



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Demandas asistenciales de un servicio de atención domiciliar: estudio descriptivo

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

¹ Universidad Federal de Rio Grande del Sur

² Univates

³ Grupo Hospitalario Conceição

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil de los usuarios adultos acompañados por el Programa de Atención Domiciliar del Grupo Hospitalario Conceição (PAD/GHC) y sus demandas de enfermería. **Método:** estudio exploratorio descriptivo con colecta de datos retrospectiva. **Resultados:** Entre los 826 usuarios adultos acompañados por el PAD/GHC (mediana de acompañamiento de 21 días y de cinco visitas), la mayoría era del sexo femenino (53,9%) y con edad superior a 65 años (50,6%), siendo las principales patologías tromboembolismo (10,9%) y accidente vascular encefálico (10,3%). Las demandas centrales de cuidado de enfermería fueron realización de curativos (32,4%) y monitoramento de la glicemia capilar (19,7%). **Discusión:** la prevalencia de ancianos en la muestra puede ser justificada por el envejecimiento poblacional. Ese dato, conjuntamente con patologías asociadas a la mayor dependencia física, puede justificar la necesidad por cuidados de enfermería específicos. **Conclusión:** la caracterización de los usuarios podrá contribuir con la evaluación de la complejidad del cuidado domiciliar y brindar la oportunidad de una mejor orientación de la atención en residencias.

Descriptor: Servicios de Asistencia Domiciliar; Cuidados de Enfermería; Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica dan origen a diferentes problemas sociales y a nuevas necesidades de atención a la salud⁽¹⁾, trayendo desafíos que orientan la búsqueda por formas de cuidado que puedan dar cobertura a ese escenario actual. Entre las formas de atención, centradas en la integralidad, sobrepasan la básica, la especializada y la hospitalaria. Las maneras de cuidar próximas al domicilio surgen en ese contexto, dando origen a los servicios de Atención Domiciliaria (AD)⁽²⁾.

La AD es una modalidad de atención con actuación en la vigilancia a la salud de los individuos, de forma a promover, mantenerla o restaurarla por medio de acciones desarrolladas en domicilio para la promoción de salud, prevención y tratamiento de enfermedades⁽¹⁾. La reducción de costos por medio de la desospitalización es una de las aspectos organizacionales de la AD⁽¹⁾. Sin embargo, la posibilidad de reducir el riesgo de exposición a infecciones hospitalarias y permitir la recuperación del usuario en su domicilio, insertado en su realidad social y familiar, denota la real contribución de esa modalidad en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS).

Las primeras experiencias en AD en Brasil envuelven el Servicio de Asistencia Médica Domiciliar de Urgencia (SAMDU), fundado en 1949 y vinculado al Ministerio del Trabajo. A partir de 1960, los servicios de AD pasaron por un proceso de expansión, envolviendo atención a usuarios con síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, lesiones de piel, disturbios neurológicos graves, necesidades de cuidados paliativos, tratamiento de infecciones y alta hospitalaria de usuarios con larga permanencia hospitalaria⁽³⁾. La AD fue establecida como modalidad de atención en el SUS por medio de incremento de capítulo y artículo a la Ley 8080/90, en el año de 2002⁽⁴⁾. En 2006, la Resolución de la Directoría

Colegiada (RDC) de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) fue lanzada con el fin de orientar el funcionamiento y la estructuración de los servicios que prestan AD⁽⁵⁾. Pasados cinco años, con el objetivo de reglamentar la AD de forma integral dentro de diversas modalidades de atención en el ámbito del SUS, el Ministerio de la Salud implementó el Mejor en Casa, pautado en la Portería 2527 de Octubre de 2011⁽⁶⁾.

El Programa de Atención Domiciliar del Grupo Hospitalaria Conceição (PAD/GHC) fue implementado en Porto Alegre (Rio Grande del Sur) en 2004. Los usuarios acompañados por el PAD pertenecen a la Zona Norte del municipio (área de cobertura = 400.000 habitantes) y son encaminados por las unidades de internación o por los servicios de emergencia de los cuatro hospitales del Grupo. El PAD/GHC actúa por medio de visitas domiciliarias realizadas por equipos de núcleo mínimo, compuestas por médico, enfermero y técnico de enfermería y apoyadas por fisioterapeuta, asistente social y nutricionista. La propuesta del PAD/GHC es acompañar el usuario en su domicilio de forma que proporcione el término del tratamiento de salud, reducir el hacinamiento de las emergencias, realizar la transición del cuidado hospitalario, orientar y auxiliar usuarios y familiares en la producción del cuidado. El período previsto para acompañamiento es de treinta días, en media. Después de la estabilización del cuadro clínico y estructuración del plan de cuidados, el usuario recibe alta del Programa y es re vinculado a la unidad básica de salud de referencia.

Considerando la necesidad de diagnóstico de los servicios de salud, de los usuarios atendidos y de sus demandas de enfermería, el presente estudio tuvo por objetivo caracterizar el perfil de los pacientes adultos acompañados por el PAD/GHC y sus demandas de enfermería.

MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con colecta de datos retrospectiva, de una muestra de conveniencia compuesta por todos los usuarios internados en el PAD/GHC entre Enero de 2011 y Diciembre de 2012.

Los datos fueron colectados en banco de datos del PAD/GHC y de las historias clínicas electrónicas de los usuarios por medio de una ficha estándar para colecta de datos elaborada por los investigadores, la cual contempló datos sociodemográficos y características relacionadas a la atención del PAD/GHC.

Entre las características sociodemográficas, fueron colectados datos relacionados a la edad, sexo y unidad de atención básica de referencia de los usuarios. Las unidades fueron agrupadas en tres categorías, de acuerdo con la instancia a la cual estuvieran vinculadas y su modalidad de atención: Unidades Básicas, Unidades de Estrategia de Salud de la Familia de la Secretaria Municipal de Salud y Unidades de Salud administradas por el GHC.

Los datos de atención del PAD/GHC colectados fueron tiempo de atención domiciliar (días de acompañamiento por el programa); número de visitas domiciliarias; resultado (re internación hospitalaria, óbito o alta para unidad de salud de referencia) y diagnóstico médico por el Código Internacional de Enfermedades 10 (CIE 10) principal o secundario. Las infecciones de mayor frecuencia fueron analizadas separadamente. En los casos en que el CIE principal era referente al uso de alguna tecnología de soporte o necesidad de procedimiento, se utilizaron CIE secundario y las informaciones disponibles en la historia clínica electrónica.

Considerando que la inclusión de pacientes en el PAD/GHC es hecha mediante consultoría de los Servicios Médicos, fue analizada también el origen de los pacientes en cuanto a las Unidades de Internación Hospitalaria y respectivos equipos asistenciales.

En cuanto a los cuidados de enfermería, se colectaron informaciones disponibles en el banco de datos. Las mismas versaban sobre el uso de medicamento endovenoso, subcutáneo y/o intramuscular; de gastrostomía, yeyunostomía o sonda nasointestinal; necesidad de sonda vesical de demora; manejo de colostomía, urostomía y/o traqueostomía; necesidad de aspiración de vías aéreas y de manejo de heridas/ úlceras durante el período de acompañamiento.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e investigación del Grupo Hospitalario Conceição bajo el número 202.473/2013. Por ser una investigación en banco de datos e historia Clínica electrónica, no fue necesaria la utilización del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Durante toda la investigación se garantizó la confidencialidad y anonimato de los datos, respetándose los presupuestos de la Resolución 466/2012⁽⁷⁾.

Los datos fueron almacenados en planilla de Excel y analizados por profesional estadístico en el programa SPSS 18.0. Se utilizaron estadísticas descriptivas para análisis y presentación de los datos. La normalidad de las variables fue analizada por el test de *Kolgomorov-Smirnov*. Para las variables cuantitativas paramétricas, se calculó la media y el desvío estándar; para las variables cuantitativas no paramétricas, la mediana y la amplitud intercuartil (P25 – P75). Para las variables categóricas fueron calculadas las frecuencias absoluta y relativa (número y porcentual de los usuarios con la característica analizada).

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

Fueron incluidos en el estudio 826 adultos acompañados por el PAD/GHC en los años de 2011 (n =438, 53%) y 2012 (n= 388, 47%), entre los cuales 445 (53,9%) eran del sexo femenino. La

media de edad de los usuarios fue de 62,66±18,31 años, siendo el grupo etario encima de 65 años el más prevalente (n=418; 50,6%), seguido del grupo etario de los 51 a los 64 años (n = 230; 27,8%).

En relación a las unidades de salud de referencia (Tabla 1), 381 usuarios (46,12%) pertenecían al área de cobertura de las Unidades Básicas de Salud de la Secretaria Municipal de Salud y 118 (27,60%) a las Unidades de Salud administradas por el Grupo Hospitalario Conceição.

Tabla 1- Distribución de los usuarios internados en el PAD en los años de 2011 y 2012 conforme unidad de salud de referencia. Porto Alegre, 2013.

Unidades de salud de referencia	%	n
Salud Comunitária GHC	27,60%	228
UBS	46,12%	381
ESF	14,28%	118
Centro de Salud	6,90%	57
Fuera del área	4,72%	39
No registrado	0,38%	3

Fuente: banco de datos PAD/GHC.

Características relativas al motivo de internación de los usuarios y de la atención en el Programa

En la Tabla 2 está presentada la distribución de las especialidades que referenciaron pacientes para el PAD/GHC en el período seleccionado para el presente estudio, siendo la Medicina Interna (33%) y la Emergencia (22,6%) las unidades que más encaminaron usuarios para el PAD/GHC.

Tabla 2- Distribución de las especialidades que referenciaron pacientes para el PAD en los años de 2011 y 2012. Porto Alegre, 2013.

Especialidad	n	%
Medicina Interna	277	33%
Emergencia	187	23%
Neurología	95	11%
Cirugía vascular	65	8%
Gineco-obstetricia	48	6%
Otros	154	19%

Fuente: banco de datos PAD/GHC.

Los principales motivos de acompañamiento en el PAD/GHC, considerando el diagnóstico presentado en la nota de alta del Programa, fueron embolia y trombosis (10,9%), accidente vascular encefálico (AVE - 10,3%), neumonía (8,4%), neoplasia (7,5%) y diabetes melito (DM - 7,3%), conforme detallado en la Tabla 3.

Tabla 3 - Distribución de los CIEs principales de las internaciones en los años de 2011 y 2012. Porto Alegre, 2013.

CID PRINCIPAL	n	%
Embolia y trombosis	90	10,9
Accidente vascular encefálico	85	10,6
Neumonía	69	8,7
Neoplasia	62	7,5
Diabetes melito	60	7,3
Cardiopatías	52	6,3
Infección del tracto urinario	49	5,9
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	40	4,8
Infecciones de piel	33	4
Otros	286	34

Fuente: banco de datos PAD/GHC.

El tiempo mediano de acompañamiento de los usuarios en el PAD/GHC fue igual al 21,5 días (13 – 36) y el número de visitas realizadas por el equipo de internación domiciliar igual a 5,0 (3,0 – 8,0).

En cuanto al resultado del acompañamiento en el PAD/GHC, 629 pacientes (76%) recibieron alta del Programa y fueron encaminados para sus unidades de salud de referencia, 17 (2,05%) recibieron alta administrativa, 22 (2,7%) fueron al óbito y 156 (18,9%) necesitaron de re internación hospitalaria. Entre los óbitos, 40% (n=9) presentaban como patologías de base neoplasia y neumonía y eran predominantemente ancianos con edad encima de 65 años (n =18, 82%). Entre aquellos que necesitaron de re internación hospitalaria (n=156), las principales patologías de base fueron neoplasia (n=22; 14%), neumonía (n=21; 13%) y AVE (n=19; 12%). En cuanto al grupo etario de ese grupo de usuarios,

la mayoría presentaba edad superior a 50 años (n=142, 91%), siendo 57% (n= 89) con más de 65.

Características relativas al cuidado de enfermería

Las principales demandas de enfermería de los usuarios internados en el PAD/GHC en el período del estudio fueron la necesidad de realización de curativos (n= 268; 32,4%), monitoramento de la glicemia capilar (n= 163;19,7%) y control laboratorial para anticoagulación (n=125; 15,1%). Manejo con sonda nasointestinal fue la demanda de 14,9% de los usuarios (n=123), mientras 8,7% (n=72) tuvieron necesidad de administración de medicamento endovenoso, conforme detallado en la Tabla 4.

Tabla 4 - Distribución de los cuidados de enfermería en los años de 2011 y 2012. Porto Alegre, 2012.

Características	n	%
Curativo	268	32,4
Control glicemico capilar	163	19,7
Control de anticoagulación	125	15,1
Sonda nasointestinal	123	14,9
Medicamento endovenoso	72	8,7
Medicamento subcutaneo	55	6,7
Sonda vesical de demora	48	5,8
Aspiración de vias aéreas	43	5,2
Uso de oxígeno	25	3
Gastrostomía	21	2,5
Medicamento Intramuscular	13	1,6
Colostomía	7	0,8
Jejunostomía	3	0,4
Urostomía (si)	3	0,4

Fuente: banco de datos PAD/GHC.

DISCUSIÓN

Datos referentes al grupo etario y género observados en el presente estudio, con predominancia de mujeres y ancianos, son similares

a otra investigación encontrada en la literatura acerca de los servicios de AD en el Brasil⁽⁸⁾. El estudio realizado en el servicio de AD de Montes Claros (MG) reveló mayor prevalencia de mujeres (54,7%) y de usuarios con grupo etario entre los 61 y 80 años (37,2%)⁽⁸⁾. La predominancia del sexo femenino entre los usuarios de servicios de AD observada en los estudios conducidos en nuestro país, también es descrita en seis ciudades rurales de Japón⁽⁹⁾. La elevada prevalencia de ancianos entre los usuarios del PAD/GHC es semejante a la encontrada en literatura nacional e internacional referente al tema ^(8,9). Eso posiblemente es justificado por el envejecimiento poblacional, por la mayor ocurrencia de enfermedades crónicas y, consecuentemente, mayor demanda de atención hospitalaria y de utilización de otros servicios de salud en ese grupo etario.

La AD realizada por intermedio del PAD/GHC promueve una interface entre la atención terciaria (hospital) y la primaria, una vez que en el momento del alta del Programa los pacientes son referenciados para sus unidades básicas de salud. Ante la dificultad de acceso de los usuarios a la atención primaria, el PAD/GHC actúa de forma a realizar esa transición hospital-unidad de salud por medio de la comunicación establecida entre los servicios durante o al final del acompañamiento, garantizando la continuidad del cuidado. Casi la mitad de los individuos alocados en el estudio pertenecía al área de cobertura de las Unidades Básicas de Salud de la Secretaria Municipal de Salud, mientras cerca de un tercio utilizaba las unidades de salud del GHC. Se destaca, en ese contexto, la atención domiciliar como mecanismo de articulación entre los servicios hospitalarios y las unidades básicas de salud⁽¹¹⁾ de forma a oportunizar el cuidado integral, una vez que la escasas de informaciones entre esas acciones favorece la segmentación del cuidado e impide su construcción a partir de las particularidades del usuario⁽¹⁰⁾.

Las Emergencias y las unidades de internación en Medicina Interna de los cuatro hospitales del GHC fueron aquellas que más solicitaron consultorías al PAD/GHC. El hecho de los pacientes ser referenciados por unidades de atención generalistas apunta para una gran diversidad clínica entre los usuarios del Programa. De hecho, las patologías de base de los internados en el PAD/GHC en el período del estudio fueron bastante variadas. El análisis hecho en el servicio de AD de Montes Claros (MG), citada previamente, también identificó diversidad de diagnósticos - fueron descritos doce tipos de enfermedades de base, en un total de 41% de las patologías presentadas por los usuarios evaluados. Neumonía y diabetes melito fueron las más prevalentes⁽⁸⁾.

Entre las causas diagnósticas para internación en el PAD/GHC, embolia y trombosis fueron las principales para acompañamiento. Tal resultado se justifica por el hecho de PAD/GHC ser una referencia dentro del Grupo Hospitalaria Conceição para la anticoagulación oral de profilaxis y de tratamiento de fenómenos tromboembólicos. Además, fenómenos tromboembólicos como trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar y AVE son más prevalentes en ancianos⁽¹¹⁾, grupo etario predominante en la muestra que compone el estudio. Aún, la presencia de AVE como segunda causa diagnóstica para acompañamiento en el PAD/GHC concuerda con la realidad mundial, ya que las enfermedades cardiovasculares alcanzan cerca de 17 millones de personas en todo mundo⁽¹²⁾. Las neoplasias y la diabetes melito también fueron motivos frecuentes de internación, lo que corrobora con el perfil epidemiológico de esas condiciones clínicas en la población. Datos de la Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica (VIGITEL) de 2011 apuntan prevalencia en 5,6% de diabetes melito, siendo mayor en ancianos, mujeres y en individuos con

menor escolaridad, características comunes a los usuarios del PAD/GHC⁽¹³⁾. En relación a las neoplasias, de acuerdo con el informe mundial de enfermedades no transmisibles de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer se tornará en pocas décadas una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todas las regiones del mundo⁽¹²⁾. Estimativas del mismo informe demuestran el aumento de la incidencia de cáncer - de 12,7 millones de casos nuevos en 2008 para 21,4 millones en 2030. Ese hecho fue relacionado a diferentes causas, entre ellas el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional⁽¹²⁾.

La media de tiempo de internación de los usuarios en el PAD/GHC fue de 21,5 días, y el número de visitas realizadas por el equipo de internación domiciliar, de 5,0. La mayoría de los usuarios recibió alta del Programa y fue re direccionada para su Unidad de Salud. Cerca de 3% de los pacientes fueron el óbito y 19% necesitaron de re internación hospitalaria. Las principales causas de óbito y de re internación concuerdan con los datos de la OMS, que apuntan las enfermedades cardiovasculares, neoplasias, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes como las principales causas de la mortalidad mundial por enfermedades no transmisibles⁽¹²⁾; y la neumonía como una de las causas centrales de internación en el sistema de salud, entre las enfermedades infecciosas.

Las demandas de enfermería dentro de la AD son innumerables. En el presente estudio, las principales fueron la realización de curativos y el monitoreo de glicemia capilar. La predominancia de ancianos y las patologías asociadas a la mayor dependencia física entre los usuarios de la muestra pueden justificar la necesidad por cuidados de enfermería específicos. La asistencia prestada por el equipo de enfermería, independiente de la demanda, contribuye para la mejor atención del paciente y resolución de sus

problemas. Una revisión sistemática demostró resultados positivos referentes a la atención domiciliaria realizada por la enfermera, en relación a la recurrencia de lesiones de pierna, stress del cuidado y cuestiones globales de salud⁽¹⁴⁾. Otra investigación también reveló resultados positivos sobre la reducción de la mortalidad de la población adulta mayor en general por medio de visitas domiciliarias (**RR: 0,76, IC 0,61-0,89**)⁽¹⁴⁾. Ante eso, se destaca el papel fundamental del enfermero que posee competencias para realización de la atención domiciliaria, las cuales permiten la proposición de cuidados compatibles con la realidad social por medio de orientaciones a los usuarios, cuidadores y familiares, sin desconsiderar la singularidad de los elementos involucrados en el cuidado domiciliario, sin embargo con interferencia mutua y simultanea⁽¹⁵⁾.

Diferentes acciones de enfermería fueron demandadas por los usuarios del PAD/GHC en el período del estudio. Ante eso, la realización del plano de cuidados domiciliarios apunta para un beneficio potencial al paciente, una vez que la enfermería orienta y adecua los métodos al domicilio de forma a capacitar los usuarios y el cuidador para un cuidado efectivo, adaptando los recursos existentes a la necesidad del individuo. Se destaca, también, que muchas veces las diferentes demandas de enfermería son comunes al mismo usuario, lo que implica mayor complejidad del cuidado, siendo a su determinación (dentro del perfil y de su condición social) la base para el cuidado de enfermería, de las orientaciones y del entrenamiento a los usuarios y cuidadores.

La clasificación de la complejidad asistencial permite priorizar la atención en los casos que demandan mayores recursos de los servicios de salud y acompañamiento del equipo multidisciplinar. Es uno de los factores determinantes apuntados en el Cuaderno de Atención Domiciliaria del Ministerio de la Salud para elegibilidad del individuo a los servicios de AD⁽¹⁾. Las moda-

lidades de AD por el establecidas contemplan desde la atención domiciliaria realizada por el equipo de la atención básica a los usuarios clínicamente estables con menor necesidad de recursos de salud e imposibilitados de ir a la Unidad de Salud (modalidad denominada de AD1); y la atención prestado por equipos multidisciplinarios de AD y equipos multidisciplinarios de apoyo, en servicios específicos de AD, a los usuarios con problemas de salud que necesiten de acompañamiento continuo (modalidad AD 2); hasta los pacientes que necesiten de un cuidado de mayor complejidad, como la utilización de oxigenoterapia, soporte ventilatório, diálisis peritoneal y paracentesis (modalidad AD 3)⁽¹⁾.

El presente estudio genero la oportunidad a la caracterización de una muestra representativa de usuarios del PAD/GHC, lo que contribuirá para el mejor direccionamiento de la atención por el equipo, en especial el prestado por la enfermería. El hecho de el estudio haber sido hecho con colecta en banco de datos e historia clínica electrónica puede ser una potencial limitación, pues tal metodología inviabiliza la estandarización en la colecta de las informaciones. De la misma forma, solo fue posible identificar las intervenciones de enfermería relacionadas a tecnologías de soporte, necesidades de curativos y colecta de exámenes laboratoriales.

CONCLUSIÓN

La asistencia prestada por el equipo de enfermería, independiente de la demanda, puede cualificar la atención prestada al paciente por medio de la continuidad del cuidado y, aún, auxiliar en la prevención de re internaciones. Estudios longitudinales podrán contribuir para la confirmación de estas inferencias.

Al final del acompañamiento realizado por el PAD/GHC, gran parte de los usuarios fue

referenciada a su unidad de salud, reforzando el papel del Programa en promover una interface entre la atención primaria y la terciaria. Ese acto es importante en el fortalecimiento de la relación del usuario con la red de atención básica a la salud.

La caracterización de los usuarios contribuye con la literatura sobre el tema, permitiendo mayor conocimiento sobre el perfil de los usuarios de los servicios públicos de AD y puede proporcionar una mayor cualificación de los servicios.

CITAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da saúde; 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. Brasil. Ministério da Saúde. 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*, 2002 abr 16; Seção 1.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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*, 2006 jan 30; Seção 1.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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>
11. 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.
12. World Health Organization (SWZ). Global status report on noncommunicable diseases. 2010. [homepage] Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf.
13. 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.
14. 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.journal->

slibrary.nih.ac.uk%2F__data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0003%2F65361%2FFullReport-hta16200.pdf&ei=V6UpVMe8Ope1sQS93YCQBw&usg=AFQjCNHRnP_nUcoZMU-Hu3kl4_e90mBD0w&sig2=5UD4BwKGt7Cm8rEJZhxeiA&bvm=bv.76247554,d.cWc

15. 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 los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 09/04/2014

Revisado: 17/07/2014

Aprobado: 04/08/2014