



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Demandas assistenciais de um serviço de atenção domiciliar: estudo descritivo

Diani de Oliveira Machado¹, Flávia Moraes Silva², Sati Jaber Mahmud³,
Fernanda Laís Fengler¹, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul

² Univates

³ Grupo Hospitalar Conceição

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil dos usuários adultos acompanhados pelo Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC) e suas demandas de enfermagem. **Método:** estudo exploratório descritivo com coleta de dados retrospectiva. **Resultados:** entre os 826 usuários adultos acompanhados pelo PAD/GHC (mediana de acompanhamento de 21 dias e de cinco visitas), a maioria era do sexo feminino (53,9%) e com idade superior a 65 anos (50,6%), sendo as principais patologias tromboembolismo (10,9%) e acidente vascular encefálico (10,3%). As demandas centrais de cuidado de enfermagem foram realização de curativos (32,4%) e monitoramento da glicemia capilar (19,7%). **Discussão:** a prevalência de idosos na amostra pode ser justificada pelo envelhecimento populacional. Esse dado, conjuntamente com patologias associadas à maior dependência física, pode justificar a necessidade por cuidados de enfermagem específicos. **Conclusão:** a caracterização dos usuários poderá contribuir com a avaliação da complexidade do cuidado domiciliar e oportunizar melhor orientação do atendimento em residências.

Descritores: Serviços de Assistência Domiciliar; Cuidados de Enfermagem; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e a transição epidemiológica dão origem a diferentes problemas sociais e a novas necessidades de atendimento à saúde⁽¹⁾, trazendo desafios que orientam a busca por formas de cuidado que possam dar cobertura a esse cenário atual. Entre as formas de atenção, centradas na integralidade, perpassam a básica, a especializada e a hospitalar. Maneiras de cuidar próximas ao domicílio surgem nesse contexto, dando origem aos serviços de Atenção Domiciliar (AD)⁽²⁾.

A AD é uma modalidade de atendimento com atuação na vigilância à saúde dos indivíduos, de forma a promover, manter ou restaurá-la por meio de ações desenvolvidas em domicílio para a promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças⁽¹⁾. A redução de custos por meio da desospitalização é uma das vertentes organizacionais da AD⁽¹⁾. No entanto, a possibilidade de reduzir o risco de exposição a infecções hospitalares e permitir a recuperação do usuário em seu domicílio, inserido em sua realidade social e familiar, denota a real contribuição dessa modalidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

As primeiras experiências em AD no Brasil envolvem o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho. A partir de 1960, os serviços de AD passaram por um processo de expansão, envolvendo atendimento a usuários com síndrome da imunodeficiência adquirida, lesões de pele, distúrbios neurológicos graves, necessidades de cuidados paliativos, tratamento de infecções e desospitalização de usuários com longa permanência hospitalar⁽³⁾. A AD foi estabelecida como modalidade de atendimento no SUS por meio de acréscimo de capítulo e artigo à Lei 8080/90, no

ano de 2002⁽⁴⁾. Em 2006, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi lançada a fim de orientar o funcionamento e a estruturação dos serviços que prestam AD⁽⁵⁾. Passados cinco anos, com o objetivo de regulamentar a AD de forma integral dentro de diversas modalidades de atenção no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde implementou o Programa Melhor em Casa, pautado na Portaria 2527 de outubro de 2011⁽⁶⁾.

O Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC) foi implementado em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) em 2004. Os usuários acompanhados pelo PAD pertencem à Zona Norte do município (área de abrangência = 400.000 habitantes) e são encaminhados pelas unidades de internação ou pelos serviços de emergência dos quatro hospitais do Grupo. O PAD/GHC atua por meio de visitas domiciliares realizadas por equipes de núcleo mínimo, compostas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem e apoiadas por fisioterapeuta, assistente social e nutricionista. A proposta do PAD/GHC é acompanhar o usuário em seu domicílio de forma a proporcionar o término do tratamento de saúde, reduzir a superlotação das emergências, realizar a transição do cuidado hospitalar, orientar e auxiliar usuários e familiares na produção do cuidado. O período previsto para acompanhamento é de trinta dias, em média. Após estabilização do quadro clínico e estruturação do plano de cuidados, o usuário recebe alta do Programa e é revinculado à unidade básica de saúde de referência.

Considerando a necessidade de diagnóstico dos serviços de saúde, dos usuários atendidos e das suas demandas de enfermagem, o presente estudo teve por objetivo caracterizar o perfil dos pacientes adultos acompanhados pelo PAD/GHC e suas demandas de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com coleta de dados retrospectiva, de uma amostra de conveniência composta por todos os usuários internados no PAD/GHC entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012.

Os dados foram coletados em banco de dados do PAD/GHC e dos prontuários eletrônicos dos usuários por meio de uma ficha padronizada para coleta de dados elaborada pelos pesquisadores, a qual contemplou dados sociodemográficos e características relacionadas ao atendimento do PAD/GHC.

Dentre as características sociodemográficas, foram coletados dados relacionados à idade, sexo e unidade de atenção básica de referência dos usuários. As unidades foram agrupadas em três categorias, de acordo com a instância a qual estivessem vinculadas e sua modalidade de atendimento: Unidades Básicas, Unidades de Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde e Unidades de Saúde administradas pelo GHC.

Os dados de atendimento do PAD/GHC coletados foram tempo de atenção domiciliar (dias de acompanhamento pelo programa); número de visitas domiciliares; desfecho (reinternação hospitalar, óbito ou alta para unidade de saúde de referência) e diagnóstico médico pelo Código Internacional de Doenças 10 (CID 10) principal ou secundário. As infecções de maior frequência foram analisadas separadamente. Nos casos em que o CID principal era referente ao uso de alguma tecnologia de suporte ou necessidade de procedimento, utilizaram-se CID secundário e as informações disponíveis no prontuário eletrônico.

Considerando que a inclusão de pacientes no PAD/GHC é feita mediante consultoria dos Serviços Médicos, foi analisada também a origem dos pacientes quanto às Unidades de Internação Hospitalar e respectivas equipes assistenciais.

Quanto aos cuidados de enfermagem, coletaram-se informações disponíveis no banco de dados. As mesmas versavam sobre o uso de medicamento endovenoso, subcutâneo e/ou intramuscular; de gastrostomia, jejunostomia ou sonda nasoentérica; necessidade de sonda vesical de demora; manejo de colostomia, urostomia e/ou traqueostomia; necessidade de aspiração de vias aéreas e de manejo de feridas/úlceras durante o período de acompanhamento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição sob o número 202.473/2013. Por ser uma pesquisa em banco de dados e prontuário eletrônico, não foi necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante toda a pesquisa garantiu-se a confidencialidade e anonimato dos dados, respeitando-se os pressupostos da Resolução 466/2012⁽⁷⁾.

Os dados foram armazenados em planilha do Excel e analisados por profissional estatístico no programa SPSS 18.0. Utilizaram-se estatísticas descritivas para análise e apresentação dos dados. A normalidade das variáveis foi analisada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para as variáveis quantitativas paramétricas, calculou-se a média e o desvio padrão; para as variáveis quantitativas não paramétricas, a mediana e a amplitude interquartil (P25 – P75). Para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absoluta e relativa (número e percentual dos usuários com a característica analisada).

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

Foram incluídos no estudo 826 adultos acompanhados pelo PAD/GHC nos anos de 2011 (n=438, 53%) e 2012 (n= 388, 47%), entre os quais 445 (53,9%) eram do sexo feminino. A

média de idade dos usuários foi de 62,66±18,31 anos, sendo o grupo etário acima de 65 anos o mais prevalente (n=418; 50,6%), seguido da faixa etária dos 51 aos 64 anos (n = 230; 27,8%).

Em relação às unidades de saúde de referência (Tabela 1), 381 usuários (46,12%) pertenciam à área de cobertura das Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e 118 (27,60%) às Unidades de Saúde administradas pelo GHC.

Tabela 1- Distribuição dos usuários internados no PAD nos anos de 2011 e 2012 conforme unidade de saúde de referência. Porto Alegre, 2013.

Unidades de saúde de referência	%	n
Saúde Comunitária GHC	27,60%	228
UBS	46,12%	381
ESF	14,28%	118
Centro de Saúde	6,90%	57
Fora de área	4,72%	39
Não cadastrado	0,38%	3

Fonte: banco de dados PAG/GHC.

Características relativas ao motivo de internação dos usuários e do atendimento no Programa

Na Tabela 2 está apresentada a distribuição das especialidades que referenciaram pacientes para o PAD/GHC no período selecionado para o presente estudo, sendo a Medicina Interna (33%) e a Emergência (22,6%) as unidades que mais encaminharam usuários para o PAD/GHC.

Tabela 2- Distribuição das especialidades que referenciaram pacientes para o PAD nos anos de 2011 e 2012. Porto Alegre, 2013.

Especialidade	n	%
Medicina Interna	277	33%
Emergência	187	23%
Neurologia	95	11%
Cirurgia vascular	65	8%
Gineco-obstetria	48	6%
Outros	154	19%

Fonte: banco de dados PAD/GHC.

Os principais motivos de acompanhamento no PAD/GHC, considerando o diagnóstico apresentado na nota de alta do Programa, foram embolia e trombose (10,9%), acidente vascular encefálico (AVE - 10,3%), pneumonia (8,4%), neoplasia (7,5%) e diabetes melito (DM - 7,3%), conforme detalhado na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos CIDs principais das internações nos anos de 2011 e 2012. Porto Alegre, 2013.

CID PRINCIPAL	n	%
Embolia e trombose	90	10,9
Acidente vascular encefálico	85	10,6
Pneumonia	69	8,7
Neoplasia	62	7,5
Diabetes melito	60	7,3
Cardiopatas	52	6,3
Infecção do trato urinário	49	5,9
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	40	4,8
Infecções de pele	33	4
Outros	286	34

Fonte: banco de dados PAD/GHC.

O tempo mediano de acompanhamento dos usuários no PAD/GHC foi igual a 21,5 dias (13 – 36) e o número de visitas realizadas pela equipe de internação domiciliar igual a 5,0 (3,0 – 8,0).

Quanto ao desfecho do acompanhamento no PAD/GHC, 629 pacientes (76%) receberam alta do Programa e foram encaminhados para suas unidades de saúde de referência, 17 (2,05%) receberam alta administrativa, 22 (2,7%) foram a óbito e 156 (18,9%) necessitaram de reinternação hospitalar. Dentre os óbitos, 40% (n=9) apresentavam como patologias de base neoplasia e pneumonia e eram predominantemente idosos com idade acima de 65 anos (n =18, 82%). Entre aqueles que necessitaram de reinternação hospitalar (n=156), as principais patologias de base foram neoplasia (n=22; 14%), pneumonia (n=21; 13%) e AVE (n=19; 12%). Quanto à faixa etária desse grupo de usuários, a maioria apresentava idade supe-

rior a 50 anos (n=142, 91%), sendo 57% (n= 89) com mais de 65 anos.

Características relativas ao cuidado de enfermagem

As principais demandas de enfermagem dos usuários internados no PAD/GHC no período do estudo foram a necessidade de realização de curativos (n= 268; 32,4%), monitoramento da glicemia capilar (n= 163;19,7%) e controle laboratorial para anticoagulação (n=125; 15,1%). Manejo com sonda nasoentérica foi a demanda de 14,9% dos usuários (n=123), enquanto 8,7% (n=72) tiveram necessidade de administração de medicamento endovenoso, conforme detalhado na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos cuidados de enfermagem nos anos de 2011 e 2012. Porto Alegre, 2012.

Características	n	%
Curativo	268	32,4
Controle glicêmico capilar	163	19,7
Controle de anticoagulação	125	15,1
Sonda nasoentérica	123	14,9
Medicamento endovenoso	72	8,7
Medicamento subcutâneo	55	6,7
Sonda vesical de demora	48	5,8
Aspiração de vias aéreas	43	5,2
Uso de oxigênio	25	3
Gastrostomia	21	2,5
Medicamento Intramuscular	13	1,6
Colostomia	7	0,8
Jejunostomia	3	0,4
Urostomia (sim)	3	0,4

Fonte: banco de dados PAD/GHC.

DISCUSSÃO

Dados referentes à faixa etária e gênero observados no presente estudo, com predominância de mulheres e idosos, são similares a outra pesquisa encontrada na literatura acerca dos serviços de AD no Brasil⁽⁸⁾. O estudo reali-

zado no serviço de AD de Montes Claros (MG) revelou maior prevalência de mulheres (54,7%) e de usuários com faixa etária entre os 61 e 80 anos (37,2%)⁽⁸⁾. A predominância do sexo feminino dentre os usuários de serviços de AD observada nos estudos conduzidos em nosso país, também é descrita em seis cidades rurais do Japão⁽⁹⁾. A elevada prevalência de idosos dentre os usuários do PAD/GHC é semelhante à encontrada em literatura nacional e internacional referente ao tema ^(8,9). Isso possivelmente é justificado pelo envelhecimento populacional, pela maior ocorrência de doenças crônicas e, conseqüentemente, maior demanda de atendimento hospitalar e de utilização de outros serviços de saúde nessa faixa etária.

A AD realizada por intermédio do PAD/GHC promove uma interface entre a atenção terciária (hospital) e a primária, uma vez que no momento da alta do Programa os pacientes são referenciados para suas unidades básicas de saúde. Diante da dificuldade de acesso dos usuários à atenção primária, o PAD/GHC atua de forma a realizar essa transição hospital-unidade de saúde por meio da comunicação estabelecida entre os serviços durante ou ao final do acompanhamento, garantindo a continuidade do cuidado. Quase metade dos indivíduos alocados no estudo pertencia à área de cobertura das Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto cerca de um terço utilizava as unidades de saúde do GHC. Destaca-se, nesse contexto, a atenção domiciliar como mecanismo de articulação entre os serviços hospitalares e as unidades básicas de saúde⁽¹⁾ de forma a oportunizar o cuidado integral, uma vez que a escassez de informações entre essas ações favorece a segmentação do cuidado e impede sua construção a partir das particularidades do usuário⁽¹⁰⁾.

As Emergências e as unidades de internação em Medicina Interna dos quatro hospitais

do GHC foram aquelas que mais solicitaram consultorias ao PAD/GHC. O fato dos pacientes serem referenciados por unidades de atendimento generalistas aponta para uma grande diversidade clínica dentre os usuários do Programa. De fato, as patologias de base dos internados no PAD/GHC no período do estudo foram bastante variadas. A análise feita no serviço de AD de Montes Claros (MG), citada previamente, também identificou diversidade de diagnósticos - foram descritos doze tipos de doenças de base, num total de 41% das patologias apresentadas pelos usuários avaliados. Pneumonia e diabetes melito foram as mais prevalentes⁽⁸⁾.

Entre as causas diagnósticas para internação no PAD/GHC, embolia e trombose foram as principais para acompanhamento. Tal achado justifica-se pelo fato do PAD/GHC ser uma referência dentro do Grupo Hospitalar Conceição para a anticoagulação oral de profilaxia e de tratamento de fenômenos tromboembólicos. Ademais, fenômenos tromboembólicos como trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar e AVE são mais prevalentes em idosos⁽¹¹⁾, faixa etária predominante na amostra que compôs o estudo. Ainda, a presença de AVE como segunda causa diagnóstica para acompanhamento no PAD/GHC condiz com a realidade mundial, já que as doenças cardiovasculares atingem cerca de 17 milhões de pessoas em todo mundo⁽¹²⁾. As neoplasias e o diabetes melito também foram motivos frequentes de internação, o que corrobora com o perfil epidemiológico dessas condições clínicas na população. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2011 apontam prevalência em 5,6% de diabetes melito, sendo maior em idosos, mulheres e em indivíduos com menor escolaridade, características comuns aos usuários do PAD/GHC⁽¹³⁾. Em relação às neoplasias, de acordo com o relatório mundial de doenças não transmissí-

veis da Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer se tornará em poucas décadas uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todas as regiões do mundo⁽¹²⁾. Estimativas do mesmo relatório demonstram o aumento da incidência de câncer - de 12,7 milhões de casos novos em 2008 para 21,4 milhões em 2030. Esse fato foi relacionado a diferentes causas, entre elas o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional⁽¹²⁾.

A média de tempo de internação dos usuários no PAD/GHC foi de 21,5 dias, e o número de visitas realizadas pela equipe de internação domiciliar, de 5,0. A maioria dos usuários recebeu alta do Programa e foi redirecionada para a sua Unidade de Saúde. Cerca de 3% dos pacientes foram a óbito e 19% necessitaram de reinternação hospitalar. As principais causas de óbito e de reinternação condizem com os dados da OMS, que apontam as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes como as principais causas da mortalidade mundial por doenças não transmissíveis⁽¹²⁾; e a pneumonia como uma das causas centrais de internação no sistema de saúde, entre as doenças infecciosas.

As demandas de enfermagem dentro da AD são inúmeras. No presente estudo, as principais foram a realização de curativos e o monitoramento de glicemia capilar. A predominância de idosos e as patologias associadas à maior dependência física dentre os usuários da amostra podem justificar a necessidade por cuidados de enfermagem específicos. A assistência prestada pela equipe de enfermagem, independente da demanda, contribui para o melhor atendimento do paciente e resolução de seus problemas. Revisão sistemática demonstrou resultados positivos referentes ao atendimento domiciliar realizado pela enfermeira, em relação à recorrência de lesões de perna, stress do cuidador e questões globais de saúde⁽¹⁴⁾. Outra pesquisa

também revelou resultados positivos sobre a redução da mortalidade da população idosa em geral por meio de visitas domiciliares (**RR: 0,76, IC 0,61-0,89**)⁽¹⁴⁾. Diante disso, destaca-se o papel fundamental do enfermeiro que possui competências para realização do atendimento domiciliar, as quais permitem a proposição de cuidados compatíveis com a realidade social por meio de orientações aos usuários, cuidadores e familiares, sem desconsiderar a singularidade dos elementos envolvidos no cuidado domiciliar, porém com interferência mútua e simultânea⁽¹⁵⁾.

Diferentes ações de enfermagem foram demandadas pelos usuários do PAD/GHC no período do estudo. Diante disso, a realização do plano de cuidados domiciliares aponta para um benefício potencial ao paciente, uma vez que a enfermagem orienta e adapta os métodos ao domicílio de forma a capacitar os usuários e o cuidador para um cuidado efetivo, adaptando os recursos existentes à necessidade do indivíduo. Destaca-se, também, que muitas vezes as diferentes demandas de enfermagem são comuns ao mesmo usuário, o que acarreta maior complexidade do cuidado, sendo a sua determinação (dentro do perfil e de sua condição social) a base para o cuidado de enfermagem, das orientações aos usuários e cuidadores.

A classificação da complexidade assistencial permite priorizar a atenção nos casos que demandam maiores recursos dos serviços de saúde e acompanhamento da equipe multiprofissional. É um dos fatores determinantes apontados no Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde para elegibilidade do indivíduo aos serviços de AD⁽¹⁾. As modalidades de AD por ele estabelecidas contemplam desde o atendimento domiciliar realizado pela equipe da atenção básica aos usuários clinicamente estáveis com menor necessidade de recursos de saúde e impossibilitados de ir à Unidade de Saúde (modalidade denominada de AD1); o

atendimento prestado por equipes multiprofissionais de AD e equipes multiprofissionais de apoio, em serviços específicos de AD, aos usuários com problemas de saúde que necessitem de acompanhamento contínuo (modalidade AD 2); até aos pacientes que necessitem de um cuidado de maior complexidade, como a utilização de oxigenoterapia, suporte ventilatório, diálise peritoneal e paracentese (modalidade AD 3)⁽¹⁾.

O presente estudo oportunizou a caracterização de uma amostra representativa de usuários do PAD/GHC, o que contribuirá para o melhor direcionamento do atendimento pela equipe, em especial o prestado pela enfermagem. O fato de o estudo ter sido feito com coleta em banco de dados e prontuário eletrônico pode ser uma potencial limitação, pois tal metodologia inviabiliza a padronização na coleta das informações. Da mesma forma, só foi possível identificar as intervenções de enfermagem relacionadas a tecnologias de suporte, necessidades de curativos e coleta de exames laboratoriais.

CONCLUSÃO

A assistência prestada pela equipe de enfermagem, independente da demanda, pode qualificar o atendimento prestado ao paciente por meio da continuidade do cuidado e, ainda, auxiliar na prevenção de reinternações. Estudos longitudinais poderão contribuir para a confirmação destas inferências.

Ao final do acompanhamento realizado pelo PAD/GHC, grande parte dos usuários foi referenciada à sua unidade de saúde, reforçando o papel do Programa em promover uma interface entre a atenção primária e a terciária. Esse ato é importante no fortalecimento da relação do usuário com a rede de atenção básica à saúde.

A caracterização dos usuários contribui com a literatura sobre o tema, permitindo maior

conhecimento sobre o perfil dos usuários dos serviços públicos de AD e pode proporcionar uma maior qualificação dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília (DF); 2012.
2. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-188.
3. Silva KL, Sena RRde, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(1): 166-176.
4. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.424, 15 de abril de 2002: acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2002 abr 16; 72(1) Seção 1*.
- 5.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução Diretoria Colegiada n. 11, 26 de janeiro de 2006: dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Assistência Domiciliar. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2006 jan 30; 21(1):78*.
- 7.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527, 27 de outubro de 2011: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União, 2011 Oct 28; Seção 1. p. 208:44*.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466, de 12 dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2012 Dec 12; Seção 1*.
10. Martelli, DRB, Silva MS, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação Domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo HU em casa. *Revista de Saúde Coletiva*. 2011; 21(1): 147-57.
11. Kashiwagi M, Tamiya N, Sato M, Yano E. Factors associated with the use of home-visit nursing services covered by the long-term care insurance in rural Japan: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2013; 13(1):1-10.
12. Gomes IM, Kalinowski LC, Lacerda MR, Ferreira RM. The domiciliary health care and its state of art: a bibliographic study . *Online Braz J Nurs [internet] 2008 [cited 2013 Nov 20]; 7(3): [about 5 p.]*. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1781/411>
13. Higa-Taniguchi KT. Terapêuticas anticoagulantes: por que, quando e como anticoagular. In: Yamaguchi AM, Higa-Taniguchi KT, Andrade L, Bricola SAPC, Jacob Filho W, Martins MA. *Assistência domiciliar. Uma proposta interdisciplinar*. Barueri: Manole; 2010.
14. World Health Organization (SWZ). Global status report on noncommunicable diseases. 2010. [homepage] Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Tappenden P, Campbell F, Rawdin A, Wong R, Kalita N. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technol Assess [internet] 2012; 16(20):1-72*. Available from: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.journalslibrary.nih.ac.uk%2F__data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0003%2F65361%2FFullReport-hta16200.pdf&ei=V6UpVMe8Ope1sQS93YCBw&usq=A FQjCNHRnP_nUcoZMU-Hu3kl4_e90mBD0w&sig2=5UD4BwKGt7Cm8rEJZhxieiA&bvm=bv.76247554,d.cWc

17. Catafesta F, Gomes IMG, Correa ABH, Lacerda MR. Nurses experience on home care competence development: Grounded Theory. Online Braz J Nurs [internet] 2009 [cited 2012 Nov 20]; 8(3): [about 5 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2524/555>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20092524>

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 09/04/2014

Revisado: 17/07/2014

Aprovado: 04/08/2014