva dos médicos da USF do Parque em relação às consultas domiciliárias.....	12
<b>Discussão</b> .....	18
Caracterização da população alvo de consultas domiciliárias médicas no ano de 2014 na USF do Parque.....	18
Avaliação da perspectiva dos médicos da USF do Parque em relação às consultas domiciliárias.....	20
<b>Agradecimentos</b> .....	25
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	26



## **Resumo**

Os cuidados domiciliários são, por definição, cuidados de saúde prestados na residência do doente. Na grande maioria dos casos, o principal motivo que leva a optar por este tipo de cuidados é a impossibilidade do utente em se deslocar à unidade de saúde, quer esta seja temporária ou permanente. Este modelo de cuidados toma especial importância se tivermos em consideração o envelhecimento da população mundial e que é a população idosa a principal candidata a receber visitas domiciliárias por parte do seu médico de família bem como dos restantes profissionais de saúde.

Neste estudo pretende-se fazer uma caracterização geral da população a quem foram prestados cuidados médicos domiciliários na USF do Parque durante o ano de 2014 e também avaliar a perspectiva dos médicos desta USF em relação à prestação de cuidados domiciliários. Foram, neste caso, recolhidos dados dos processos dos utentes através do programa SClinico e colocado um inquérito a todos os médicos a exercer funções na USF à data do estudo.

Foram alvo de consultas domiciliárias 275 utentes entre os 0 e os 103 anos de idade, com uma média de idades de 82,98, sendo a maioria do sexo feminino (77%). O principal motivo para as consultas domiciliárias é limitação/incapacidade funcional. Os doentes têm, em média, cerca de 6 problemas codificados na sua lista de problemas cujos mais frequentes são hipertensão arterial, alteração do metabolismo dos lípidos e osteoartrose.

Responderam ao inquérito 9 médicos onde se apura que os mesmos reconhecem os benefícios deste modelo de cuidados. As principais dificuldades enumeradas, para as quais são apontadas algumas propostas de solução, dizem respeito ao tempo despendido, ao horário destinado a este tipo de consultas e ainda ao material médico desadequado.

## **Abstract**

By definition, home health care are treatments provided at the patient's home. Within the vast majority of cases the factor that leads to the choice of this kind of care is the unavailability of the sick person to go to the health centre by him or herself. This model of health care gains even more relevance taking into consideration the ageing of the world population who are the biggest potential candidates to welcome health visitors, either their GPs or nurses.

This essay aims at doing a general characterisation of the population to whom had been provided home health care treatments at the "Unidade de Saúde Familiar" (USF) of Parque, during the year of 2014 and also to assess the GPs' vision and perceptions concerning its delivery. In order to do so, data was collected from the patient's files saved in the software "SClinico" and a survey was delivered to all GPs working at the USF by the date of this paper.

Two hundred and seventy five (275) home care medical appointments were processed. The age range of the patients was between zero (0) and 103 years old with an average age of 82,98 years old. Regarding the sex, female were the majority (77%). The main cause for the care medical appointments is physical incapacity or functional limitation. The patients showed in average as much as 6 codified problems which the most recurrent are arterial hypertension, lipids metabolism alteration and osteoarthritis.

Nine (9) GPs answered to the survey, in which one can conclude that doctors acknowledge the benefits of this type of care. The main reported difficulties, to which they suggested some solutions, relate with the too much time needed to perform the medical appointments and its schedule as well as the inadequacy of the medical instruments.

## **Introdução**

Os cuidados domiciliários são, por definição, cuidados de saúde prestados na residência do doente por diversos motivos e com o objetivo de resolução e/ou acompanhamento dos problemas de saúde do utente que não requeiram hospitalização. Na grande maioria dos casos, o principal motivo que leva a optar por este tipo de cuidados é a impossibilidade do utente em se deslocar à unidade de saúde, quer esta seja temporária ou permanente.<sup>1,2,3</sup> O seu objetivo primordial é, então, responder ao desafio de manter um doente incapacitado na sua casa nas melhores condições possíveis.<sup>4</sup>

Idealmente estes serão cuidados prestados de forma longitudinal e continuada, realizados com recurso a uma equipa multidisciplinar composta não só por médicos e enfermeiros mas também por outros profissionais consoante as necessidades do doente, como por exemplo o assistente social, o fisioterapeuta ou o nutricionista. Este não se trata, portanto, de um modelo de consulta exclusivamente médico.<sup>1,5,6,7,8,9</sup>

Este modelo de consulta integra essencialmente os cuidados de saúde primários, uma vez que são os centros de saúde e os médicos de família que estão em melhores condições de prestar este tipo de cuidados. O médico de família é aquele que segue o doente de uma forma global e continuada agindo não só no tratamento na doença mas principalmente em prol da prevenção e promoção da saúde. Tendo por base estas características da Medicina Geral e Familiar, faz todo o sentido que sejam estes especialistas a ter mais fácil acesso às habitações dos seus doentes e, conseqüentemente, prestar estes cuidados.<sup>1,4</sup>

Na maior parte dos casos, as visitas domiciliárias verificam-se em doentes com algum grau de incapacidade que impede a sua deslocação ao centro de saúde tornando assim mais difícil o seu acesso aos cuidados de saúde. Contudo, através da deslocação do médico à residência do doente é possível manter a prestação de cuidados adequados a este grupo de doentes. Como tal, o cuidado domiciliário dos utentes incapacitados aumenta a qualidade dos serviços prestados, bem como contribui para uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos.<sup>2,4,6</sup>

Analisando as características do apoio domiciliário é fácil concluir que a população idosa será a principal candidata a receber visitas domiciliárias por parte do seu médico de família bem como dos restantes profissionais de saúde.<sup>3,9</sup> Se tivermos em consideração o envelhecimento da população mundial, ao qual Portugal não é exceção, rapidamente percebemos a importância dos cuidados domiciliários. Segundo os Censos de 2011 a

população portuguesa com idades superiores a 69 anos teve um crescimento na ordem dos 26%, constituindo agora 19% do total da população.<sup>10</sup>

Apesar de serem os idosos os principais beneficiários das consultas domiciliárias, estas não são exclusivas desta população. Para além da limitação/ incapacidade funcional que dificulta a deslocação dos utentes aos serviços de saúde são também consideradas indicações para prestação de consultas no domicílio: doentes que devido a patologia aguda ou crónica agudizada se encontrem fragilizados, pelo que não seria benéfico deslocarem-se; situações de patologia mental; suspeita de problemas psicossociais (por exemplo maus tratos); doença oncológica ou em estado terminal; recém-nascidos e puérperas, nomeadamente se existir risco social ou ainda para efeitos de certificado de óbito.<sup>1,5,6,7</sup>

Uma simples visita domiciliária pode valer mais do que inúmeras horas de consulta no consultório do médico de família. Mesmo na era tecnológica da medicina, esta é uma prática importante no dia-a-dia destes profissionais.<sup>5,8</sup>

São diversas as vantagens descritas desta prática médica como uma melhor relação médico-doente e um melhor entendimento por parte do médico do ambiente envolvente do doente e dos seus sistemas de suporte.<sup>5,6,7,8,11</sup> É comum o médico encontrar durante as visitas domiciliárias problemas inesperados dos quais não tinha conhecimento, como por exemplo o incorreto cumprimento da terapêutica instituída, problemas de segurança ou de nutrição. Estas visitas são ainda uma oportunidade para o médico fazer uma avaliação do ambiente e proporcionar ensinamentos ao doente e ao cuidador no sentido de prevenir eventuais quedas e outros acidentes.<sup>6,7</sup> A habitação do doente é também o melhor local para fazer a avaliação das atividades de vida diária, permitindo assim a avaliação funcional do paciente de forma mais correta.<sup>1,6,9</sup>

Alguns profissionais referem que esta experiência aumenta o grau de satisfação e gratificação, quer pessoal, quer do doente, permite um conhecimento mais profundo dos doentes, tornando, assim, a medicina mais eficaz.<sup>5,7,11</sup>

Apesar dos benefícios acima descritos esta é ainda uma prática pouco aceite por alguns profissionais sendo que a falta de treino é apontada como a principal barreira à prestação de cuidados domiciliários.<sup>5,8</sup> Algumas das restantes dificuldades apontadas são o tempo despendido na viagem e na consulta, a limitação de apoios tecnológicos, fracos reembolsos financeiros e ainda questões de segurança.<sup>6,7,12</sup>

Este estudo é constituído por duas partes. Na primeira pretende-se fazer uma caracterização geral da população a quem foram prestados cuidados médicos domiciliários na USF do Parque durante o ano de 2014. Na restante parte deste trabalho tem-se por objetivo avaliar a perspetiva dos médicos da USF em relação à prestação de cuidados domiciliários na tentativa de conseguir chegar a algumas propostas que possam melhorar e simplificar este modelo de cuidados.

## **Material e Métodos**

### Caracterização da população alvo de consultas domiciliárias médicas no ano de 2014 na USF do Parque

Foi realizado um estudo retrospectivo, observacional, não controlado, no qual foram incluídos todos os doentes inscritos na USF do Parque alvo de consultas domiciliárias médicas no período entre 1 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2014 por parte do seu médico de família ou outro em sua substituição.

Como método de recolha de dados foi escolhida a análise dos processos clínicos e também dos registos médicos das consultas destes utentes através do programa *SClínico*. Após o levantamento dos doentes, a quem tinham sido efetivadas consultas domiciliárias (276 utentes), foram consultados os respetivos processos clínicos e registos médicos de modo a avaliar os seguintes parâmetros: Idade, Género, Número de consultas domiciliárias durante esse período, Motivo para as consultas domiciliárias, Patologias codificadas na Lista de Problemas e Medicação Crónica.

No que diz respeito aos dados relativos à medicação crónica, estes foram posteriormente excluídos deste estudo uma vez que não se encontraram registos atualizados, não sendo possível retirar conclusões posteriores.

Dos 276 processos analisados foi excluído 1 utente por falta de informação no processo passível de ser analisada.

Em relação à Lista de Problemas foram excluídos da análise todos os sinais e sintomas que se encontravam codificados e também doenças de carácter agudo e autolimitado com data anterior à do ano em análise.

Para a respetiva análise estatística recorreu-se ao programa Excel para construção de uma base de dados com 275 doentes para o tratamento de dados, organização das variáveis de estudo e para obtenção de tabelas finais.

### Avaliação da perspetiva dos médicos da USF do Parque em relação às consultas domiciliárias

Como instrumento de recolha de dados foi criado um questionário onde foram incluídas diversas perguntas de resposta fechada, mas também, algumas de resposta aberta. Este questionário foi entregue, sob forma de papel, a todos os médicos a exercer no momento

funções na USF do Parque (10 médicos) que foi respondido de forma anónima por parte dos mesmos, tendo sido posteriormente feita a sua análise estatística.

Para a respetiva análise estatística recorreu-se ao programa Excel para construção de uma base de dados com as respostas aos questionários para o tratamento de dados, organização das variáveis de estudo.

## Resultados

### Caracterização da população alvo de consultas domiciliárias médicas no ano de 2014 na USF do Parque

Foram avaliados 275 utentes dos quais 211 são do sexo feminino (77%) e 64 do sexo masculino (23%). As idades variam entre 0 e 103 anos, estando a média de idades situada nos 82,98. A média de idades por sexo é de 83,49 no sexo feminino e 81,28 no sexo masculino.

Dos 275 utentes, 3 têm menos de 10 anos (1.09%), 1 entre 10 e 25 (0.36%), 3 entre 25 e 50 (1.09%), 32 entre 50 e 75 (11,64%), 234 entre 75 e 100 (85,09%) e 2 mais de 100 anos (0,73%).

**Tabela 1. Características demográficas da população de 275 doentes incluídos no estudo**

		Frequências	
		N	%
Género	Masculino	64	23
	Feminino	211	77
Idades	≤ 10 anos	3	1,09
	10 -25	1	0,36
	25 – 50	3	1,09
	50 – 75	32	11,64
	75 – 100	234	85,09
	≥ 100	2	0,73

O número total de domicílios por utente nesse ano varia entre 1 e 8, sendo a média de 2.01. A média do número de domicílios, consoante o sexo, é de 2.09 no sexo feminino e de 2.73 no sexo masculino.

Os principais motivos encontrados para as visitas domiciliárias foram Limitação/ Incapacidade funcional (56,36%, n=155) e Avaliação de Doença Aguda (8,36%, n=23). Registou-se ainda uma percentagem de 14,55% (n=40) de visitas domiciliárias para as quais não foi possível encontrar o motivo considerando-se este como desconhecido. Os restantes motivos registados foram: Iniciativa médica (5,82%, n=16); Visita pós-internamento (5,82%, n=16) Certificado de óbito (1,45%, n=4), Doença oncológica (1,45%, n=4); Observado durante a visita domiciliária a familiar (1,09%, n=3); Patologia Mental (1,09%, n=3); Solicitado pelo próprio ou por familiares (1,09%, n=3); Cuidador

de familiar acamado (0,73%, n=2); Pedido por outro profissional de saúde (0,73%, n=2); Revisão puerpério (0,73%, n=2); Comportamentos aditivos (0,36%, n=1); Primeira Consulta (0,36%, n=1).

<b>Tabela 2. Frequências dos Motivos para as Visitas Domiciliárias efetuadas pelos médicos</b>		
	<b>Frequências</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Limitação/ Incapacidade Funcional	155	56,36%
Desconhecido	40	14,55%
Avaliação doença aguda	23	8,36%
Iniciativa médica	16	5,82%
Visita pós-internamento	16	5,82%
Certificado de Óbito	4	1,45%
Doença oncológica	4	1,45%
Observado em visita domiciliária a familiar	3	1,09%
Patologia mental	3	1,09%
Solicitada pelo próprio/familiares	3	1,09%
Cuidadora familiar acamado	2	0,73%
Pedido de profissional de saúde	2	0,73%
Revisão puerpério	2	0,73%
Comportamentos aditivos	1	0,36%
Primeira Consulta	1	0,36%

O número de problemas codificados pelos médicos na lista de problemas varia entre 0 e 20 sendo a média de 6,8 por utente. No sexo feminino existem, em média, 6,75 problemas codificados, enquanto no sexo masculino existem em média 7,06.

Os principais problemas codificados pelos médicos nestes doentes são Hipertensão sem Complicações (41,1%, n=113); Alteração do Metabolismos dos lípidos (35,3%, n=97=), Demência (22,5%, n=62), Perturbações depressivas (19,6%, n=54); Limitações Funcional/ Incapacidade (18,2%, n=50); Insuficiência Cardíaca (17,8%, n=49); Síndrome vertebral com irradiação de dores (17,5%, n=48); Trombose/ Acidente vascular cerebral (15,6%,n=43); Osteoartrose do Joelho (15,3%, n=38); Hipertensão com complicações (13,8%, n=38); Fibrilhação/ Flutter auricular (12,7%, n=35); Cataratas (11,3%, n=31); Diabetes não insulino-dependente (11,3%, n=31); Veias varicosas da perna (10,9%, n=30); Obesidade (10,2%, n=28); Osteoporose (10,2%, n=28); Distúrbio ansioso / Estado de ansiedade (9,5%, n=26); Anemia por deficiência de Ferro (9,1%, n=25); Osteoartrose da anca (9,1%, n=25) e Hérnia do Hiato (8,0%, n=25).

**Tabela 3. Frequências das 20 patologias mais codificadas na Lista de Problemas pelos Médicos**

	Frequências	
	N	%
Hipertensão sem complicações	113	41,1%
Alterações do metabolismo dos lípidos	97	35,3%
Demência	62	22,5%
Perturbações depressivas	54	19,6%
Limitação funcional/ incapacidade	50	18,2%
Insuficiência Cardíaca	49	17,8%
Síndrome Vertebral com irradiação de dores	48	17,5%
Trombose/ Acidente Vascular Cerebral	43	15,6%
Osteoartrose do joelho	42	15,3%
Hipertensão com complicações	38	13,8%
Fibrilhação/ Flutter auricular	35	12,7%
Cataratas	31	11,3%
Diabetes não insulino-dependente	31	11,3%
Veias varicosas da perna	30	10,9%
Obesidade	28	10,2%
Osteoporose	28	10,2%
Distúrbio ansioso / Estado de ansiedade	26	9,5%
Anemia por deficiência de Ferro	25	9,1%
Osteoartrose da anca	25	9,1%
Hérnia do Hiato	22	8,0%

Quando agrupados diferentes tipos de uma mesma doença ou grupo de doenças, verifica-se que a Hipertensão Arterial é o problema mais registado nesta população, 154 dos 275 doentes apresentam este problema codificado, o que corresponde a 56,0% da população. Aqui foram incluídos os doentes codificados com Hipertensão sem complicações, Hipertensão com complicações, Hipertensão arterial com lesão do olho, Hipertensão arterial com lesão cerebral. À hipertensão arterial seguem-se Alteração do Metabolismos dos lípidos (35,3%); Osteoartrose (35,3%) que engloba Osteoartrose do Joelho, Osteoartrose da Anca e Outras osteoartroses; Perturbações depressivas (22,9%) da qual fazem parte os códigos Perturbações depressivas, Depressão e Depressão endógena; Demência (22,5%); Doença Vascular Cerebral (21,8%) que diz respeito às Trombose/ Acidente Vascular Cerebral, Doença vascular cerebral e Isquémia Cerebral Transitória; Limitações Funcional/ Incapacidade (18,2%); Insuficiência Cardíaca (17,8%).

**Tabela 4. Frequência das principais Patologias codificadas pelos Médicos na Lista de Problemas depois de agrupados diferentes tipos de uma mesma doença, ou grupo de doenças**

	Frequências	
	N	%
Hipertensão Arterial	154	56,0%
Hipertensão sem complicações	113	41,1%
Hipertensão com complicações	38	13,8%
Hipertensão arterial com lesão do olho	2	0,7%
Hipertensão arterial com lesão cerebral	1	0,4%
Alteração do metabolismo dos lípidos	97	35,3%
Osteoartrose	89	32,4%
Osteoartrose da anca	42	15,3%
Osteoartrose do joelho	25	9,1%
Outras osteoartroses	22	8,0%
Perturbações depressivas	63	22,9%
Perturbações depressivas	54	19,6%
Depressão	7	2,5%
Depressão endógena	2	0,7%
Demência	62	22,5%
Doença Vascular Cerebral	60	21,8%
Trombose/ Acidente vascular cerebral	43	15,6%
Doença vascular cerebral	9	3,3%
Isquêmica cerebral transitória	8	2,9%
Limitação Funcional/ Incapacidade	50	18,2%
Insuficiência Cardíaca	49	17,8%
Síndrome vertebral com irradiação de dores	48	17,5%
Anemia	38	13,8%
Anemia por deficiência de ferro	25	9,1%
Outras anemias/ Não especificadas	13	4,7%
Anemia vit. B12/ Deficiência de Folatos	3	1,1%
Anemias Hemolíticas Hereditárias	2	0,7%
Fibrilhação/ Flutter auricular	35	12,7%
Doença Cardíaca Isquêmica	35	12,7%
Doença cardíaca isquêmica com angina	18	6,5%
Doença cardíaca isquêmica sem angina	11	4,0%
Enfarte Agudo do Miocárdio	6	2,2%
Diabetes Mellitus	34	12,4%
Diabetes não insulino-dependente	31	11,3%
Diabetes insulino-dependente	3	1,1%
Cataratas	31	11,3%
Veias varicosas da perna	30	10,9%
Obesidade	28	10,2%
Osteoporose	28	10,2%
Distúrbio ansioso/ estado de ansiedade	26	9,5%

Neoplasias Malignas	24	8,7%
Neoplasias malignas da Mama	13	4,7%
Neoplasia maligna do Cólon/ Recto	10	3,6%
Neoplasia maligna da pele	6	2,2%
Neoplasia maligna da próstata	6	2,2%
Neoplasia maligna dos brônquios/ Pulmão	4	1,5%
Outras neoplasias malignas do sangue	4	1,5%
Neoplasia maligna do sistema neurológico	3	1,1%
Neoplasia maligna da bexiga	2	0,7%
Neoplasia maligna do Pâncreas	2	0,7%
Outras neoplasias malignas do aparelho digestivo, NE	2	0,7%
Outras neoplasias malignas genitais	2	0,7%
Neoplasia maligna do colo	1	0,4%
Neoplasia maligna do estomago	1	0,4%
Outras neoplasias respiratórias malignas	1	0,4%
Hérnia do Hiato	22	8,0%

#### Avaliação da perspectiva dos médicos da USF do Parque em relação às consultas domiciliárias

Foram inquiridos todos os médicos a exercer funções na USF à data da realização deste estudo tendo sido obtidas 9 respostas, 5 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. As idades variam entre 29 e 61 anos.

A primeira questão analisa a motivação para a realização de visitas domiciliárias, em que era pedida uma resposta na escala de 1 a 5 em que 1 significa nada motivado e 5 muito motivado. 55,6% (n=5) dos médicos responderam 3/5, 22% (n=2) responderam 4/5 e 22% (n=2) 5/5.

À questão, “Considera que realiza o número de domicílios desejável?”, 6 (66,7%) dos médicos responderam que sim e 3 (33,3%) respondeu que não.

Em relação ao horário em que realizam as visitas domiciliárias, 11% (n=1) responderam que utilizam apenas o horário destinado às visitas domiciliárias, 44,4% (n=4) fazem-no no horário mais conveniente ao doente e 66,7% (n=6) no que é mais conveniente ao próprio. Quando questionados se horário deveria contemplar mais consultas domiciliárias 55,6% (n=5) dos inquiridos respondem que não acham necessário, 33,3% (n=3) responde que sim e 11% (n=1) não respondeu.

Quanto ao tempo despendido na visita domiciliária 44,4% (n=4) afirmam que demoram entre 15-30 minutos e 55,6% (n=5) demoram mais de 30 minutos. Nenhum dos médicos diz demorar menos de 15 minutos.

Os motivos que levam os médicos da USF a aceitar visitas domiciliárias pedidas pelos utentes são: a incapacidade física para se deslocar à USF (100%, n=9); doentes em fase terminal (88,9%, n=8); doença crónica instável/ exacerbação (77,8%, n=7); Certificado de óbito (77,8%, n=7); Pacientes após alta hospitalar (66,7%, n=6); Patologia aguda - avaliação clínica (55,6%, n=5); Dificuldades no transporte para a USF (55,6%, n=5); Patologia mental (22,2%, n=2).

**Tabela 5. Motivos que levam os médicos da USF a aceitar consultas domiciliárias**

	Frequências	
	N	%
Incapacidade física para se deslocar à USF	9	100,0%
Doente em fase terminal	8	88,9%
Doença crónica instável/ exacerbação	7	77,8%
Certificado de óbito	7	77,8%
Pacientes após alta hospitalar	6	66,7%
Dificuldades no transporte para a USF	5	55,6%
Patologia aguda - avaliação clínica	5	55,6%
Patologia mental	2	22,2%

55,6% (n=5) dos médicos consideram que 10 a 30% das visitas domiciliárias foram desnecessárias (por exemplo, podiam ter sido realizadas na USF), enquanto que os restantes, 44,4% (n=4), referem que apenas 10% (ou menos) das consultas seriam evitáveis Nenhum dos médicos respondeu a esta questão com uma percentagem superior a 30%.

66,7% (n=6) dos médicos respondem que têm por hábito propor a realização de visitas domiciliárias aos seus utentes e 33,3% (n=3) respondem que não. Os motivos que os levam a propor visitas domiciliárias são: incapacidade física para se deslocar à USF (100%, n=9); doentes em fase terminal (88,9%, n=8); abordagem de situações complexas pouco esclarecidas (88,9%, n=8); doença crónica instável/ exacerbação (55,6%, n=5); Pacientes após alta hospitalar (55,6%, n=5); Dificuldades no transporte para a USF (33,3%, n=3); Patologia aguda - avaliação clínica (22,2%, n=2), Patologia mental (11,1%, n=1).

**Tabela 6. Motivos que levam os médicos da USF a propor consultas domiciliárias**

	Frequências	
	N	%
Incapacidade física para se deslocar à USF	9	100,0%
Doente em fase terminal	8	88,9%
Abordagem de situações complexas pouco esclarecidas	8	88,9%
Doença crónica instável/ exacerbação	5	55,6%
Pacientes após alta hospitalar	5	55,6%
Dificuldades no transporte para a USF	3	33,3%
Patologia aguda - avaliação clínica	2	22,2%
Patologia mental	1	11,1%
Doentes muito utilizadores de consultas	1	11,1%

Os principais cuidados frequentemente prestados nas visitas domiciliárias são: o exame objetivo (100%, n=9); revisão da terapêutica (100%, n=9); história clínica (88,9%, n=8); avaliação da forma como é feita a terapêutica prescrita (88,9%, n=8); avaliação das atividades de vida diárias (88,9%, n=8); avaliação/ ensino do cuidador (88,9%, n=8); avaliação do suporte familiar/ social (88,9%, n=8); avaliação das condições de segurança da habitação (77,8%, n=7); avaliação da dieta do doente (22,2%, n=2).

**Tabela 7. Cuidados frequentemente prestados pelos médicos durante as visitas domiciliárias**

	Frequências	
	N	%
Exame objetivo	9	100,0%
Revisão da terapêutica	9	100,0%
História clínica	8	88,9%
Avaliar a forma como é feita a terapêutica prescrita	8	88,9%
Avaliar Atividades de vida diária	8	88,9%
Avaliação/ Ensino do cuidador	8	88,9%
Avaliação do suporte familiar/ social	8	88,9%
Avaliar condições de segurança da habitação	7	77,8%
Avaliação da dieta do doente	2	22,2%

Todos os médicos (n=9) julgam que seria vantajosa a existência de um *kit* apropriado às visitas domiciliárias. Estes referem que nem sempre o médico leva o material adequado à situação que encontra e a sua existência facilitaria a realização destas visitas. Um dos médicos afirma também que este deveria conter, para além dos utensílios médicos necessários, as credenciais, receitas e vinhetas habitualmente utilizados.

Os médicos foram questionados de forma aberta sobre o que consideram como benefícios das consultas domiciliárias, tendo-se obtido como principais respostas: Possibilidade de observar o doente no seu ambiente familiar e habitacional (66,7%, n=6); Avaliação do Domicílio, das suas condições e dificuldade físicas (44,4%, n=4); Possibilidade de observar doentes impossibilitados de se deslocar ao Centro de Saúde (33,3%, n=3); Avaliação do cuidador (33,3%, n=3); Avaliação / Adequação terapêutica (33,3%, n=3); Reforço da relação médico doente (11,1%, n=1); Avaliação de situações clínicas complexas (11,1%, n=1); Compreender a que apoios dos doentes têm acesso (11,1%, n=1); Possibilidade de avaliação multidisciplinar, médico e enfermeiro (11,1%, n=1);

**Tabela 9. Benefícios deste modelo de cuidados considerados pelos médicos da USF**

	Frequências	
	N	%
Observação do doente no seu ambiente familiar e habitacional	6	66,7%
Possibilidade de observar doentes impossibilitados de se deslocar ao Centro de Saúde	4	44,4%
Avaliação do Domicílio, das suas condições e dificuldade físicas	4	44,4%
Avaliação / Adequação terapêutica	3	33,3%
Avaliação do cuidador	3	33,3%
Reforço da relação médico doente	1	11,1%
Avaliação de situações clínicas complexas	1	11,1%
Compreender a que apoios dos doentes têm acesso	1	11,1%
Possibilidade de avaliação multidisciplinar, médico e enfermeiro	1	11,1%

Sobre as desvantagens deste modelo de consulta os médicos referem: demasiado tempo despendido (55,6%, n=5); Não estar previsto transporte (33,3%, n=3); insegurança em algumas situações (22,2%, n=2); falta de material para avaliação semiológica completa do doente (22,2%, n=2); ausência do processo clínico completo disponível no momento (22,2%, n=2); tecnologia médica pouco adequada às necessidades (11,1%, n=1); falta de disponibilidade dos familiares para estarem presentes (11,1%, n=1).

**Tabela 10. Desvantagens deste modelo de cuidados considerados pelos médicos da USF**

	Frequências	
	N	%
Demasiado tempo despendido	5	55,6%
Não estar previsto transporte	3	33,3%
Insegurança em algumas situações	2	22,2%
Falta de material para avaliação semiologia completa do doente	2	22,2%
Ausência do processo clínico completo disponível no momento	2	22,2%
Tecnologia médica pouco adequada às necessidades	1	11,1%
Falta de disponibilidade dos familiares para estarem presentes	1	11,1%

As principais dificuldades encontradas são: Deslocação e estacionamento (55,6%, n=5); Condições pouco adequadas à observação do utente (22,2%, n=2); Impossibilidade de utilização de meios informáticos para registo e emissão de receitas/ exames (11,1%, n=1); Perda de contacto com alguns casos (11,1%, n=1); Falta de apoio de equipa mais alargada, casos sociais de difícil apoio (11,1%, n=1); Utentes sozinhos e desatentos (11,1%, n=1); Horário reduzido para consultas domiciliárias (11,1%, n=1).

**Tabela 11. Dificuldades encontradas pelos médicos da USF durante a prestação de cuidados domiciliários**

	Frequências	
	N	%
Deslocação e estacionamento	5	55,6%
Condições pouco adequadas à observação do utente	2	22,2%
Impossibilidade de utilização de meios informáticos para registo e emissão de receitas/ exames	1	11,1%
Perda de contacto com alguns casos	1	11,1%
Falta de apoio de equipa mais alargada, casos sociais de difícil apoio	1	11,1%
Utentes sozinhos e desatentos	1	11,1%
Horário reduzido para consultas domiciliárias	1	11,1%

Na última questão os médicos foram desafiados a encontrarem propostas que pudessem melhorar a prestação de cuidados domiciliários na USF do Parque. Onde se obtiveram as seguintes: Organização de *kit* completo com o material necessário à observação do doente destinado as consultas domiciliárias médicas (44,4%, n=4); Transporte programado para as visitas domiciliárias (44,4%, n=4); Alargamento do horário dedicado às consultas domiciliárias (22,2%, n=2); Avaliação sistemática das necessidades e adequação do tempo disponível (11,1%, n=1); Maior tempo de horário a quem faz mais consultas domiciliárias (11,1%, n=1); Melhor articulação entre médico-enfermeiro (11,1%, n=1);

Fisioterapia domiciliária (11,1%, n=1); Quadro técnico de apoio social mais eficaz (11,1%, n=1); Realização de um dossier/ folha de registo da visita domiciliária (11,1%, n=1);

**Tabela 12. Propostas realizadas para melhorar a prestação de cuidados domiciliários médicos na USF do Parque**

	Frequências	
	N	%
Organização de <i>kit</i> completo com o material necessário à observação do doente destinado as consultas domiciliárias médicas	4	44,4%
Transporte programado para as visitas domiciliárias	4	44,4%
Alargamento do horário dedicado às consultas domiciliárias	2	22,2%
Avaliação sistemática das necessidades e adequação do tempo disponível	1	11,1%
Maior tempo de horário a quem faz mais consultas domiciliárias	1	11,1%
Melhor articulação entre médico-enfermeiro	1	11,1%
Fisioterapia domiciliária	1	11,1%
Quadro técnico de apoio social mais eficaz	1	11,1%
Realização de um dossier/ folha de apoio de registo da visita domiciliária	1	11,1%

## Discussão

### Caracterização da população alvo de consultas domiciliárias médicas no ano de 2014 na USF do Parque

Dos 275 utentes a quem foram realizadas consultas domiciliárias médicas na USF do Parque durante o ano de 2014 verifica-se que a maioria é do sexo feminino (77%), estes dados são semelhantes a alguns estudos realizados em que a percentagem de indivíduos do sexo feminino alvo de consultas domiciliárias era também superior.<sup>13,14</sup> A média de idades é superior neste grupo (83,49), quando comparado com 81,28 do sexo masculino, o que pode ser explicado pela esperança média de vida superior no sexo feminino.<sup>15</sup>

A grande fatia desta população tem idade superior a 75 (85,82%) o que está de acordo com a literatura que afirma que a população idosa é a que mais beneficia destes cuidados, uma vez que, conseqüentemente, é esta fatia da população que apresenta maior número de problemas de saúde bem como maiores dificuldades para se deslocarem ao centro de saúde.<sup>3,9,16</sup>

O principal motivo para a realização de consultas domiciliárias na população em análise foi Limitação/ Incapacidade funcional (56,36%, n=155), dados também expectáveis tendo em conta que esta é uma das principais indicações descritas para este modelo de consultas.<sup>1,2,3</sup> Contudo, a percentagem de utentes com este problema codificado na sua lista de problemas (18,2%) é claramente inferior. Nos restantes casos foi possível chegar à conclusão de qual o motivo da visita domiciliária pela leitura dos registos médicos. Importa ainda ressaltar a elevada percentagem de motivos que permanecem desconhecidos (14,55%), nestes doentes não foi possível chegar a nenhuma conclusão acerca do motivo que justificava o domicílio quer através da leitura dos vários registos médicos, bem como da apreciação da lista de problemas.

Os restantes motivos mais frequentemente encontrados foram avaliação de doença aguda, a iniciativa médica e visita pós internamento, o que está também de acordo com as indicações para a prestação de consultas domiciliárias.<sup>1,5,6,7</sup> Destaca-se, no entanto, a pequena percentagem de consultas domiciliárias realizadas a recém-nascidos (n=1) e a puérperas (n=2) pelo que esta parece não ser uma prática na USF.

O número de problemas codificados na lista de problemas por utente é em média de 6,8 não havendo diferenças significativas entre os sexos. Apesar de estes serem números aceitáveis é de destacar que foram excluídas da análise todos os sinais e sintomas que se

encontravam codificados e também doenças de carácter agudo e autolimitado com data anterior à do ano em análise encontrados em grande parte das listas de problemas destes utentes.

Os principais problemas codificados são a hipertensão sem complicações (41,1%), as alterações do metabolismo dos lípidos (35,3%), a demência (22,5%), as perturbações depressivas (19,6%) e a limitação funcional/ incapacidade (18,2%). Após se agruparem diferentes tipos de uma mesma doença ou grupo de doenças podem verificar-se algumas alterações, como um ligeiro aumento da percentagem da hipertensão arterial para 56%, sendo a principal patologia apresentada por este grupo de doentes. Esta percentagem é superior à prevalência da hipertensão na população portuguesa de 29,1% segundo o estudo “A Hipertensão Arterial em Portugal 2013” mas é importante perceber que a população aqui representada é maioritariamente idosa (85,82% tem idade superior a 75 anos) e esta é uma patologia mais prevalente na população idosa, chegando a ser superior a 70% para idades superiores a 65 anos segundo o mesmo estudo.<sup>17</sup>

Outra patologia que depois de agrupada ganha algum destaque é a osteoartrose (32,4%), sendo mais frequente a osteoartrose da anca (15,3%), tendo em conta que os utentes em análise se tratam de uma população alvo de consultas domiciliárias cujo principal motivo é a limitação funcional/ incapacidade, é expectável a elevada prevalência de patologias que criem dificuldades funcionais como é o caso da Osteoartrose.

Algumas das patologias mais encontradas frequentemente em estudos baseados em populações alvo de visitas domiciliárias são a Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Osteoartrite e Doença Cerebrovascular.<sup>5,13,14</sup> Todas estas patologias se encontram presentes na lista de problemas como sendo das mais frequentemente encontradas na população em análise. A única exceção é a Doença Obstrutiva Crónica que aparece apenas em 7,3% (n=20) da totalidade dos doentes incluídos neste estudo.

Pode concluir-se que o doente típico, alvo de consultas domiciliárias na USF do Parque, é do sexo feminino, tem em média 83 anos de idade, recebe normalmente 2 visitas domiciliárias durante o ano, sofre frequentemente de algum grau de limitação/ incapacidade funcional que motiva a visita domiciliária e tem cerca de 6 problemas codificados na sua lista de problemas, dos quais os mais frequentes são hipertensão arterial, alteração do metabolismo dos lípidos e osteoartrose.

<b>Tabela 13. Paciente típico alvo de Visitas Domiciliárias médicas na USF do Parque</b>	
<b>Sexo</b>	Feminino
<b>Idade</b>	83
<b>Domicílios/ano</b>	2
<b>Motivo Visita Domiciliária</b>	Limitação/ Incapacidade funcional
<b>Problemas na Lista Problemas</b>	6
<b>Patologias mais frequentes</b>	Hipertensão Arterial, Alteração do metabolismo dos lípidos, Osteoartrose,

Como limitações este estudo apresenta o facto de alguns dos dados terem sido recolhidos através dos registos médicos das consultas que em certos casos podem estar incompletos, bem como serem subjetivos e suscetíveis de diferentes interpretações. Outra limitação é o modo como os problemas são codificados na lista de problemas que pode variar de médico para médico e pode não corresponder totalmente à realidade. Algumas encontravam-se ainda desatualizadas, sendo que a maioria dos problemas, mesmo após estarem resolvidos, não são passados a inativos.

#### Avaliação da perspetiva dos médicos da USF do Parque em relação às consultas domiciliárias

Ao analisar as respostas dos médicos da USF do Parque ao inquérito que lhes foi colocado é possível compreender um pouco melhor a sua perspetiva bem como chegar a algumas conclusões e propostas que possam, de alguma forma, melhorar a prestação de cuidados domiciliários nesta USF.

Quando questionados sobre a motivação para a prestação deste género de cuidados aos seus doentes, as respostas dividiram-se entre o 3, 4 e 5, numa escala de 1 a 5, não havendo nenhuma resposta inferior a 3, o que é perfeitamente aceitável e positivo uma vez que não há respostas negativas. No entanto, talvez com a aplicação das propostas sugeridas neste estudo as condições dos cuidados domiciliários bem como a motivação destes profissionais possam ainda melhorar. Tem ainda de se ter em conta que nem todos os profissionais se podem sentir igualmente motivados para todas as tarefas que desempenham enquanto Médicos de Família.

Independentemente da motivação, 66,7% dos médicos consideram que realizam o número de domicílios desejáveis, enquanto 33% refere realizar menos domicílios do que seria expectável, o que significa que um terço dos médicos admite efetuar um número de consultas domiciliárias abaixo do esperado.

Acerca do horário para a realização das consultas domiciliárias, 55,6% acham desnecessário o horário contemplar mais consultas domiciliárias, no entanto, apenas um dos médicos (11%) refere realizar as consultas domiciliárias somente no horário destinado às mesmas. Os restantes tentam organizar o seu tempo de acordo com o que é mais conveniente ao próprio e/ou aos utentes. Esta questão do horário é ainda apontada com uma dificuldade por um dos médicos que afirma que o horário estipulado é reduzido e é um tema abordado por vários médicos na pergunta destinada a realizar propostas para melhorar a prestação de cuidados domiciliários. Dois médicos (22,2%) propõem o alargamento do horário dedicado às consultas domiciliárias, outro defende que os médicos que fazem mais consultas domiciliárias devem ter o seu horário destinado às mesmas, alargado. Há ainda outra sugestão de efetuar uma avaliação sistemática das necessidades de modo a se fazer uma adequação do tempo disponível. Pode verificar-se que esta questão do horário é preocupação de vários médicos e talvez seja merecedora de uma avaliação de modo que se possa encontrar uma solução que melhor se adequa às necessidades dos utentes e dos diferentes profissionais.

Em relação ao tempo que demora este género de consultas a maioria, 55,6%, refere demorar frequentemente mais de 30 minutos, os restantes 44,4% demoram normalmente entre 15-30 minutos. Porém, este tempo somente engloba a consulta domiciliária propriamente dita, excluído o tempo despendido na deslocação e estacionamento. Esta é, precisamente, a principal desvantagem apontada pelos profissionais que responderam a este inquérito, o tempo que este modelo de consulta consome, e que as dificuldades de transporte e estacionamento aumentam ainda mais o tempo de consulta que já é, por si só, superior ao das consultas realizadas no consultório médico. Para ajudar a atenuar este problema, alguns dos profissionais referem que seria vantajoso a possibilidade de ter acesso a transporte (viatura e motorista) para a prestação das visitas domiciliárias, uma vez que diminuiria, por exemplo, o tempo gasto a encontrar estacionamento.

Os motivos pelos quais os pedidos de utentes para consultas domiciliárias são aceites estão de acordo com as indicações descritas.<sup>1,5,6,7</sup> O motivo que reúne consenso entre os profissionais da USF é a incapacidade física para se deslocar à USF (100%) e, contrariamente, apenas dois profissionais (22,2%) admitem aceder ao pedido quando este se trata de um caso de patologia mental. A percentagem de consultas que os profissionais admitem terem sido desnecessárias é em 44,4% dos casos inferior a 10% e em 55,56%

entre 10 a 30% o que são números aceitáveis e que corroboram que a maioria das consultas domiciliárias efetuadas têm, de facto, um motivo válido para a sua realização.

Quando se trata de propor consultas domiciliárias aos seus utentes, apesar da maioria (66,7%) responder positivamente, há ainda um terço dos médicos (33,3%) que não têm por hábito propor estas consultas aos seus doentes. Os motivos da proposta são idênticos aos que os levam a aceitar os pedidos dos utentes, sendo o principal, novamente, a incapacidade física para se deslocar à USF (100%), tal como esperado, tendo em conta que esta é a principal indicação descrita para a prestação de cuidados deste género.<sup>1,2,3</sup>

A grande maioria dos médicos admite prestar uma série de cuidados durante as consultas domiciliárias para além da história clínica e do exame objetivo, como por exemplo a avaliação e adequação da terapêutica, avaliação e ensino do cuidador, avaliação das atividades de vida diária, das condições da habitação e dos apoios ao dispor do utente.

Todos os médicos (n=9) responderam positivamente que seria uma vantagem a existência de um *kit* apropriado às visitas domiciliárias. Esta é, também, uma das dificuldades citadas pelos médicos, a inexistência de uma mala preparada para as consultas domiciliárias com tudo o que será necessário para uma correta avaliação do doente, e ajustada às diversas situações com que o médico se possa deparar, uma vez que nem sempre são as esperadas. Este tema é igualmente alvo de propostas de vários médicos que defendem a criação de uma ou duas malas que contenha todos os utensílios médicos necessários, incluindo oxímetro de pulso, esfigmomanómetro, termómetro, material de avaliação da glicémia capilar, entre outros, mas também as credenciais, receitas e vinhetas habitualmente utilizadas.

As principais desvantagens e dificuldades com as quais os profissionais se deparam, aquando da necessidade de prestar cuidados domiciliários, já foram referidas acima, no entanto, são apontadas outras, como a tecnologia médica que não está adequada a esta realidade e a ausência de todo o processo clínico do utente durante o domicílio. Uma das propostas sugerida por um dos profissionais é a criação de um *dossier*/ folha de apoio de registo da visita domiciliária. A criação de um modelo de registo dedicado exclusivamente às consultas domiciliárias poderia ser benéfica na medida em que permitiria ao profissional registar toda a informação importante dos antecedentes do utente, bem como, da consulta domiciliária, que ficariam disponíveis em futuras consultas, domiciliárias ou não. Este modelo não invalidaria o posterior registo

informático da consulta, mas provavelmente facilitaria o mesmo e, simultaneamente, atenua o facto de o médico não ter acesso ao processo informático no momento da consulta no domicílio.

A falta de apoio de uma equipa mais alargada é outra das dificuldades apontadas bem como alvo de algumas sugestões por parte dos médicos, nomeadamente a sugestão de fisioterapia domiciliária e de uma equipa de apoio social mais eficaz. O apoio de uma equipa multidisciplinar é, de facto, importante uma vez que a grande maioria destes doentes se encontram incapacitados e de nada serve se apenas o médico chegar até eles, pois o auxílio de outros profissionais como os referidos é essencial para preservar e/ou melhorar a qualidade de vida destes utentes uma vez que em muitos casos os apoios prestados pelas famílias não são suficientes.<sup>1,5,6,7,8,9</sup>

Por fim, a insegurança em alguns locais é também uma das dificuldades mencionadas. Esta é uma realidade nos dias que correm, no entanto há alguns conselhos que permitem atenuar esta questão, como por exemplo, o médico ir acompanhado, avisar a equipa do horário em que se vai deslocar e para onde, informar no início e fim da consulta, estar contactável ou ainda utilizar um dispositivo GPS que permita a sua localização.<sup>6,9,12</sup>

**Tabela 14. Quadro resumos das principais preocupações e respetivas propostas**

<b>Horário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alargamento do horário dedicado às consultas domiciliárias</li> <li>• Médicos que fazem mais consultas domiciliárias devem ter o seu horário destinado às mesmas alargado</li> <li>• Avaliação sistemática das necessidades de modo a se fazer uma adequação do tempo disponível</li> </ul>
<b>Tempo despendido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte (Viatura e Motorista)</li> </ul>
<b>Falta de material adequado à observação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização uma ou duas malas que contenha todos os utensílios médicos necessários</li> </ul>
<b>Tecnologia médica pouco adequada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de um <i>dossier</i>/ folha de apoio de registo da visita domiciliária</li> </ul>
<b>Equipa Multidisciplinar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia domiciliária</li> <li>• Equipa de apoio social mais eficaz</li> </ul>
<b>Insegurança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico ir acompanhado,</li> <li>• Avisar a equipa do horário em que se vai deslocar e para onde</li> <li>• Estar contactável</li> <li>• Dispositivo GPS que permita a sua localização</li> </ul>

Independentemente das dificuldades apontadas, os médicos da USF reconhecem a importância e os principais benefícios descritos deste modelo de cuidados como a observação do doente no seu ambiente familiar e habitacional, a única possibilidade de observar doentes impossibilitados de se deslocar, a avaliação do cuidador, do domicílio, das suas condições e dificuldades físicas bem como a avaliação e adequação da terapêutica. <sup>1, 5, 6, 7, 8, 11</sup>

Pode-se, pois, concluir que as dificuldades referidas por estes profissionais são semelhantes às expostas em literatura diversa e que estes apresentam propostas válidas e merecedoras de análise para que a prestação de cuidados domiciliários na USF do Parque possa acrescer de qualidade beneficiando, assim, os utentes.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Luís Rebelo, orientador deste trabalho final do mestrado integrado em Medicina, expresso o meu agradecimento por ter aceite ser meu orientador, bem como por todo o apoio, auxílio e disponibilidade prestados ao longo da elaboração deste estudo.

Agradeço também à Dra. Paula Atalaia, atual coordenadora da USF do Parque, a colaboração para que fosse possível obter respostas ao inquérito realizado aos médicos desta USF.

Ao meu namorado, Pedro, pela importante ajuda ao longo deste processo para a criação da base de dados no programa Excel e respetiva análise estatística e em especial por todo o apoio e dedicação ao longo dos últimos seis anos do curso de Medicina.

Por último, quero agradecer a toda minha família e amigos cuja ajuda e paciência foi indispensável não só para a realização deste trabalho, mas também para que se tornasse mais fácil ultrapassar as diversas etapas deste percurso académico.

## Referências Bibliográficas

1. Cafede MC, Arnaud, Santos MF. (2000) A consulta no domicílio. In: Manual de Medicina Geral e Familiar. APMCG. Disponível em:  
[http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/12/16\\_texto.html](http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/12/16_texto.html)  
Acesso a 23 fevereiro 2016
2. Sobreviela, J. M. (2005). Conceptos y características de la Atención Domiciliaria. In F. T. Torre, & J. Z. Rodríguez, Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria (pp. 9-16). Madrid: IM&C, SA.
3. Zurro AM, Cano Pérez JF (ed.) et al. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier; 2003. Quinta edición
4. Puerta, D.R. (2005). Objetivos de la Atención Domiciliaria. In J. Z. Francisco Toquero de la Torre, Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria (pp. 9-16). Madrid: IM&C, SA.
5. Granham, D. B. (2003). Home Care. In R. Taylor, Family Medicine: Principles and Practice (pp. 459-464). N. Iorque: Springer.
6. Unwin, B.K. Tatum III, P.E. (2011) House Calls. American Family Physician. 83:8
7. Unwin, B. K., & Jerant, A. F. (1999). The Home Visit. American Family Physician, 1;60(5): 1481-1488
8. Giovino, J. M. (2000). House Calls: Taking the Practice to the Patient. Family Practice Management, 7(6): 49-54.
9. Ferrier, C., & Lysy, P. (2000). Home assessment and care. Canadian Family Physician, 46: 2053-2058.
10. Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos. Censos 2011 26: 1–41. Disponível em:  
[http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011\\_res\\_definitivos.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf)  
f Acesso a 8 março de 16
11. Landers, S. H. (2006). Home Care: A Key to the future of Family Medicine? Annals of Family Medicine, 4: 366-368.

12. Hogan, D. B. (2011). The Practice of Geriatrics: Specialized Geriatric Programs and Home Visits. *Canadian Geriatrics Journal*, 14: 17-19.
13. Meyer, G. S., & Gibbons, R. V. (1997). House Calls to the Eldery - A Vanishing Practise Among Physicinas. *The New England Journal of Medicine*, Vol 337:25.
14. Aylin, P., Majeed, F., & Cook, D. (1996). Home visiting by general practioners in Englande and Wales. *BMJ*, 313:207-10
15. Instituto Nacional de Estatística. (2015). INE, Tábuas de Mortalidade Completas. Disponível em:  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0004162&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004162&contexto=bd&selTab=tab2) Acesso a 21 março de 16
16. Berg, M. J., Cardol, M., Bongers, F., & Bakker, D. (2006). Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. *BMC Family Practice*, 7:58
17. Macedo, Mário Espiga, Ferreira, Rui Cruz. (2015). A Hipertensão Arterial Nos Cuidados de Saúde Primários, Em Portugal: Contibuto Para O Conhecimento Epidemiológico Da População Em 2013. *Revista Factores de Risco* (36): 47-56