

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E LICENCIATURA

CARLA LUBE DE PINHO CHIBANTE

**HOSPITALIZAÇÃO e DCNTs:**  
Perspectivas Educativas do Enfermeiro

NITERÓI  
2012

CARLA LUBE DE PINHO CHIBANTE

**HOSPITALIZAÇÃO E DCNTs:**  
Perspectivas Educativas do Enfermeiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Enfermagem e Licenciatura da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção de Título de Enfermeiro e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> FÁTIMA HELENA DO ESPÍRITO SANTO

Niterói  
2012

C 532 Chibante, Carla Lube de Pinho.  
Hospitalização e DCNTs : perspectivas educativas do  
enfermeiro / Carla Lube de Pinho Chibante. – Niterói:  
[s.n.], 2012.  
82 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Enfermagem e Licenciatura) - Universidade Federal  
Fluminense, 2012.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Fátima Helena do Espírito Santo.

1. Enfermagem. 2. Doença crônica. 3. Educação em  
saúde. 4. Autocuidado. I. Título.

CDD 610.73

CARLA LUBE DE PINHO CHIBANTE

**HOSPITALIZAÇÃO e DCNTs:**  
Perspectivas Educativas do Enfermeiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Enfermagem e Licenciatura da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção de Título de Enfermeiro e Licenciado em Enfermagem.

Aprovada em 25/06/2012

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. FÁTIMA HELENA DO ESPÍRITO SANTO- Orientadora  
Universidade Federal Fluminense - UFF

---

Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. PATRÍCIA DOS SANTOS CLARO FULY- 1<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade Federal Fluminense - UFF

---

Enf<sup>a</sup> Msc. ANALYANE CONCEIÇÃO SANTOS- 2<sup>a</sup> Examinadora  
Hospital Central da Aeronáutica- HCA

Niterói  
2012

*“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar.”*

*(Chico Xavier)*

## AGRADECIMENTOS

*Em especial a Deus, por ter guiado e iluminado a minha caminhada e por ter abençoado os meus dias.*

*Aos meus queridos avós, Chibante, Maria, Antonio (in memmorian) e Alaide pela dedicação, amor e carinho recebidos. Amo vocês!*

*Ao meu pai, por investir nos meus estudos e acreditar no meu potencial. Obrigada pelo amor, carinho e dedicação. Te amo!*

*À minha mãe, que me deu à luz e me acompanhou em todas as fases da minha vida. Obrigada por todo carinho e amor dedicados diariamente. Te amo!*

*À minha irmã, Carolina, pela amizade, carinho e compreensão. Obrigada por ser a minha irmã, te amo!*

*Ao meu namorado, Thiago, por compartilhar das minhas angústias, alegrias, cansaços e humores. Obrigada por estar ao meu lado, pelo carinho, amor e amizade. Que a felicidade seja o objetivo principal das nossas vidas, te amo!*

*Aos meus familiares de sangue e à família Nogueira pelo amor, carinho e apoio durante o meu crescimento pessoal e profissional.*

*Às minhas amigas, Alessandra, Beatriz, Larissa e Thayane, por terem me dado a amizade como o maior presente conquistado na faculdade. Obrigada pela atenção, convivência, carinho e por tornar os dias na faculdade mais engraçados e felizes. Vocês ficarão guardadas para sempre no meu coração.*

*À Fátima Helena, minha querida orientadora, que se dedicou integralmente na construção deste trabalho. Obrigada pela amizade, atenção, estímulo, incentivo e carinho. Além de destacar a sua generosidade em compartilhar a sua sabedoria, importante para o meu crescimento pessoal e profissional.*

*À Banca examinadora, pelas relevantes contribuições para a construção do estudo.*

*Aos professores da EEAAC, que compartilharam os seus conhecimentos e contribuíram para o meu crescimento profissional.*

*Aos colegas do Curso de Enfermagem, que chegaram juntos ao término de um momento de grande importância.*

*À equipe de enfermagem e aos pacientes do HUAP, cuja cooperação foi decisiva no desenvolvimento desta pesquisa.*

*A todos que colaboraram para a realização deste trabalho...*

*Muito obrigada!*

## RESUMO

Trata-se de um estudo sobre o perfil de clientes hospitalizados com DCNTs com abordagem quantitativa, com delineamento descritivo e transversal cujos objetivos foram: analisar o perfil dos clientes adultos e idosos hospitalizados com DCNTs e o risco de readmissão hospitalar; descrever o perfil dos clientes adultos e idosos hospitalizados com DCNTs e discutir as possibilidades de intervenção do enfermeiro com clientes hospitalizados com DCNTs. A pesquisa foi realizada em um hospital universitário, localizado no município de Niterói, RJ, no período de janeiro a março de 2012, com 60 sujeitos, adultos e idosos que estavam internados nas clínicas médica feminina e masculina. A coleta de dados foi desenvolvida através de análise documental em prontuários; roteiro para histórico dos clientes hospitalizados; aplicação da Escala de Perroca para identificação do nível de dependência dos cuidados de enfermagem. Os dados coletados foram submetidos à análise estatística simples. Os resultados apontaram como perfil dos clientes: média de idade de  $53,2 \pm 16,34$ , maioria do sexo masculino, procedentes do município de Niterói; casados com média de  $2,3 \pm 1,56$  filhos; prevalência de sujeitos com ensino fundamental incompleto e aposentados. Os diagnósticos médicos mais frequentes que determinaram a hospitalização foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho digestivo, geniturinário, respiratório e neoplasias. Foi observada a presença de pelo menos uma comorbidade nos clientes hospitalizados. Os diagnósticos médicos secundários principais foram doenças do aparelho circulatório – hipertensão arterial, e as doenças endócrinas e metabólicas como a diabetes mellitus. A média da permanência hospitalar foi de  $21,33 \pm 19,05$  dias. A maioria dos sujeitos sofreu readmissão hospitalar no período de um ano. O intervalo entre essas admissões teve como média  $135,83 \pm 85,12$  dias. A maioria dos sujeitos não apresentou dependência dos cuidados pela equipe de enfermagem. Foram destacados os principais fatores de risco relacionados às DCNTs, como a inatividade física, hipertensão, tabagismo, uso de álcool, IMC, baixo consumo de frutas e legumes, taxas de colesterol e triglicérides, nível de estresse e a história familiar de doença. Conclui-se que a readmissão hospitalar é um indicativo de fragilidade que está relacionada à instalação gradativa e/ou perda de capacidade funcional em diversos graus, interfere na qualidade de vida dos adultos e idosos, no aumento dos custos no tratamento dessas doenças e indicam a necessidade de acompanhamento contínuo pela equipe de saúde em todas as esferas de cuidado. A detecção precoce da vulnerabilidade das pessoas e a promoção e educação no sentido de incentivar práticas saudáveis de viver podem minimizar o surgimento e agravamento das condições crônicas. O enfermeiro deve implementar ações educativas, estimulando o autocuidado, visando incentivar o cliente na tomada de decisão quanto a adoção de hábitos mais saudáveis e um estilo de vida favorecendo o bem estar e a consciência da importância do cuidado de si para melhoria da sua condição de saúde e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Doença crônica; Educação em saúde; Autocuidado



## ABSTRACT

It is a study on the profile of the clients institutionalized with DCNTs with quantitative approach, with descriptive and transversal outlining, whose objectives have been: To analyze profile of adult and elder clients institutionalized with DCNTs and the risk of hospital readmission; to describe the profile of adult and elder clients institutionalized with DCNTs and to discuss the possibilities of nurse's intervention to clients institutionalized with DCNTs. The research was performed at a university hospital, located in the Niteroi, RJ, county, in the period from January through March 2012, with 60 subjects, adults and elders, who were institutionalized in the female and male medical clinic. Data collection was developed through documental analysis in the file reports; guide for historic of the clients institutionalized; application of Perroca's Model for identification of dependency level to the nursing cares. Data collected have been submitted to the simple statistical analysis. Results indicated as the clients' profile: age average of  $53.2 \pm 16.34$ , most of male gender, from Niteroi County; married with the average of  $2.3 \pm 1.56$  children; prevalence of individuals with uncompleted fundamental scholarship and retired. The more frequent medical diagnose that have determined institutionalization were circulatory diseases, followed by digestive diseases, genitourinary, respiratory and neoplasias. It has been observed the presence of at least one comorbidity in the clients institutionalized. The main secondary medical diagnose have been diseases from the circulatory system – arterial hypertension – and endocrinological and metabolic diseases, like diabetes mellitus. The average of hospital stay was of  $21.33 \pm 19.05$  days. Most of individuals had hospital readmission in one year period. The interval between these admissions had as average  $135.83 \pm 85$ . Most of the individuals didn't present dependency by the nursing team. It has been outlined the main risk factors related to the DCNTs, as physical inactivity, hypertension, smoking habit, use of alcohol, IMC, low fruits and vegetables consumption, cholesterol and triglycerides, stress and family history of the disease. It is concluded that hospital readmission is an indicative related to the gradual evolution and/or loss of the functional capacity in several grades, interfering in the life quality of adults and elders, in the increasing of the costs for the treatment of these diseases and they indicate the need of a continuous accompanying by the health team in all areas of care. The precocious detection of the vulnerability of people and the promotion and education in the sense of stimulating healthy practices of living can minimize the appearance and the aggravation of chronic conditions. Nurse should implement educative actions, stimulating the self-care, aiming to encourage the adoption of healthier care and a life style, favoring the well-being and the consciousness as to the importance of the self-care for improving the health condition and life quality.

**Keywords:** Nursing; Chronic disease; Education in health; Self-care.

**LISTA DE TABELAS**

	<b>Página</b>
<b>Tabela 1</b> – Distribuição de adultos e idosos com DCNT em condição de admissão hospitalar, segundo as características demográficas, HUAP	38
<b>Tabela 2</b> - Distribuição de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar, segundo as características socioeconômicas, HUAP.	40
<b>Tabela 3</b> - Distribuição de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar, segundo as características da situação de saúde relacionadas aos diagnósticos médicos primários e secundários, HUAP.	42
<b>Tabela 4</b> - Distribuição de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar, segundo as características das internações hospitalares, HUAP.	44
<b>Tabela 5</b> - Distribuição de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar, segundo as características de utilização dos serviços de saúde, orientações para alta hospitalar e encaminhamentos, HUAP.	47
<b>Tabela 6</b> – Fatores de risco de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar. HUAP.	50

## SUMÁRIO

	Pagina
<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	12
Objeto de Estudo .....	16
Questões Norteadoras .....	16
Objetivo Geral.....	16
Objetivos Específicos.....	17
Relevância do Estudo.....	17
<b>CAPÍTULO I: REVISANDO A LITERATURA</b>	
Processo Saúde-Doença.....	18
Contextualizando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs).....	20
Conhecendo as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	23
A Hospitalização.....	25
Educação em Saúde.....	27
Cuidado de Enfermagem.....	29
<b>CAPÍTULO II: METODOLOGIA</b>	
Delineamento do Estudo.....	32
Campo de Estudo.....	32
Sujeitos do Estudo.....	34
Variáveis do Estudo.....	34
Coleta de Dados.....	35
Organização e Análise dos Dados.....	36
Aspectos Éticos da Pesquisa.....	36
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	
Características Demográficas.....	38
Características Socioeconômicas.....	39
Características da Situação de Saúde.....	42
Utilização dos Serviços de Saúde.....	47
O risco da readmissão hospitalar.....	49
A família e a equipe de enfermagem: perspectivas educativas.....	54
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	58
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
Obras Citadas.....	62
Obras Consultadas.....	70
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
Apêndice B: Formulário de Coleta de Dados.....	74
Apêndice C: Histórico de Enfermagem.....	75

**ANEXOS**

Anexo A: Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca.....	78
Anexo B: Carta de Aprovação- CEP/HUAP.....	82

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

---

Durante a trajetória acadêmica, pude notar no ensino teórico e teórico- prático o quanto as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) acometem adultos e idosos internados em unidades clínicas e o quanto as complicações destas doenças estão associadas à ocorrência de reinternação hospitalar entre os clientes com essas doenças.

Além disso, na experiência como bolsista de extensão do “Projeto educativo ao familiar acompanhante de adultos e idosos hospitalizados com Doenças Crônicas Não Transmissíveis” percebi o quanto esta hospitalização é um acontecimento comum e como este processo da hospitalização interfere na autonomia, independência, capacidade funcional e vulnerabilidade das pessoas internadas.

Vários fatores concorrem para aumentar a incidência das doenças crônicas, entre eles, a industrialização, a urbanização, a poluição, as condições de trabalho, o estilo de vida, as preocupações, a dieta e o desemprego. (PEREIRA<sup>1</sup>, 2000 apud TAVARES, 2006)

Nesse sentido, os pacientes com doenças crônicas estão quase sempre sujeitos a reinternações e, segundo Galizzi<sup>2</sup> (1997, apud TAVARES, 2006), as principais razões para que isso aconteça seria a recaída da condição clínica, surgimento de um novo problema clínico, problemas com medicamentos e complicações da doença original.

Na minha trajetória pessoal vivenciei a questão da doença crônica e da hospitalização da minha avó, que é hipertensa e, em 2010, teve diversos episódios de internação devido à complicação da hipertensão arterial. Estes episódios estavam relacionados às situações de estresse e preocupações do cotidiano que acarretavam o aumento da pressão arterial levando a um quadro de descompensação que culminava em internações.

Os fatores de riscos relacionados às doenças crônicas estão associados à vulnerabilidade, que remete à idéia da ameaça à saúde e integridade, constituindo-se em um fator decisivo para

---

<sup>1</sup>PEREIRA, M G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

<sup>2</sup> GALIZZI, H R. A rejeição ao paciente com internações repetidas no Hospital Geral. *Caderno de saúde mental no Hospital Geral-IPUB*, Rio de Janeiro, v.1, n.6, p.185-194, 1997.

o adoecer do indivíduo que apresenta características de exposição às situações (PETTENGILL, 2003).

A presença de alguma doença crônica pode interferir ou não na autonomia e independência das pessoas. Para Diogo (2000), a autonomia se expressa na liberdade para agir e tomar decisões e a independência é a capacidade de realizar atividades de vida diária sem ajuda. Diante disso, a dependência é definida como a incapacidade da pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda do semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação.

O processo de adoecimento pela doença crônica é influenciado pelo estilo de vida, como fumar, beber, comer excessivamente, ser sedentário e estar exposto às situações geradoras de estresse. Estes fatores geram limitações que acabam repercutindo na qualidade de vida e na capacidade funcional dos sujeitos

Diante disso, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde que, segundo Veras<sup>3</sup> (2002, apud MONTEIRO, 2007), é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Segundo Monteiro (2007), o conceito de independência funcional envolve a execução das atividades desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado do seu entorno e à participação social.

Nesse sentido, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, engloba três vertentes: o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar. Essa atividade constitui uma habilidade para engajar-se em autocuidado. A exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade de ações de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações (FOSTER e JANSSENS<sup>4</sup>, 1993 apud TORRES et al., 1999).

Para Orem<sup>5</sup> (1980, apud TORRES et al., 1999), o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, contribuindo assim para sua integridade, funcionamento e desenvolvimento. Essa capacidade de autocuidado está relacionada a diversos fatores, tais como o sexo, a idade, estado de desenvolvimento, condições sócio-econômicas e culturais, nível educacional, estado de saúde e experiência de vida.

---

<sup>3</sup> VERAS, R. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume Dumara. P. 52-55. 2002.

<sup>4</sup> FOSTER, P. C.; JANSSENS, N. P. D. E. O. In: GEORGE, J. B. et al. *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 7, p. 90-107.

<sup>5</sup> OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice*. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1980. Ch.3, p. 35-54: Nursing and self-care.

Segundo Orem, são três os requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos universais estão associados aos processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Estes são comuns aos seres humanos durante os diversos estágios da vida, como por exemplo, as atividades do cotidiano. Os requisitos de desenvolvimento são as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento; por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou adaptação a mudanças físicas. O requisito de desvio de saúde é exigido em condições de doença ou ferimento, ou então pode ser consequência de medidas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição (TORRES et al, 1999).

Sendo assim, com base nessas afirmações, pode-se dizer que o modelo teórico proposto por Orem consiste em ajudar e orientar os indivíduos a satisfazerem suas próprias necessidades e exigências de autocuidado.

Assim, o autocuidado sugerido por Orem parte do princípio de que os sujeitos possuem a capacidade para promover o cuidado de si mesmo e quando não possuem informações adequadas para esse cuidado ou estão impossibilitados para tal, podem ser orientados e assistidos pela equipe de enfermagem.

Por outro lado, destaca-se o cuidado de si mesmo, que segundo Bub et al. (2007) é usado para referenciar e traduzir uma noção complexa e rica que os gregos utilizavam para designar uma série de atitudes ligadas ao cuidado de si mesmo, ao fato de ocupar-se e de preocupar-se consigo.

De acordo com esses autores, cuidado de si significa por um lado poder construir uma cultura de si que consiga testar a capacidade de se manter independente em relação ao mundo exterior e, por outro lado, poder produzir uma transfiguração de si mesmo enquanto sujeito de conhecimentos verdadeiros.

Bub et al. (2007) dizem que o cuidado de si é uma atitude ligada ao exercício da política, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo, uma noção da ética como estética da existência. Por outro lado, o autocuidado é vinculado à saúde humana, é a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com os seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar.

Silva (2006) diz que o modo de ver saúde e doença é peculiar de cada indivíduo e deve-se ter em mente essa informação ao abordar um cliente no sistema de saúde.

O processo de hospitalização é agressivo e doloroso, além de inevitável e inadiável. Os pacientes, de um modo geral, são surpreendidos pela doença e pela hospitalização, tendo que

deixar seus compromissos, afastar-se de sua família e, além disso, tem de “mudar-se” para um ambiente estranho e impessoal, levando como bagagem a dor, o medo e a incerteza (SEITZ, 2005).

De acordo com Pupulim (2009, p. 18):

O hospital é um ambiente hostil à natureza humana por deflagrar fragilidade física e vulnerabilidade emocional ante o processo saúde-doença. Ao confrontar a enfermidade e o tratamento, os pacientes se deparam com circunstâncias que interferem em seu estilo de vida, somando-se a convivência com pessoas que não fazem parte de sua estrutura social. Consequentemente, a hospitalização requer aceitação, adaptação, submissão e resignação.

As DCNT's possuem um importante papel no perfil de saúde das populações de todo o mundo e incluem as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, obesidade e doenças respiratórias. Estas doenças constituem uma questão de saúde pública e causam grande impacto na população, com elevado custo social e na saúde (MALTA et al., 2010; LESSA, 2004).

A hospitalização, independentemente da doença e de sua gravidade, é um processo que causa medo e insegurança. Para Silva<sup>6</sup> (1992, apud SEITZ, 2005) a hospitalização, por mais simples que seja o motivo, tende a levar a uma experiência negativa. O desconforto físico, moral, espiritual e o medo da morte podem gerar sofrimentos.

Alguns fatores predis põem às doenças crônicas, tais como a dieta, os hábitos, estilos de vida e o sedentarismo. Esses fatores somados a carência de conhecimento da população acarretam um aumento no número de pessoas acometidas por DCNT's.

Diante disso, Silva (2010) diz que é preciso investir em ações educativas voltadas para aos pacientes a fim de contribuir com a adaptação à doença, cooperar com o seguimento da terapêutica, como também aprender a agir diante de alguma complicação. Além disso, é importante que os pacientes com DCNT's conscientizem-se acerca da importância da realização do autocuidado e cuidado de si a fim de evitar complicações que tendem a levar a necessidade da readmissão hospitalar.

Até porque, como destacam Lagoe et al.<sup>7</sup> (1999, apud VALERA e TURRINI, 2008):

As readmissões hospitalares são importantes indicadores dos resultados dos cuidados de saúde porque caracterizam a efetividade dos cuidados prestados durante a permanência hospitalar e recebidos no período imediato após a alta hospitalar e

<sup>6</sup> SILVA, S. A. *A pessoa enferma e a hospitalização: o enfermeiro nesse contexto*. Rio de Janeiro, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>7</sup> Lagoe, R.J., Noetscher, C.M., Hohner, V.K., & Schmidt, G.M. Analyzing Hospital readmissions using statewide discharge databases. *Journal of Nursing Care Quality*, 13 (6), 57-67. 1999.



identificam a extensão na qual os pacientes são submetidos aos altos e custos de repetidas hospitalizações.

A literatura sobre o processo da hospitalização e a questão das doenças crônicas não transmissíveis é bastante extensa, principalmente no que diz respeito aos idosos e às crianças. Entretanto, na busca de teses, artigos e livros há escassez de dados que falem sobre a relação de pessoas com DCNTs e os riscos de readmissão hospitalar.

Os pacientes acometidos por doenças crônicas estão mais sujeitos a reinternações e, segundo Tavares (2006), algumas razões para esse evento são a recaída da condição clínica original, surgimento de um novo problema clínico, complicações da doença original e problemas com uso de medicamentos.

Nesse contexto, as ações educativas são consideradas componentes essenciais dos cuidados de enfermagem, e estão direcionadas para a promoção, manutenção e restauração da saúde. Segundo Sabóia (1997, p.50) a educação em saúde é um processo capaz de desenvolver nas pessoas consciência crítica dos seus problemas, ao invés de simplesmente repassar informação sobre saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) por serem doenças de longa duração, as DCNT's são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Aproximadamente 7,5 bilhões/ano são gastos com as doenças crônicas, sendo denominados custos diretos mediante a realização de estimativas das internações e atendimentos ambulatoriais.

Assim, entendendo que as DCNTs representam uma questão importante no que se refere à ocorrência de readmissão hospitalar com repercussões na qualidade de vida das pessoas e maiores gastos para as instituições, definiu-se como **objeto de estudo**: *O perfil de clientes hospitalizados com DCNTs.*

### *Questões Norteadoras*

- Qual o perfil dos clientes adultos e idosos hospitalizados com doenças crônicas não transmissíveis?
- Quais as possibilidades de intervenção do enfermeiro junto a esses clientes?

### ***Objetivo geral***

- Analisar o perfil dos clientes adultos e idosos hospitalizados com DCNTs e o risco de readmissão hospitalar.

### ***Objetivos específicos***

- Descrever o perfil dos clientes adultos e idosos hospitalizados com DCNTs.
- Discutir as possibilidades de intervenção do enfermeiro com clientes adultos e idosos hospitalizados com DCNTs.

### ***Relevância do estudo***

Ressalta-se a importância da compreensão do processo de adoecimento para clientes com DCNT's, pois de acordo com Potter & Perry (2006, p.30) o enfermeiro deve reconhecer os fatores de risco, os padrões da doença e o estilo de vida destes sujeitos, levando em conta a relação do cliente com seu estado de saúde.

A relevância deste estudo encontra-se no fato de existirem muitas pesquisas e trabalhos que abordam a hospitalização e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), entretanto, encontramos poucos trabalhos que relacionem as DCNT's com a readmissão hospitalar.

Além disso, é importante a reflexão sobre os fatores relacionados ao processo da readmissão hospitalar, no que diz respeito às questões da vulnerabilidade, da autonomia e da capacidade funcional dos clientes com DCNTs. Destarte, os resultados deste estudo pretendem colaborar com os profissionais da área da saúde, principalmente os enfermeiros, no entendimento da (re) hospitalização de clientes com DCNT's vislumbrando perspectivas de intervenções que possibilitem avaliar riscos, prevenindo complicações e contribuindo efetivamente para a recuperação, manutenção e promoção da saúde desses clientes e, conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

## **CAPÍTULO I: REVISANDO A LITERATURA**

---

### ***Processo Saúde-Doença***

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) representam um problema preocupante em todo o mundo, associadas ao processo de industrialização e desenvolvimento de tecnologias que interferem diretamente na qualidade de vida das pessoas. Diante disso, é importante conhecer o processo saúde-doença para compreender as relações estabelecidas entre os sujeitos e o processo de adoecimento.

O significado do termo saúde tem um alto grau de subjetividade e determinação histórica, uma vez que as pessoas consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, da cultura e dos valores que atribuem a uma determinada situação.

Diversas tentativas vêm sendo feitas a fim de se construir um conceito mais dinâmico, que dê conta de tratar a saúde não como imagem complementar da doença e sim como construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, que se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de promover a vida (BRASIL, 2006, p.65).

Para Andrade (2003, p.212), “o binômio saúde-doença comporta os aspectos físicos, sociais, espirituais e mentais numa interação com o meio ambiente e com a própria visão de mundo que o indivíduo adota, não de forma específica, mas em algo inerente à totalidade do ser”.

Com isso, é importante compreender os múltiplos fatores que podem influenciar no processo saúde-doença, como os aspectos biológicos, os hábitos de vida e o meio ambiente. Além disso, entender que este meio pode gerar ou favorecer o adoecimento, assim como facilitar ou dificultar a prevenção, o controle e a cura das doenças.

Penso que não há dissociação entre os aspectos físico, mental e social na produção e desenvolvimento de doenças, uma vez que o ser humano em desequilíbrio, em qualquer um desses aspectos, pode estar mais ou menos vulnerável à doença. Além disso, a partir do seu

autoconhecimento, a pessoa pode se perceber doente, pois estará atenta ao que diferente acontece com o seu corpo.

De acordo com Potter & Perry (2009, p.31):

A saúde é um estado dinâmico que está sujeito a constantes alterações, à medida que uma pessoa se adapta às alterações do meio externo e interno, para manter o bem-estar físico, emocional, intelectual, social e espiritual. A doença é um processo anormal no qual o funcionamento de uma pessoa está diminuído ou prejudicado em uma das dimensões.

Sabe-se que a saúde, em uma sociedade, está relacionada ao seu contexto sócio-econômico, político e cultural. Nas sociedades anteriores à Idade Média, encontra-se uma concepção mística de saúde e doença. De acordo com Rezende (1989, p.23) a presença da saúde dependia mais dos desejos da divindade que a competência dos curadores das doenças.

Lima (1994) refere que a doença é entendida como um desequilíbrio entre os determinantes de saúde, mas não se constitui um conceito de doença. Além disso, a saúde e a doença precisam ser entendidas como um processo para que se possa ter uma visão mais ampla das condições que determinam as formas individuais e coletivas do adoecer e do morrer.

Ainda de acordo com a mesma autora, o conceito primitivo de doença tem um caráter histórico que influencia, até o momento atual, a forma do cuidar, pois o modelo tecnicista que perdurou por muitos anos, influencia no nosso pensamento e na maneira como vemos o ser doente.

Moreschi (1999, p.85) diz que:

É comum, até entre os profissionais da área de saúde, encontrar o discurso dicotômico entre os conceitos de saúde e de doença. Muitas pessoas entendem saúde como o oposto de doença. Na verdade, os indivíduos em geral, não são saudáveis ou doentes. Apresentam diferentes graus nas suas condições de saúde, que podem variar, dependendo de uma grande quantidade de fatores que as determinam em um dado momento. As variações dependem, inclusive, do tipo de combinações que esses fatores apresentam em um momento específico, determinando condições de saúde que podem ser boas ou ruins em graus diversos. Não é fácil separar o momento exato em que um indivíduo pode ser considerado saudável ou doente.

É importante dizer que cada indivíduo tem as suas vivências, as suas particularidades e as suas dificuldades. Por isso, o conceito de saúde e doença varia de pessoa para pessoa, pois

cada história de vida irá influenciar na forma de pensar e agir com relação a este processo. Diante disso, é possível viver com qualidade de vida, mesmo sendo portador de alguma doença, principalmente quando falamos das DCNT's.

Coelho e Filho (2002, p.5) dizem que os padrões de saúde e enfermidade variam não só em diferentes sociedades, mas no interior de uma mesma sociedade, a depender da posição socioeconômica e da subcultura de quem os concebe.

A doença, portanto, é um tema extremamente complexo e passível de diferentes leituras que vão da sociologia à medicina, tratando quer de seu caráter individual, fisiológico, quer de seu aspecto cultural ou social (LEITE e VASCONCELLOS, 2006, p.114).

Assim, o processo saúde-doença é percebido por alguns autores como uma relação que vai muito além do âmbito individual e social. Trata-se, então, de um processo bio-psico-social, em que para se atingir um melhor nível de saúde da população, não basta apenas estimular os indivíduos a adotarem uma conduta saudável, devendo antes considerar o contexto político, econômico, social e cultural no qual estão inseridos.

### ***Contextualizando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)***

Para iniciarmos a discussão sobre as DCNTs faz-se necessário o conhecimento do perfil epidemiológico do País para que se possa entender a dimensão que as DCNTs têm, e assim, compreender o alto número de internações provenientes de descompensações e/ou agravos relacionados a essas doenças

No Brasil, a partir da década de 40, ocorreu uma queda acelerada da mortalidade o que contribui para a acumulação progressiva de idosos em nosso país. Em 1950, o país ocupava o 16º lugar em número de idosos (2,2 milhões). Estimativas foram realizadas e em 2025, o Brasil irá para o 6º lugar com 33,8 milhões de idosos. Segundo Feliciano e Alves (1999, p.41), “a transição demográfica decorrente do envelhecimento populacional traz intrinsecamente outro conceito que é o de transição epidemiológica”.

Prata (2001, p.24), conceitua transição epidemiológica como sendo “as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas”.

Diante disso, a situação de saúde da população brasileira tem passado de uma condição caracterizada por doenças infecciosas para a de problemas crônicos de saúde.

A supremacia das DCNT's acompanha o aumento da expectativa de vida e ocorre em meio a processos contraditórios, tais como períodos de aceleração e estagnação econômica, diferentes fluxos migratórios e urbanização sem precedentes, acompanhada do crescimento de periferias nas capitais do país, que se refletem em mudanças no modo de vida da população, com aquisição de novos hábitos (CESSE, 2007, p.12).

Por meio de estudos sobre a História do Brasil, sabemos que o processo da industrialização deslocou os grandes centros econômicos brasileiros, que antes estavam voltados para as atividades rurais, para os grandes centros urbanos. A partir daí, ocorreu o êxodo rural com o objetivo de buscar melhores condições de vida na cidade.

O processo capitalista passa, então, a dominar os grandes centros urbanos, que já não conseguem absorver a grande quantidade de mão de obra, acarretando em grande número de pessoas desempregadas, e conseqüentemente, vivendo em condições subumanas, favorecendo a desigualdade social.

Diante desta situação, doenças que antes não apareciam com tanta freqüência reapareceram, além do aumento das taxas de morbimortalidade pelas DCNT's que pode ser justificado pela forte relação com o modelo capitalista, visto que, de uma forma direta favoreceu o surgimento de outros indicadores e agravantes de saúde, tal como o estresse (CESSE, 2007).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), as DCNTs representam, a partir da segunda metade do século passado, uma importante causa de mortalidade e incapacidade em vários países do mundo, inclusive no Brasil. Previsões indicam o aumento e agravamento dessas enfermidades nas próximas décadas, particularmente, nos países em desenvolvimento onde parcelas da população ainda vivem em estado de pobreza, persistindo grande desigualdade entre as classes sociais.

De acordo com Cesse (2007, p.37), o Brasil apresenta diferenças entre as suas regiões no padrão de ocorrências das DCNT's. Isto sugere que capitais que iniciam o processo de envelhecimento da população e passam pelo processo de industrialização e urbanização mais cedo também experimentam o aumento dessas doenças na população mais precocemente.

Essa observação reforça o entendimento de que a relação entre organização sócio-espacial, urbanização e industrialização da sociedade brasileira, se, por um lado, promovem relativa melhoria do padrão de vida e justificam os interesses da política econômica e social durante o século XX, por outro, são extremamente influenciadoras da forma como se expressam as doenças. Tanto em relação àquelas que se apresentam enquanto eventos

crônicos não transmissíveis, como em relação à ocorrência de eventos transmissíveis (SABROZA<sup>8</sup>, 1991 apud CESSE, 2007).

Por serem doenças, em geral, de longa duração, as DCNT's estão entre as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Dessa forma, o profissional, principalmente o enfermeiro, tem um importante papel, devendo ser capacitado ao atendimento desta população.

A OMS vem propondo desde 2003 o modelo de atenção denominado "Cuidados inovadores para as condições crônicas". De acordo com Noronha (2005, p.162), o Brasil ainda apresenta um perfil de doenças fortemente marcado por determinantes socioeconômicos e ambientais, mas já se enfrenta situações nas quais as intervenções médico-sanitárias e a mudança dos estilos de vida afetam os níveis de saúde da população.

Sabe-se que a maioria das doenças crônicas podem ser prevenidas. Neste sentido, o Ministério da Saúde, tem colocado como prioridade, na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação de uma política para a prevenção e promoção da saúde da população (BRASIL, 2005).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a detecção precoce da vulnerabilidade das pessoas e a promoção e educação no sentido de incentivar práticas saudáveis de viver podem minimizar o surgimento das condições crônicas. Para isso, os profissionais da saúde necessitam de novos métodos de trabalho, baseados no modelo de trabalhar "com" e "para" os usuários.

Segundo Achutti e Azambuja (2004), as características que envolvem a ocorrência das DCNT's levam a dificuldades quanto a uma intervenção mais sistemática no nível da saúde pública. Ainda são insuficientes as ações preventivas, de vigilância e assistências, podendo levar a um cenário comprometedor para o sistema de seguridade social, já que ocorre o concomitante envelhecimento da população.

De acordo com Trentini et al. (2008, p.666), os currículos de graduação dos profissionais da saúde deverão apresentar coerência com a situação epidemiológica vigente no país e com a agenda do SUS. Para isto deverão enfrentar o desafio de direcionar, simultaneamente, conteúdos para a prevenção de doenças e a promoção da saúde que contemplem as condições crônicas.

Em 2001, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação em Enfermagem, pela Resolução Nº 03/2001 - Conselho Nacional de Educação,

---

<sup>8</sup> SABROZA, P. C. Espaço e produção de endemias. In: TALLER DA ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE MEDICINA SOCIAL, 2., 1991. *Anales...* Caracas:Universidad Central de Venezuela, 1991. p. 237-247.

que orientam sobre a reestruturação curricular, incluindo a definição sobre o perfil do egresso (TRENTINI et al., 2008)

Em 2008, foi realizada uma pesquisa que teve como objetivo a investigação do conhecimento teórico e prático dos profissionais de enfermagem recém-formados, em relação ao cuidado às pessoas em condição crônica cujos resultados apontaram que o conhecimento teórico-prático dos participantes referente ao cuidado às pessoas em condições crônicas não reflete o profissional com o perfil estabelecido pelas DCNs, nas quais fica evidente a exigência de qualificar enfermeiras generalistas com bases sólidas e direcionadas para uma consciência crítico-reflexiva. (TRENTINI et al., 2008, p.667).

Diante disso, o profissional da enfermagem deve estar preparado para conhecer e intervir sobre as condições crônicas. O enfermeiro deve ter a capacidade de modificar as situações de saúde-doença, presentes no perfil epidemiológico do país, incluindo tanto a promoção da saúde de pessoas que já estão em condições crônicas, quanto à prevenção destas doenças.

### ***Conhecendo as Doenças Crônicas Não Transmissíveis***

As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível (BARROS et al., 2006).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) representam um problema preocupante no mundo, associadas ao crescente processo de industrialização e desenvolvimento da tecnologia que interferem diretamente na qualidade de vida e no estilo de vida das pessoas, acarretando impactos e mudanças no âmbito social, econômico e cultural da sociedade.

As DCNTs possuem um importante papel no perfil de saúde das populações de todo o mundo e incluem as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, obesidade e doenças respiratórias. As DCNTs figuram como a principal causa de morte e incapacidade no mundo, sendo responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais (MALTA et al., 2010).

A vigilância epidemiológica das DCNTs deve reunir um conjunto de ações que possibilite conhecer sua distribuição, magnitude e tendência de exposição aos seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção e controle das mesmas, implementando assim políticas públicas voltadas para a promoção da saúde (BRASIL, 2006).



Segundo Lessa (2004), as doenças crônicas constituem um agravo de saúde pública, causam grandes impactos na população, além de possuir elevado custo social e na saúde. Entretanto, há meios eficazes para evitá-las, por meio da promoção e prevenção em saúde, controle dos fatores de risco ou ações que minimizem as suas complicações, por meio de diagnóstico precoce, tratamento e controle adequados.

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNTs vêm sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis estão a hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes melitus, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevados. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNTs. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, o sexo e a raça (CASADO, VIANNA e THULER, 2009, p.380).

De acordo com Jenicek e Cléroux<sup>9</sup>(1987, p.253 apud CESSE, 2007) a DCNT é aquela que apresenta:

Multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico em geral lento, prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação; evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte.

Anualmente mais de 2 milhões de mortes em todo o mundo são ocasionadas por inatividade física e demais fatores de risco ligados ao estilo de vida, decorrentes do incremento de enfermidades e incapacidades causadas pelas doenças crônicas como as doenças cardiovasculares, cânceres e diabetes. Isso faz com que essas doenças, cada vez mais afetem o estado de normalidade das pessoas (SANTOS e OLIVEIRA, 2009).

O aumento da expectativa de vida da população predispõe, também, ao aumento dos riscos e de surgimento de doenças crônicas e, segundo Francioni e Coelho (2004, p.157):

[...] tal fator pode ser desencadeado pelo estilo de vida de determinada população, tais como: alimentação rápida e irregular, alimentos inadequados, levando à obesidade e desequilíbrios metabólicos; sedentarismo; estresse individual e social, consumo de bebidas alcoólicas e fumo; entre outras como o uso indiscriminado de corticóides e outras medicações.

---

<sup>9</sup> JENICEK, M.; CLÉROUX, R. Epidemiologia general de las enfermedades no infecciosas. In: *Epidemiologia: princípios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat, 1987. cap. 12, p. 247-271.

A doença crônica é incurável e de origem não contagiosa e como a maioria das doenças crônicas é associada ou causada por uma combinação de fatores sociais, culturais, comportamentais e ambientais. Fatores de influência na doença, como a sua duração, ambiente cultural e a própria pessoa são importantes e devem ser considerados como moderadores no desenvolvimento de intervenções (QUADRADO e RUDNICKI, 2009, p.13).

O Ministério da Saúde, por meio de ações de promoção e prevenção de DCNT, busca reduzir a prevalência dos fatores de riscos e a morbimortalidade associados às DCNTs. A Vigilância em Saúde busca monitorar os fatores determinantes e o perfil das doenças, como também sua distribuição no espaço e nas comunidades, sua evolução e modificação no tempo, possibilitando o planejamento na área de saúde (BRASIL, 2008).

Pode-se afirmar que a aceitação da convivência com a doença crônica é um desafio, pois alguns determinantes contribuem para a não-adesão ao tratamento, como a ausência de conhecimento sobre a doença; baixo nível socioeconômico; aspectos culturais; baixa autoestima e dificuldades na marcação de consultas (MARTINS, 2002).

### *A Hospitalização*

A hospitalização constitui um momento importante para o enfermeiro fornecer informações sobre o controle da doença crônica, pois as mesmas apresentam etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco modificáveis, tais como o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e a dieta inadequada.

O enfermeiro deve aproveitar este processo da hospitalização para implementar atividades educativas direcionadas ao controle de alguns fatores de riscos modificáveis, pois a intervenção na saúde dos clientes com doenças crônicas, poderá reduzir alguns danos à saúde, além de reduzir as reinternações.

Cuidar da saúde não é apenas um processo de intervenção na doença, implica criar condições nas quais os indivíduos possam dispor de meios para a manutenção ou a recuperação do seu estado de saúde. Portanto, é fundamental que as ações em saúde não se restrinjam ao diagnóstico e ao tratamento dos agravos à saúde, mas atuem de forma intersetorial e interdisciplinar sobre os determinantes sociais da saúde (DESLANDES, 2005).

As doenças crônicas, em sua maioria, quando descompensadas, podem trazer sérios problemas ao indivíduo, problemas esses que interferem em seu cotidiano e o impossibilita de

realizar suas atividades habituais repercutindo, portanto na sua autonomia, independência e capacidade funcional.

Os hospitais são estruturados de modo a facilitar o trabalho dos profissionais, favorecendo o tratamento eficiente a um grande número de pacientes. Além disso, os pacientes são distribuídos por unidades de acordo com seu diagnóstico e, então, são submetidos a normas e rotinas rígidas e inflexíveis, favorecendo um ambiente de solidão e isolamento que geram, dentre outros sentimentos, ansiedade, angústia e insegurança (SEITZ, 2005, p.74).

Segundo Abraão (2005, p.89), o hospital pode ser entendido como instituição organizada, hierarquizada, em que sua essência se resume na experiência do indivíduo em viver a doença, dessa maneira possui características que o descrevem para este fim, como os corredores largos, as luzes sempre acesas, um odor característico que reflete a idéia de assepsia, os usuários são conhecidos por números e são vistos não no seu contexto geral, mas sim a partir da parte do corpo que está doente.

Silva (2009) diz que com o advento do capitalismo, o trabalho hospitalar cujo início estava pautado no modelo humanístico e na caridade, fez com que o hospital se transformasse em algo determinado pelo capital.

De acordo com Sabóia (2003, p.29), o modelo de atenção à saúde, centrado na assistência individual e curativa, valoriza o atendimento hospitalar e não resolve os problemas de saúde.

A presença do modelo biomédico, em que a tecnologia médica é privilegiada e o ser humano é visto apenas como um corpo doente, além de ocorrer a valorização excessiva da prática curativista deve ser deixada em segundo plano para que as atividades que visam a prevenção, tal como as práticas educativas tornem-se prioritárias nos hospitais.

Silva (2006) afirma que as ações de promoção à saúde devem ser efetuadas concomitantemente a outras ações assistenciais, sendo isso um direito do cliente, ao mesmo tempo um dever profissional.

De acordo com Zago (1992, p.359), nas instituições hospitalares predominam o desempenho de funções médico-delegada e centradas nas tarefas. A motivação do enfermeiro para ajudar o paciente diminui enquanto aumentam as atribuições burocráticas.

O papel da enfermagem nos hospitais, muitas vezes, acaba resumindo-se a papéis burocráticos e a reprodução de procedimentos técnicos. As questões relevantes da vida dos clientes, que podem contribuir para a sua condição de saúde e melhoria da qualidade de vida acabam não tendo importância. Com isso, percebemos que a prática assistencial ainda é baseada no modelo curativista centrado na doença, onde a mesma deveria estar pautada no cliente, visando a sua individualidade e a sua integralidade (ALMEIDA, 2007).

Sendo assim, a hospitalização constitui-se um momento singular por proporcionar a avaliação e reavaliação das necessidades e habilidades do paciente, quanto ao autocuidado, aos obstáculos da vida e da doença (ALMEIDA, 2007).

Considerar a trajetória do cliente, suas experiências e expectativas frente ao evento hospitalização e processo de adoecimento são aspectos fundamentais a serem considerados na avaliação do enfermeiro visando identificar necessidades e demandas de cuidado que irão subsidiar todo o processo de cuidar a esses clientes tendo como metas a recuperação, manutenção e promoção da sua saúde com repercussões na melhoria da sua qualidade de vida pelo incentivo ao autocuidado após a alta hospitalar.

### *Educação em Saúde*

As doenças, por seu caráter crônico, exigem hábitos de vida saudáveis, visando o controle da saúde, e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Diante disso, a educação em saúde torna-se um fator importante no convívio com a doença crônica, e a mesma deve estar inserida no cotidiano da prática do enfermeiro, pois enquanto profissional da saúde, além do compromisso social com as pessoas, o mesmo tem a função de auxiliar na promoção da educação e no processo de conscientização do cliente quanto à adoção de um estilo de vida mais saudável.

Smeltzer e Bare (2009, p.41) afirmam que a “Educação em Saúde é considerada uma função independente na prática de enfermagem e a principal responsabilidade da profissão de enfermagem”. Dizem também que a “Educação em Saúde é um componente essencial do cuidado de enfermagem, e é direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde; prevenção da doença.”

Para Sabóia (1997, p.50), a Educação em Saúde é repensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica de seus problemas, ao invés de simplesmente repassar informações sobre a saúde.

Em acordo com as afirmações destas autoras, Brasil (1997, p.13) diz que:

A ação educativa é um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para assumir a solução dos problemas de saúde, processo este que inclui o crescimento dos profissionais de saúde, através de reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e suas relações com a melhoria das condições de saúde da população. Esta deve ocorrer em todo e qualquer contato entre o profissional de saúde e a população.

Penso que a Educação em Saúde tem o objetivo de conscientizar o cliente sobre a sua saúde, seus direitos e deveres, possibilitando uma reflexão sobre a sua condição de saúde, buscando uma melhor qualidade de vida.

Assim, nas concepções de Carvalho, Fonseca e Pedrosa (2004, p. 720):

A finalidade da Educação em saúde é promover a saúde contribuindo para a autonomia e satisfação do usuário, considerando seu contexto biopsicossocial, considerando a essência da enfermagem enquanto ciência humana no cuidado. É considerar fatores como o desejo relevante e indissociável das demais dimensões da vida. Enfim, promover a saúde não pode ser uma ação deslocada dos sentidos acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais.

É importante destacar que, algumas vezes, os profissionais da área da saúde não priorizam informações necessárias para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos clientes. Esta situação é justificada pela execução de múltiplos afazeres por parte dos profissionais, não dispondo de tempo suficiente ou não priorizando a interação e a troca de informações entre o profissional e o cliente (MACHADO e SILVA, 2007).

Segundo Lunardi e Soares (2003, p.67), o saber do cliente sobre si, sobre sua vida, seu modo de se cuidar, seu problema vivido, frequentemente, também, não tem encontrado espaço para ser veiculado, seja por “falta” de tempo, de interesse, de reconhecimento do seu valor e importância.

Entretanto, Espírito Santo (2003, p.38-39) afirma que:

O cliente e os membros de sua família, enquanto consumidores são sujeitos que têm plenas condições de avaliar os serviços que estão recebendo. A importância desta avaliação constante repercute na conquista de mais autonomia, confiança e satisfação para clientes e enfermeiras (os), em busca do bem maior que é a saúde, o bem estar.

Vale ressaltar que, o profissional da enfermagem deve ser um bom comunicador, pois a comunicação faz parte do seu instrumento de trabalho. Para Ataíde, Machado e Jacopetti (2008, p.13) como a enfermagem precisa ser humana, sensível e interessada, se faz necessário escolher os canais de comunicação adequados, saber dar e receber feedbacks.

Com isso, podemos observar que a boa comunicação torna-se extremamente importante para o estabelecimento de vínculos de confiança entre a equipe de enfermagem e os clientes para que as orientações recebidas possam ser aproveitadas ao máximo.

No entanto, entende-se que a educação em saúde é outro fator importante para o repasse das orientações, e para que as mesmas sejam captadas é necessário que a comunicação ocorra da melhor forma possível (ATAIDE, MACHADO e JACOPETTI, 2008, p.13).

O enfermeiro tem o papel de interferir na promoção e conservação da saúde, realizando um processo educativo eficaz. É importante reconhecer que o repasse das informações e conhecimentos pertinentes a saúde, deve também se somar aos fatores psicossociais e culturais do indivíduo.

Desta forma, o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que tem como função a educação em saúde, intrínseca no seu processo de trabalho, adaptando da melhor maneira a socialização, e valorizando o paciente como uma pessoa, que possui identidade, interagindo, colocando-se sempre à disposição (ATAIDE, MACHADO e JACOPETTI, 2008).

### ***Cuidado de Enfermagem***

Ao longo dos tempos, a Enfermagem passou por diferentes períodos na sua evolução desde a época primitiva, com uma prática intuitiva e empírica, até os dias atuais, em que ela pode ser entendida como uma ciência em construção (CARVALHO, 2003, p.11).

De acordo com Collière (1999, p. 28-29):

Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são necessárias à sua manifestação (...) Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida dos grupos.

Almeida e Rocha (1989, p.86), ao estudarem a evolução do saber da Enfermagem disseram que ele passou por etapas distintas que vão desde o enfoque técnico à busca dos princípios científicos, até a formulação de concepções teóricas que dessem conta da complexidade que envolve o cuidado. Assim:

O cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura o conhecimento (o saber da enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e

relações sociais específicas, visando o atendimento de necessidades humanas, que podem ser definidas biológica, psicológica e socialmente (...) A educação em enfermagem prepara e legitima sujeitos para este trabalho, através do aparato ético-filosófico e do saber da enfermagem (ALMEIDA e ROCHA, 1989, p.24)

Espírito Santo e Porto (2008, p. 55) dizem que a enfermagem é simultaneamente uma ciência e uma arte, enquanto ciência baseia-se num amplo quadro teórico que constitui seu corpo de conhecimentos e, enquanto arte depende das capacidades e perícia de cada enfermeiro. Diante disso:

A enfermagem que cuida, desenvolve ela própria o seu potencial, mas para cuidar não basta querer a boa vontade- conhecimentos científicos, competências técnicas e relacionais são ingredientes necessários a um cuidar científico que se afigura urgente como relação recíproca entre quem dá e recebe. Esse virar de século trará, decerto, aos enfermeiros a possibilidade de privilegiar o saber, a partilha, a criatividade e o poder do cuidado, porque, apesar da diversidade e da mudança, os cuidados continuam a ser a razão de ser da profissão: eles constituem e continuarão a constituir, o seu motor e o seu ser (BARROS, 1997, p.9-13)

Em acordo com os autores, Leopardi (1997, p.56) diz que a ação de enfermagem é uma ação terapêutica essencial, no sentido de cuidar do ser, diferente do cuidar do corpo. Nesse sentido, o que diferencia o cuidado de enfermagem de outras formas de cuidar é que ele representa um ato com intenção terapêutica sobre um determinado sujeito.

Nessa perspectiva, Figueiredo et al. (1998, p. 447) dizem que:

Pensar na enfermagem como lugar do cuidado é pensar em complexidade; é poder trabalhar com o insuficiente e o vago e aceitar a ambigüidade nas relações sujeito/receptor do cuidado, ordem/desordem, auto-hetero organização; exige o reconhecimento de fenômenos como liberdade ou criatividade, inexplicáveis fora do quadro complexo e único que permite a sua aparição.

Embora o cuidado nem sempre apareça sob uma forma material, o mesmo pode ser percebido como bem-estar, reabilitação e recuperação de funções. Nessa situação, a enfermeira e o cliente são os sujeitos principais que atuam como parceiros no processo de cuidar caracterizando as situações de enfermagem como um processo de descobertas e construção contínua do saber, pois possibilita a definição de estratégias de acordo com as necessidades de cada cliente (LEOPARDI, 1997, p. 11; POLAK, 1997, p. 39).

Ao cuidar, a enfermeira está inteira corpo e mente, expressando sentimentos, emoções, reagindo, interagindo e captando os sentimentos do outro. O cuidado da enfermeira em torno

dos aspectos do corpo do cliente, associados aos aspectos psicológicos e sociais, ganha espaço dentro das várias áreas do conhecimento (ESPÍRITO SANTO e PORTO, 2008, p. 61-63).

É importante que o cuidado de enfermagem seja singular e considere o que é objetivo e subjetivo, frente às especificidades de cada cliente. Em acordo com esta afirmação, Ferreira (1999, p. 232-33) ressalta que:

(...) O cuidado de enfermagem para atender a pessoa em todas as dimensões, deve acontecer de maneira a considerar as especificidades do sujeito. O cuidado desenvolvido de forma genérica e coletiva serializa e objetifica o corpo e o sujeito. A padronização e generalização do cuidado de enfermagem nega ao cliente a possibilidade de existência de singularidades e diferenças entre os sujeitos. O cuidado singularizado, ao contrário, o individualiza e o evidencia, dando-lhe a oportunidade de participar, opinar e decidir, alterando a ordem normativa do cuidado institucional.

Desta forma, o cuidado não deve se limitar à realização de procedimentos técnicos realizados nos clientes. O cuidado deve significar o respeito mútuo, a escuta, o diálogo, o envolvimento e responsabilidade com os clientes, havendo interação com a clientela e a suas famílias, além dos membros da equipe de enfermagem e de saúde.



## **CAPÍTULO II: METODOLOGIA**

---

### ***Delineamento do Estudo***

Considerando o objeto e os objetivos do estudo, optou-se por uma abordagem quantitativa, com delineamento descritivo e transversal.

A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Para Teixeira (2008, p. 26), esta pesquisa utiliza a descrição matemática como uma linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre as variáveis.

A finalidade dos estudos descritivos é o de observar, descrever e documentar os aspectos da situação estudada, e quando realizados de forma transversal, envolvem a coleta de dados em um ponto de tempo, ou seja, os fenômenos sob o estudo serão obtidos durante um período da coleta (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

### ***Campo de Estudo***

O cenário para o desenvolvimento do estudo foram as enfermarias de clínica médica masculina e feminina do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP), vinculado a Universidade Federal Fluminense (UFF), localizado no Centro de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro.

De acordo com a Assessoria de Planejamento da Universidade Federal Fluminense (2007-2011)<sup>10</sup>, o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) foi inaugurado no dia 15 de janeiro de 1951 e denominado Hospital Municipal Antônio Pedro. O nome foi escolhido em

---

<sup>10</sup> Histórico do Hospital Universitário Antonio Pedro disponível na página da internet: <http://www.huap.uff.br/huap/node/16>.

homenagem ao clínico-geral Antônio Pedro Pimentel, um dos fundadores da Faculdade Fluminense de Medicina, que se destacou no estudo de doenças infecciosas.

Em 1964, o Hospital Municipal foi cedido pela Prefeitura à Universidade Federal Fluminense tornando-se, assim, o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP).

Atualmente, o HUAP representa a maior e mais complexa unidade de saúde da Grande Niterói e, portanto, considerado na hierarquia do SUS como hospital de nível terciário e quaternário, isto é, unidade de saúde de alta complexidade de atendimento, tendo como finalidade, segundo seu regimento, prestar serviços ao ensino, à pesquisa e à comunidade em todos os setores da área de saúde relacionados com os Departamentos Didáticos da Universidade Federal Fluminense que nele exerçam atividades.

Atende à saúde pública pelo SUS, atuando na ação curativa de média e alta complexidade através do acesso direto da população ou por referência (clientes encaminhados por unidades de atenção básica). Os serviços são disponibilizados, teoricamente, para a região Metropolitana II que engloba os seguintes municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá, embora recebam pacientes de outras áreas programáticas.

O HUAP presta serviços em consultas ambulatoriais, internações, diagnóstico por imagem e métodos gráficos, urgência/emergência 24h, e Bancos de Sangue e de Leite. Possui 263 leitos distribuídos em: 118 de cirurgia, 90 de clínica médica, 18 de materno-infantil, e 37 especiais. Além de a estrutura hospitalar e ambulatorial, compreende ainda em suas instalações serviços de farmácia, cozinha, lavanderia, segurança, coleta seletiva de rejeitos, notificação de doenças e investigação epidemiológica.

A Clínica Médica atende às especialidades de cardiologia, pneumologia, endocrinologia, gastroenterologia, nefrologia, neurologia, dermatologia e clínica médica. As enfermarias masculinas localizam-se no sexto andar e as femininas estão dispostas no sétimo andar do prédio principal. Os pacientes são admitidos pelo Sistema de Emergência referenciada, de acordo com uma hierarquização e utilização dos sistemas de referência e contrarreferência preconizados pelo SUS – através do Núcleo Interno de Regulação, responsável pela comunicação com o Serviço de Emergência e regulação dos leitos disponíveis.

### *Sujeitos do Estudo*

A pesquisa investiga a população total de adultos e idosos que, entre janeiro e março de 2012, foram admitidos nas enfermarias de clínica médica feminina e masculina do HUAP. Neste período foram selecionados 60 sujeitos.

Logo, os critérios de inclusão dos sujeitos nesse estudo foram:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter sido admitido na clínica médica feminina e/ou masculina do HUAP entre janeiro e março de 2012;
- Não ter nenhuma incapacidade física ou mental descrita em prontuário que prejudique a coleta de dados para a pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Ter diagnóstico médico registrado no prontuário de alguma DCNT

O critério de exclusão para fins deste estudo foi:

- Sujeitos cujos prontuários não estavam acessíveis durante a coleta de dados.

### *Variáveis do Estudo*

As variáveis medidas neste estudo estão divididas em quatro grupos. As **variáveis demográficas** relacionadas ao sexo, idade (distribuição etária) e procedência dos sujeitos da pesquisa; as **variáveis socioeconômicas** identificam a situação conjugal, número de filhos, composição familiar, escolaridade, provisão de rendimentos e a presença ou não de cuidador; as variáveis que definem a **situação de saúde** envolvem os diagnósticos principais e secundários por grupos de causas, de acordo com Código Internacional de Doenças (CID-10 - OMS, 2000), dias de permanência hospitalar, intervalo entre as duas últimas admissões, hospitalização prévia em doze meses e nível de dependência dos cuidados de Enfermagem; quanto às variáveis referentes à **utilização dos serviços** foi avaliado o acompanhamento do tratamento, serviços de saúde utilizados entre as admissões e os registros de enfermagem de preparação para alta hospitalar. Também foram verificadas as variáveis relacionadas aos **fatores de risco de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar**, dentre os quais se destacam a hipertensão arterial; IMC; alimentação; consumo de álcool; tabagismo;

atividade física; frequência de estresse; situações geradoras de estresse e sua definição no dia a dia; teor de colesterol e triglicérides; e história familiar de doença.

### *Coleta de Dados*

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2012, em três momentos:

- Primeiro momento: foram triados a partir dos critérios de inclusão e exclusão todos os adultos e idosos internados com DCNTs na clínica médica feminina e masculina do HUAP;
- Segundo momento: os sujeitos selecionados foram solicitados para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).
- Terceiro momento: os prontuários foram selecionados para preenchimento do formulário e roteiro.

A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental em prontuários com a utilização de um formulário (APÊNDICE B), no período de Janeiro a Março de 2012.

O formulário é constituído de questões de escolha múltipla, perguntas abertas ou fechadas, requerendo que o pesquisador preencha os dados na medida em que pergunta ao entrevistado, ou que analisa documentos (LEOPARDI, 2002).

Além disso, foi utilizado um roteiro para identificar a história de saúde pregressa e o conhecimento sobre a doença, as percepções, sentimentos e expectativas com relação à hospitalização, além da avaliação dos hábitos de vida pessoal e fatores de risco associados às doenças crônicas. Trata-se de um formulário baseado em protocolos pré-existente, atualmente utilizado nas clínicas médica feminina e masculina com clientes de primeira vez (APÊNDICE C).

De acordo com Minayo (2007), o roteiro é sempre um guia, nunca um obstáculo, não devendo prever todas as situações e condições de trabalho de campo. Diante disso, este deve ser elaborado e usado, facilitando a emergência de temas novos durante o trabalho de campo.

Também foi aplicado um instrumento para medir o nível de dependência dos cuidados de enfermagem, o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca (ANEXO A).

O Sistema de Classificação de Pacientes constitui-se em um instrumento valioso, na medida em que disponibiliza dados das condições do paciente, os quais vão auxiliar no processo decisório relacionado à alocação de recursos humanos, qualidade da assistência, monitorização da produtividade e processo orçamentário. É um processo no qual se procura

categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerida, ou seja, baseada no grau de complexidade da assistência de enfermagem (PERROCA e GAIDZINSKI, 2002).

O instrumento utiliza 13 indicadores críticos que não se restringem apenas à esfera biológica, mas que consideram também a dimensão psicossocial do cuidado. Os 13 indicadores críticos considerados para compor o instrumento são: Estado Mental e Nível de Consciência; Oxigenação; Sinais Vitais; Nutrição e Hidratação; Motilidade; Locomoção; Cuidado Corporal; Eliminações; Terapêutica; Educação à Saúde; Comportamento; Comunicação e Integridade Cutâneo- Mucosa.

### ***Organização e Análise dos Dados***

Uma vez coletados os dados, as características que definem o perfil de adultos e idosos com DCNTs em situação de admissão hospitalar quanto às variáveis demográficas, socioeconômicas, condição de saúde, utilização dos serviços de saúde, começaram a ser esclarecidas.

Pinheiro e Torres (2002) colocam que esta fase é um conjunto de técnicas estatísticas e gráficas que permitem explorar os dados para uma primeira aproximação à realidade estudada, na procura de algum comportamento relevante que esteja presente no conjunto dos dados.

Para analisar os dados, os mesmos foram submetidos à análise estatística simples, apresentados em tabelas, expressos em frequência (n) e percentual (%) para dados categóricos e média  $\pm$  DP para dados numéricos.

### ***Aspectos Éticos da Pesquisa***

Como esta pesquisa envolve seres humanos, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parte dele, incluindo o manejo de informações, torna-se de fundamental importância assegurar e respeitar os direitos dos sujeitos do estudo, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Desta forma, o Protocolo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, sendo aprovado em outubro de 2011 sob o CAAE: 0277.0.258.000-11 (ANEXO B).

Os sujeitos foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e momentos de realização do mesmo e, em seguida foram orientados a assinar o TCLE. O referido Termo informava sobre a pesquisa, respeitando os princípios bioéticos fundamentais: autonomia, não maleficência, beneficência, e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa, as instituições de serviços e ao Estado.

Por medida de segurança os instrumentos serão guardados pela pesquisadora por cinco anos, quando então, serão destruídos. Desta forma, será preservado o anonimato dos sujeitos selecionados para o estudo.

Os resultados deste estudo serão divulgados através deste Trabalho de Conclusão de Curso e, posteriormente, publicados, integralmente ou em parte, em periódicos, e divulgados em eventos científicos nacionais e internacionais.

### CAPÍTULO III: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se a seguir o perfil de adultos e idosos com DCNTs e o risco de readmissão hospitalar entre os meses de janeiro a março de 2012, divididos em 5 grupos de variáveis: demográficas, socioeconômicas, situação de saúde, utilização dos serviços de saúde e risco da readmissão hospitalar.

#### *Características demográficas*

Os dados demográficos, apresentados na Tabela 1, são referentes às características demográficas de adultos e idosos com DCNTs em condição de admissão hospitalar.

Tabela 1 – Distribuição de adultos e idosos com DCNT em condição de admissão hospitalar, segundo as características demográficas, HUAP. Niterói, janeiro-março, 2012.

VARIÁVEIS	n	%	Média ± DP
<b>SEXO</b> (n= 60)			
Homens	35	58,33	
Mulheres	25	41,67	
<b>DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA</b> (n= 60)			<b>53,20 ± 16,34</b>
18 + 30 anos	09	15	
31 + 40 anos	03	5	
41 + 50 anos	10	16,7	
51 + 60 anos	14	23,3	
61 + 70 anos	15	25	
71 + 80 anos	07	11,7	
>80 anos	02	3,3	
<b>PROCEDÊNCIA</b> (n= 60)			
Niterói	31	51,7	

São Gonçalo	20	33,3
Rio de Janeiro	09	15

Fonte: Pesquisa direta: CHIBANTE, C.L.P. Coleta de dados através de análise documental em prontuários, HUAP. Niterói, jan-mar, 2012.

Segundo dados do último censo brasileiro do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), há um contingente maior de mulheres, ou seja, para um grupo de 100 mulheres existem apenas 96 homens. Entretanto, constatou-se nesta pesquisa que prevaleceram os adultos e idosos do sexo masculino com 58,33%.

A literatura refere que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens, principalmente os serviços ambulatoriais. Em contrapartida, estudos mostram que as internações hospitalares são maiores em homens com doenças crônicas, principalmente pela dificuldade em realizar o acompanhamento de seu estado de saúde, gerando uma pré-disposição para os eventos agudos e como consequência um maior número de internações (TRAVASSOS et al., 2000; SWEETING, 1996).

A distribuição etária de adultos e idosos foi separada por faixas, sendo que a média de idade foi de  $53,20 \pm 16,34$  anos com idade mínima de 18 anos e a máxima de 87 anos. A amostra da população de adultos representa 58,3% e de idosos com 41,7%.

Em relação à procedência dos sujeitos, estes foram distribuídos de acordo com os municípios de Niterói (51,7%), São Gonçalo (33,3%) e Rio de Janeiro (15%). Os resultados apresentados estão em conformidade com o atendimento do HUAP por ser um hospital de nível terciário e quaternário de atenção, organizado de acordo com o SUS, tendo um sistema de referência local e regional.

O HUAP atende à saúde pública pelo SUS, atuando na ação curativa de média e alta complexidade através do acesso direto da população ou por referência (clientes encaminhados por unidades de atenção básica). Os serviços são disponibilizados teoricamente para a região Metropolitana II que engloba os seguintes municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá.

### ***Características Socioeconômicas***

Na tabela 2 são apresentados os dados referentes às características socioeconômicas dos sujeitos em situação de admissão hospitalar, relacionadas à situação conjugal, escolaridade, número de filhos, composição familiar, rendimentos e presença de cuidador no ambiente hospitalar.



Tabela 2 - Distribuição de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar, segundo as características socioeconômicas, HUAP. Niterói, janeiro-março, 2012.

VARIÁVEIS	n	%	Média ± DP
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b> (n= 60)			
Casado (a)	30	50	
Viúva (a)	08	13,3	
Solteiro (a)	18	30	
Separada (a)	04	6,7	
<b>FILHOS</b> (n=60)			<b>2,3 ± 1,56</b>
Nenhum	08	13,3	
1 + 3 Filhos	39	65	
≥ 4 Filhos	13	21,7	
<b>COMPOSIÇÃO FAMILIAR</b> (n= 60)			<b>1,98 ± 1,5</b>
Sozinho	06	10	
1+2 Pessoas	40	66,7	
≥ 3 Pessoas	14	23,3	
<b>ESCOLARIDADE</b> (n= 60)			
Analfabeto	04	6,7	
Ens. Fund. Incompleto	27	45	
Ens. Fund. Completo	10	16,7	
Nível Médio Incompleto	02	3,3	
Nível Médio Completo	10	16,7	
Superior Incompleto	01	1,7	
Superior Completo	06	10	
<b>RENDIMENTO</b> (n= 60)			
Nenhum	05	8,3	
Aposentado (a)	25	41,7	
Pensionista	03	5	
Auxílio Idoso	05	8,3	
Salário	22	36,7	
<b>CUIDADOR</b> (n= 60)			
Não	47	78,3	
Familiar	13	21,7	
Formal	00	00	

Fonte: Pesquisa direta: CHIBANTE, C.L.P.. Coleta de dados através de análise documental em prontuários, HUAP. Niterói, jan-mar., 2012.

A situação conjugal de adultos e idosos, em sua maioria, é de casados, e inclui as pessoas que mantém união estável com seus companheiros (50%). Os demais são solteiros (30%), viúvos (13,3%) e separados e/ou divorciados (6,7%). Relacionando a variável sexo e a presença de companheiro, verificou-se que 33,3% dos homens têm companheira, o que se contrapõe às mulheres em que foi identificado que 26,7% vivem sem companheiro.

Estudos mostram uma porcentagem maior de homens casados que mulheres, e que estas quando perdem os seus companheiros, em sua maioria, permanecem sozinhas. O inverso ocorre com os homens, onde a presença de companheira é entendida como garantia de cuidados (GOLDANI, 1999; ALVARENGA e MENDES, 2003).

Com relação à variável número de filhos, 86,7% (52) relatou ter filhos e destes 65% (39) possui de um a três filhos, e 21,7% (13) possuem quatro ou mais filhos. Apenas 13,3% (8) disseram não ter filhos. A média de filhos foi de  $2,31 \pm 1,56$ .

A composição familiar dos sujeitos predominou de uma a duas pessoas (66,7%), seguida de três ou mais pessoas (23,3%) e morando sozinho (10%). A média foi de  $1,98 \pm 1,5$  pessoas por domicílio.

Para o IBGE, em pesquisas domiciliares, a família é considerada, para fins de investigação, como um grupo cuja definição está limitada pela condição de residência em um mesmo domicílio, existindo ou não vínculo entre seus membros. O censo de 2010 mostrou uma redução no número médio de pessoas morando em um mesmo domicílio, de 3,4 para 3,1 pessoas (IBGE, 2010).

No que se refere à variável escolaridade, a maioria apresentou ensino fundamental incompleto (45%), ou seja, menos que nove anos de estudo. Outros dados mostram ensino fundamental completo e nível médio completo com 16,7% cada um, seguidos de nível superior completo (10%). Uma pequena porcentagem de analfabetos com 6,7% (4) dos sujeitos.

No Brasil, a média de escolaridade é de 7,1 anos de estudo, o que representa uma escolaridade abaixo da conclusão do ensino fundamental. Entretanto, a taxa de analfabetismo entre pessoas maiores de 15 anos reduziu para 9,7% (IBGE, 2010).

No que diz respeito aos rendimentos, 41,7% são aposentados, 36,7% possuem ocupação profissional e recebem salários, 8,3% recebem auxílio idoso, 5% vivem de pensão e 8,3% disseram não ter nenhum rendimento.

Apesar da maioria dos sujeitos da pesquisa não serem de idosos, houve na variável rendimento uma proporção maior de aposentados. Este fato é justificado pela aposentadoria por invalidez, ou seja, as pessoas com doenças crônicas têm o direito de se aposentar

mediante laudo médico, que explicita a incapacidade de exercer a atividade profissional (MATOSO, 2012).

Cabe destacar que as implicações econômicas das doenças crônicas são graves: elas têm impacto negativo nos salários, lucros, participação da força de trabalho e produtividade, bem como aumentam a aposentadoria precoce, causando alta rotatividade do emprego e incapacidade. Diante disso, estas doenças ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados (VERAS, 2011).

Quanto à presença de um cuidador, houve o registro de 21,7% de idosos que recebiam cuidados dos seus familiares. Não houve registro de cuidador formal e 78,3% não tinham a presença de cuidador na unidade hospitalar.

Vale destacar que a presença de cuidador só foi registrada em alguns idosos internados, visto que na Política Nacional do Idoso na portaria nº280 de 7 de abril de 1999 regulamenta que é obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o SUS, viabilizar a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 anos, quando internados.

### *Características da Situação de Saúde*

Os resultados das características da situação de saúde dos sujeitos em condição de admissão hospitalar são apresentados em duas tabelas. A Tabela 3 demonstra os diagnósticos médicos primários e secundários (comorbidades) divididos por Grupos de Causa conforme o CID-10 (OMS, 2000) e a Tabela 4 caracterizam as internações hospitalares.

Tabela 3 - Distribuição de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar, segundo as características da situação de saúde relacionadas aos diagnósticos médicos primários e secundários, HUAP. Niterói, janeiro - março, 2012.

VARIÁVEIS	n	%
Diagnóstico Principal CID-10 <sup>(n = 67)</sup>		
Doenças do Aparelho Circulatório.	21	31,33
Doenças do Aparelho Digestivo.	12	17,9
Doenças do Aparelho Respiratório.	09	13,43
Neoplasias (tumores).	08	11,94
Doenças do Aparelho Geniturinário.	10	14,93

Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.	03	4,47
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias.	01	1,5
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo.	01	1,5
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas.	01	1,5
Doença do Sistema Nervoso.	01	1,5

VARIÁVEIS	n	%
<b>PRESENÇA DE COMORBIDADES (n=60)</b>		
Sim	58	96,67
Não	02	3,33
<b>FREQUÊNCIA DE DIAGNÓST. SECUNDÁRIOS (n = 58)</b>		
1 + 3 comorbidades	55	94,83
≥ 3 comorbidades	03	5,17
<b>DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS (n = 79)</b>		
Doenças do Aparelho Circulatório.	40	48,78
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas.	16	19,53
Doenças do Aparelho Respiratório.	05	6,09
Doenças do Aparelho Geniturinário.	10	12,2
Neoplasias (tumores).	01	1,21
Doença do Sistema Nervoso.	01	1,21
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo.	02	2,44
Doenças do Aparelho Digestivo.	05	6,09
Doenças do Olho e Anexos	02	2,44

Fonte: Pesquisa direta: CHIBANTE, C.L.C. Coleta de dados através de análise documental em prontuários, HUAP. Niterói, jan-mar., 2012.

Os diagnósticos médicos principais mais frequentes, divididos por grupos de causa, incluíram as doenças do aparelho circulatório (31,33%), seguidos das doenças do aparelho digestivo (17,9%) e das doenças do aparelho geniturinário (14,93%).

Alguns estudos mostram a prevalência das doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias (PAZ, 2004; ALVARENGA e MENDES, 2003; PAZINATTO, 2003).

Ao pesquisar a proporção de óbitos por grupos de causas nas faixas etárias adultas e idosas constatou-se três principais grupos de causas: *doenças do aparelho circulatório*,

*doenças do aparelho respiratório e neoplasias.* Segundo o DATASUS (2010), a mortalidade dividida por grupo de causas (CID-10) entre idosos têm como causas principais as doenças cardiovasculares (37,32%), neoplasias (24,19%) e as doenças respiratórias (9,73%).

As doenças do aparelho circulatório que prevaleceram neste estudo foram a insuficiência cardíaca congestiva (47,62%), angina instável (28,52%) e infarto agudo do miocárdio (14,28%).

Nas doenças do aparelho digestivo foram encontrados quatro diagnósticos diferentes: gastrite e cirrose hepática com 33,3% cada um, seguidos da doença do refluxo gastroesofágico com 25% e cálculo de vesícula com 8,4%.

Já os diagnósticos referentes às doenças do aparelho geniturinário foram identificados a insuficiência renal (50%), cálculo renal (20%), síndrome nefrótica (20%) e infecção de trato urinário (10%).

Do quantitativo de sujeito em condição de admissão hospitalar, observou-se que 94,83% apresentavam de uma a duas comorbidades e que 5,17% tinham três ou mais. O número máximo de comorbidades foi de quatro, sendo verificada a presença de 82 comorbidades para 58 pessoas hospitalizadas.

Os diagnósticos secundários foram organizados seguindo os grupos de causas da CID-10 (OMS, 2000), como ocorrido com os primários. Os diagnósticos mais prevalentes foram: doenças do aparelho circulatório (48,78%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (19,53%) e doenças do aparelho geniturinário (12,2%).

As doenças do aparelho circulatório predominaram entre as causas secundárias, destacando-se a hipertensão arterial e a insuficiência cardíaca. Corroboram com estes resultados os estudos de Borges (et al, 2008) e de Alvarenga e Mendes (2003).

Nas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 100% dos diagnósticos são de diabetes mellitus não insulino-dependente, aparecendo como diagnóstico secundário em 19,53% dos sujeitos.

De acordo com os dados do IBGE (2010) a taxa de prevalência de hipertensão arterial, na região sudeste, em adultos varia de 14,9 a 35,3%, já em idosos este percentual é de 49,5 a 65%. Já a taxa de prevalência de diabete melito em adultos é de 3,5 a 7,5% e em idosos de 15,1 a 23%.

Com relação às doenças do aparelho geniturinário, prevaleceram a insuficiência renal crônica (70%) e a infecção de trato urinário (30%).

Diante disso, a preocupação com as DCNTs justifica-se pela magnitude das mesmas, sua alta morbimortalidade, por gerar múltiplos eventos agudos quando acompanhadas

inadequadamente, contribuindo para o aumento de pessoas vulneráveis ao fator adoecimento e com diminuição da autonomia, capacidade funcional e dependência, agregando altos custos nas internações hospitalares.

Estudos mostram que a presença das DCNTs somadas às múltiplas comorbidades está relacionada a uma maior permanência hospitalar (VERAS et al, 2000); SALES e SANTOS, 2007). Diante disso, a seguir, na tabela 4, serão apresentadas as variáveis relativas às internações hospitalares, no que diz respeito ao tempo de permanência hospitalar, se houve hospitalização prévia nos últimos doze meses, o intervalo de tempo entre as duas últimas internações e o nível de dependência dos cuidados de enfermagem.

Tabela 4 - Distribuição de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar, segundo as características das internações hospitalares, HUAP. Niterói, janeiro - março, 2012.

<b>VARIÁVEIS</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>MÉDIA ± DP</b>
<b>PERMANÊNCIA HOSPITALAR <sup>(n=60)</sup></b>			<b>21,33 ± 19,05</b>
1 + 7 dias	16	26,7	
8 + 30 dias	33	55	
≥ 31 dias	11	18,3	
<b>HOSPITALIZAÇÃO PRÉVIA EM 12 MESES <sup>(n = 60)</sup></b>			
SIM	42	70	
NÃO	18	30	
<b>INTERVALOS ENTRE AS DUAS ÚLTIMAS INTERNAÇÕES <sup>(n = )</sup></b>			<b>135,83 ± 85,12</b>
1 + 30 dias	0	0	
31+ 90 dias	17	40,48	
91 + 180 dias	10	23,9	
181 + 270 dias	10	23,9	
271 + 360	05	11,9	
<b>NÍVEL DE DEPENDÊNCIA <sup>(n = 60)</sup></b>			
Independente	44	73,3	
Parcialmente Dependente	16	26,7	
Totalmente Dependente	0	0	

A média de permanência hospitalar foi de  $21,33 \pm 19,05$  dias, sendo que a maioria dos sujeitos 55% (33) permaneceu de oito a trinta dias internados, seguidos de até sete dias (26,7%) e mais de trinta dias de internação (18,3%).

Os idosos foram os que tiveram o maior tempo de hospitalização. Estes resultados corroboram com a afirmação de que idosos ocupam os leitos hospitalares por períodos mais prolongados, e resultados semelhantes podem ser observados em outros estudos como o de Paz (2004) que evidenciou média de  $15,2 \pm 10,1$  dias e o de Pazinato (2003), com  $18,9 \pm 17,2$  dias de internação.

Com relação à hospitalização prévia em 12 meses, 70% dos adultos e idosos apresentaram readmissão hospitalar. Quanto ao intervalo entre as duas últimas internações a média foi de  $135,83 \pm 85,12$  dias, tendo como menor intervalo 32 dias e o maior de 287 dias. Entre os sujeitos, 40,48% (17) tiveram a readmissão hospitalar de 31 a 90 dias.

Os resultados referentes à hospitalização prévia em 12 meses também foram encontrados no estudo de Valera e Turrini (2008), onde foram detectados 69,6% de taxa da readmissão hospitalar.

Baisden et al (2003) descrevem em seu artigo que os pacientes, os quais apresentam readmissão hospitalar são aqueles que permanecem mais tempo hospitalizado, e que esta rehospitalização está associada às complicações da doença original.

No que diz respeito ao nível de dependência dos cuidados de enfermagem, a maioria dos sujeitos (73,3%) apresentou dependência dos cuidados mínimos pela enfermagem. Todavia, 26,7% apresentou dependência parcial dos cuidados de enfermagem. Nenhum paciente apresentou dependência total de cuidados pela equipe de enfermagem.

Os cuidados mínimos referem-se a pacientes estáveis sob o ponto de vista da enfermagem, e fisicamente autossuficientes quanto às necessidades humanas básicas (KURCGANT, 1991).

Na dependência parcial, a assistência de enfermagem pode situar-se em termos de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento, havendo uma ordenação sequencial e inter-relacionada desta assistência (CARMONA e ÉVORA, 2003).

Em um estudo realizado por Fonseca e Echer (2003), 68% dos pacientes apresentaram dependência dos cuidados mínimos pela enfermagem e 26,7% de cuidados intermediários. Em contrapartida, Giglio, Martins e Dyniewicz (2007) verificaram que 5% dos clientes necessitavam de cuidados mínimos e 42,5% de cuidados parciais.

Na análise do Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca, observou-se que todos os sujeitos requeriam o controle dos sinais vitais, usavam terapêutica medicamentosa e tinham interpretação precisa de ambiente e tempo com preservação da memória.

Com relação à oxigenação alguns clientes requeriam uso intermitente ou contínuo de oxigênio e alguns com necessidade de desobstrução das vias aéreas. A maioria dos sujeitos precisava da supervisão da enfermagem para nutrição e hidratação, motilidade, cuidado corporal, locomoção e eliminações.

Observou-se alguns pacientes com uso de dispositivos externos para a alimentação, como a sonda nasogástrica; restrição na locomoção com o auxílio de cadeira de rodas ou restrição total ao leito; No cuidado corporal identificou-se banho com cadeira higiênica ou no próprio leito; nas eliminações sujeitos com fraldas ou com cateter vesical de demora. Quanto à integridade cutâneo-mucosa, notou-se presença de alteração da cor da pele por equimose, hiperemia e outras manifestações sem solução de continuidade e com presença de solução de continuidade.

As variáveis do instrumento relativas ao comportamento foram identificados pacientes calmos e tranquilos, mas também com alguns sintomas de ansiedade e irritabilidade excessiva. Na comunicação, a maioria mostrou-se comunicativa, expressando idéias com clareza e alguns com dificuldade em se expressar.

A variável mais complicada em realizar avaliação foi sobre a educação em saúde, que verifica a habilidade do paciente e/ou família em receber e aceitar orientações sobre o autocuidado. Como não foram encontradas anotações de enfermagem nos prontuários dos clientes sobre orientações para o autocuidado, a pesquisadora direcionou a pergunta ao cliente e/ou familiar acompanhante, obtendo como resposta que receberam orientações e que as mesmas foram compreendidas.

Os indivíduos com DCNTs formam um grupo que necessita de educação para a saúde a fim de que possa contribuir com a sua adaptação à doença, cooperar com o seguimento da terapêutica, como também aprender a agir diante de alguma complicação. As ações educativas são consideradas como componentes essenciais dos cuidados de enfermagem, e estão direcionadas para a promoção, manutenção e restauração da saúde, como também para a adaptação às seqüelas que porventura a doença possa deixar.



### *Utilização dos Serviços de Saúde*

Na Tabela 5 são apresentadas as variáveis relacionadas aos registros de enfermagem com orientações para alta hospitalar, presença de encaminhamentos e que serviços de saúde são referenciados, além do registro dos serviços de saúde utilizados pelos sujeitos entre as admissões.

Tabela 5 - Distribuição de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar, segundo as características de utilização dos serviços de saúde, orientações para alta hospitalar e encaminhamentos, HUAP. Niterói, janeiro - março, 2012.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>REGISTRO DE ENFERMAGEM DE ORIENTAÇÕES PARA ALTA HOSPITALAR <sup>(n = 60)</sup></b>		
Sim	0	0
Não	60	100
<b>ACOMPANHAMENTO EM OUTRO SERVIÇO <sup>(n = 60)</sup></b>		
Não	02	3,33
Ambulatório Hospitalar	19	31,7
PSF	09	15
UBS	30	50
<b>SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS ENTRE AS ADMISSÕES <sup>(n = 60)</sup></b>		
Internação Hospitalar	26	43,3
Serviços de Emergência	34	56,7

Fonte: Pesquisa direta: CHIBANTE, L.P.C. Coleta de dados através de análise documental em prontuários, HUAP. Niterói, jan-mar. 2012.

Não foi encontrado registro de enfermeiros referentes às orientações para a alta hospitalar dos sujeitos da pesquisa. Foram observados apenas anotações sobre a saída do paciente no momento da alta e se o mesmo apresentava-se acompanhado.

Estudos sobre anotações de enfermagem afirmam que a precariedade de informações retrata a forma *taylorizada* da assistência de enfermagem por enfatizarem apenas o descrito relativo às terapêuticas clínico-cirúrgicas em detrimento das anotações referentes às condições fisiológicas e às intervenções de enfermagem. O registro adequado das anotações de enfermagem deve ser entendido como atitude de cuidar com qualidade e eficiência junto ao

ser humano, o qual além de valorizar o trabalho efetuado, possibilita medir sua eficácia e eficiência enquanto prática científica (PÁDUA, 2000 e PESTANA, 2011).

De acordo com Marin (1999), o planejamento da alta hospitalar deve ser visto como um processo em que as necessidades dos clientes sejam identificadas e avaliadas com o objetivo de apresentar uma assistência programada no intuito de preparar o paciente e/ou família para mover-se de uma posição passiva e receptora para uma atitude ativa e de auto-responsabilidade.

Em relação aos acompanhamentos, 50% dos sujeitos são acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), seguidos de 31,7% em ambulatório hospitalar do HUAP e 15% em Programa de Saúde da Família (PSF). Apenas 3,33% não realizam acompanhamento em algum serviço de saúde.

Como descrito anteriormente, 94,83% dos clientes hospitalizados apresentam pelo menos uma comorbidade, dentre as quais se destacam os diagnósticos secundários de hipertensão e diabetes. De acordo com Fortes (2004), essas doenças constituem um problema de saúde pública e motivo constante da busca do usuário pelo atendimento nos serviços de saúde.

Uma vez que a maioria dos sujeitos desta pesquisa apresenta múltiplas comorbidades, um dado importante refere-se à utilização de vários serviços de ambulatórios especializados separadamente. Não foi raro encontrar clientes que frequentam os ambulatórios de cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia e outros, demonstrando ainda a prevalência do modelo biomédico que através da especialização divide o paciente em sistemas e o vê de forma fragmentada.

Os hospitais estão organizados de acordo com uma concepção restrita de saúde, que desconhece a subjetividade, o contexto e a história de vida das pessoas. Além disso, a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e a desresponsabilização, já que cada um cuida da sua parte e nenhum se responsabiliza pelo todo (MOROSINI e CORBO, 2007).

Quanto à utilização dos serviços entre as admissões, 56,7% usou os serviços de emergência e 43,3% a internação hospitalar. Os serviços de emergência relatados foram a própria emergência do HUAP e as unidades de pronto-atendimento (UPAs). O serviço de internação hospitalar está relacionado à internação no próprio HUAP mediante disponibilidade de vagas e à transferência de outras instituições por falta de recursos diagnósticos frente ao agravamento de sua situação de saúde.

Estudos apontam as dificuldades em manejar o problema das doenças crônicas no país, uma vez que o modelo médico hegemônico está baseado em uma prescrição produtora de procedimentos com custos elevados centrados em exames e medicamentos, como se os mesmos fossem capazes de restabelecer a saúde por si só, desconsiderando todos os determinantes ambientais, sociais e pessoais e valorizando somente a dimensão biológica (MALTA e MERHY, 2010; ALMEIDA, 2010).

É preciso prevenir o aparecimento das doenças crônicas, melhorando a qualidade de vida dos clientes por meio do desenvolvimento de ações de promoção e estilo de vida mais saudáveis, criando estratégias para evitar o surgimento das DCNTs, bem como a sua detecção precoce, minimizando os fatores de risco, gastos públicos com internações hospitalares e incapacidades funcionais.

A seguir serão destacados os principais fatores de risco que predisõem o surgimento das doenças crônicas, além da vulnerabilidade do cliente no processo da hospitalização, que pode desencadear o risco para uma futura readmissão hospitalar.

### ***O risco da readmissão hospitalar***

As DCNTs possuem um papel importante no perfil de saúde das populações mundiais e incluem as doenças cardiovasculares, as neoplasias, diabetes, obesidade e doenças respiratórias. Estas doenças representam as principais causas de morte e incapacidades no mundo, sendo responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais (MALTA et al., 2009).

Nesse contexto, cabe destacar que as DCNTs representam um agravamento na saúde pública, possuindo elevado custo social e de saúde. Entretanto, existem meios eficazes para evitá-las, principalmente por meio de ações de prevenção e promoção da saúde, além do controle dos fatores de risco ou de comportamentos que minimizem as suas complicações através de tratamentos e controles adequados.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2003), destaca que os principais fatores de risco (FR) são a inatividade física, o tabagismo, a hipertensão, o alto teor de colesterol, a obesidade, o baixo consumo de frutas e verduras e o consumo de álcool.

Com o processo da industrialização e urbanização, as mudanças no estilo de vida e nos hábitos desencadearam redução na atividade física, que juntamente com as modificações na alimentação, favoreceu o crescimento da obesidade. Além disso, os FR associados ao estresse

da adaptação nos grandes centros urbanos predis põem ao surgimento das doenças crônicas (TAVARES, 2006).

Nahas<sup>11</sup> (2001, apud Tavares, 2006) evidencia a importância da adoção de comportamentos saudáveis em busca de uma saúde positiva, contrastando com a manutenção de comportamentos de risco que podem ser relacionados ao aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Ainda de acordo com o mesmo autor, o estilo de vida é o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida dos indivíduos, em que devem ser valorizados elementos referentes ao bem-estar com o controle do estresse, nutrição equilibrada, atividade física regular, cuidados preventivos com a saúde e a sociabilização.

Diante da instalação da doença crônica, o sujeito torna-se vulnerável, constituindo-se em um fator decisivo para o seu adoecer, o que remete à idéia de ameaça à saúde. Esta vulnerabilidade está relacionada tanto aos fatores ambientais, como a industrialização e a urbanização, como também a genética e o estilo de vida.

A vulnerabilidade individual é o que uma pessoa, em sua singularidade, pensa, faz e quer, e que ao mesmo tempo a expõe ou não à aquisição de um agravo à saúde. Pode-se dizer que se refere à hereditariedade, à idade, assim como o tipo de informação que esta pessoa dispõe, e de como a utiliza (PAZ, SANTOS e EIDT, 2006).

Diante disso, na tabela 6 são apresentados os fatores de risco relacionados às DCNTs e que constituem fatores potenciais para uma possível readmissão hospitalar.

Tabela 6 – Fatores de risco de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar. HUAP. Niterói, janeiro - março, 2012.

VARIÁVEIS	n	%
<b>PRESSÃO ARTERIAL</b> (n= 60)		
≤ 120 X 80 mmHg	32	53,3
>120 x 80 mmHg	28	46,7
<b>IMC</b> (n= 60)		
Abaixo do peso (<18,5)	02	3,33
Peso normal (18,5-24,9)	15	25
Sobrepeso (25-29,9)	40	66,7

<sup>11</sup> NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida*. Londrina: Midiograf. 2001.

Obesidade Grau I (30-34,9)	03	5
<b>ALIMENTAÇÃO</b> (n= 60)		
Consumo de frutas e legumes	24	40
Não consome frutas e legumes	36	60
<b>CONSUMO DE ÁLCOOL</b> (n= 60)		
Sim	30	50
Não	20	33,3
Parou	10	16,7
<b>TABAGISMO</b> (n= 60)		
Sim	16	26,7
Não	27	45
Parou	17	28,3
<b>ATIVIDADE FÍSICA</b> (n= 60)		
Sim	13	21,7
Não	47	78,3
<b>FREQUÊNCIA DE ESTRESSE</b> (n=60 )		
Sempre	13	4,7
Às vezes	45	75
Nunca	02	3,3
<b>SITUAÇÕES GERADORAS DE ESTRESSE</b> (n=75 )		
Conflito familiar	02	2,7
Doenças	40	53,3
Problemas econômicos	30	40
Sobrecarga de atividades	03	4
<b>DEFINIÇÃO NO DIA A DIA</b> (n= 65)		
Tranquilo (a)	11	17
Ansioso (a)	27	41,6
Tenso (a)	12	18,4
Agitado (a)	15	23
<b>TEOR DE COLESTEROL</b> (n= 60)		
Normal (<200)	37	61,7
Fora da faixa (≥200)	23	38,3
<b>TRIGLICERÍDEOS</b> (n= 60)		
Normal (<150)	31	51,7
Fora da faixa (≥150)	29	48,3
<b>HISTÓRIA FAMILIAR</b> (n= 75)		

Não refere	20	26,7
Doenças Circulatórias	25	33,3
Doenças Endócrinas	16	21,3
Doenças do Aparelho Digestivo	01	1,3
Neoplasia	08	10,7

Fonte: Pesquisa direta: CHIBANTE, L.P.C. Coleta de dados através de entrevista, HUAP. Niterói, jan. – mar., 2012.

A Hipertensão Arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90 mmHg durante um período sustentado e possui fatores de risco conhecidos como excesso de peso, sedentarismo, idade e história familiar (SMELTZER; BARE, 2009).

Nesta pesquisa, 46,7% (28) sujeitos apresentaram uma pressão  $\geq 120 \times 80$  mmHg, o que pode representar uma predisposição ao desenvolvimento da hipertensão. Observou-se nos dados da Vigilância por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2007) que 45,4% dos entrevistados referiram diagnóstico prévio de hipertensão arterial.

A obesidade e o excesso de peso são FR importantes para o aparecimento de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cânceres (OPAS, 2003).

A associação do sedentarismo com uma maior ingestão de alimentos com alto teor calórico, ricos em açúcares e gorduras saturadas, são uma das principais causas da obesidade e do excesso de peso (MARINHO et al., 2003; OPAS, 2003). Este fato pode ser justificado pelo processo da industrialização e urbanização, onde há uma maior oferta de alimentos e uma diminuição no gasto de energia, levando a mudanças nos padrões comportamentais da sociedade.

Neste estudo, 60% dos sujeitos mantêm uma alimentação com baixo consumo de frutas, verduras e legumes. Além disso, a maioria 78,3% não praticam qualquer atividade física, demonstrando a forte presença do sedentarismo.

A Agência Nacional de Saúde (ANS, 2007) diz que há uma tendência crescente das pessoas se tornem mais inativas fisicamente, tendo em vista o novo estilo de vida, com avanços tecnológicos crescentes que produzem ocupações e profissões mais sedentárias e também a substituição de atividades recreativas e lúdicas ativas por programas de lazer também sedentários, como assistir TV, usar computadores e jogos eletrônicos.

Uma das formas mais usadas para avaliar a prevalência do excesso de peso e obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC), definido como o peso em Kilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ). Considera-se com excesso de peso aqueles que

apresentarem IMC maior que  $25 \text{ Kg/m}^2$  e com obesidade os que apresentarem IMC maior que  $30 \text{ Kg/m}^2$  (OPAS, 2003).

Com relação ao IMC, a maioria dos sujeitos apresentou sobrepeso (66,7%) e 5% apresentou obesidade grau I. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003), o excesso de peso e a obesidade produzem efeitos metabólicos adversos sobre a pressão arterial, os níveis de colesterol e triglicérides e sobre a resistência à insulina.

Detectou-se nos exames laboratoriais de adultos e idosos que 38,3% (23) apresentou colesterol acima de 200 mg/dl e que 48,3% (29) estava com os níveis de triglicérides  $\geq 150$  mg/dl.

No que diz respeito ao consumo de álcool, estudos indicam que o seu uso moderado é fator de proteção para mortalidade por seu efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares. Entretanto, o seu consumo abusivo traz consequências negativas para a saúde e qualidade de vida, aumentando as morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como a cirrose, alguns tipos de câncer, AVC, transtornos mentais, entre outros (COSTA et al., 2003; CASADO, VIANNA e THULER, 2009).

Neste estudo, 50% das pessoas consomem bebidas alcoólicas, 33,3% nunca bebeu e 16,7% parou de consumir álcool, principalmente devido ao estado de saúde e a agudização da doença crônica. Na pesquisa de Costa et al. (2003), 21% da amostra relatou nunca ter ingerido bebida alcoólica, 65,1% consumo moderado e 14,3% consumo abusivo de álcool.

O tabagismo é um fator de risco relacionado ao aumento da morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão, AVE, bronquite, enfisema e câncer. Além disso, o hábito de fumar juntamente com a inatividade física são preditores significativos para o alto custo médico. Um estudo comparativo verificou que os fumantes tem um custo de 16% maior que os não fumantes (BRASIL, 2008; BLAND et al, 2009).

Os resultados mostram que 26,7% das pessoas são fumantes, 45% nunca fumou e 28,3% parou de fumar. Dados da Vigilância por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2007) mostram que a frequência dos fumantes na população adulta das 27 cidades do Brasil foi de 16,4%.

Outro fator de risco relacionado às doenças crônicas é o estresse, que pode ser definido como a resposta do organismo a qualquer estímulo seja ele bom ou ruim, que altere o seu estado de equilíbrio ou homeostase (NASCIMENTO et al., 2008).

Samulski (2002) considera o estresse um fenômeno psicobiológico composto por estressores, percepções e reações emocionais. Uma vez que o estressor seja reconhecido pode causar um efeito cascata com presença de tensão, mudanças do humor, agilidade, atenção, memória, capacidade de resolução de problemas e desempenho de tarefas motoras.

O estresse quando muito intenso ou repetitivo pode ocasionar mudanças biológicas, incluindo alterações nas funções cardiovasculares, respiratórias, digestivas, endócrinas, imunes e neurais. Estas alterações podem modificar a qualidade de vida dos sujeitos, tornando-se FR para as DCNTs (BAUM e POSLUSZNY, 1999).

Com relação à frequência de estresse, 75% dos sujeitos desta pesquisa relataram que às vezes ficam estressados, 21,7% estão sempre estressados e 3,3% nunca se encontram em situações de estresse.

No que diz respeito às situações geradoras do estresse 53,3% relataram que a doença é o principal fator estressante, seguidos por 40% dos problemas econômicos, 4% de sobrecarga das atividades e 2,7% de conflitos familiares.

Quando questionados sobre como se definiam na situação do dia a dia, 41,6% disseram ser ansiosos, 23% agitados, 18,4% tensos e 17% tranquilos. A ansiedade estava relacionada ao processo da hospitalização, principalmente em saber quando receberia a alta hospitalar.

Dentre os fatores de risco não modificáveis, foi verificada a história familiar dos sujeitos desta pesquisa. Observou-se que 33,3% tem antecedentes familiar de doenças circulatórias, 21,3% de doenças endócrinas e metabólicas, 10,7% histórico de câncer, 6,7% doenças do aparelho respiratório e 3,3% doenças do aparelho digestivo.

### ***Perspectivas educativas ao cliente, família e equipe de enfermagem: um desafio contemporâneo para o Enfermeiro***

A interação da família com a equipe de saúde é relevante para todos, pois a valorização dessa interação está alicerçada na sua maior participação no desenvolvimento do plano de cuidados, estando sensibilizada e envolvida ativamente nesse contexto. Então, ao assumir a família como parceira, no processo de cuidar do paciente, é necessário considerar e reconhecer que ela é também foco da assistência de enfermagem e sua participação na realização dos cuidados ao paciente é fundamental para sua recuperação.

Elsen, Marcon e Silva (2004, p. 75) trazem o conceito de família como sendo uma:

Unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebe como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível socioeconômico. A família tem direito e responsabilidade, vive em um determinado ambiente em interação com outras



peças e famílias, em diversos níveis de aproximação. Definem objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar dos seus membros.

Do ponto de vista do cuidado, a família é considerada unidade básica, pois constitui o espaço social onde os seus membros interagem e trocam informações, além de se apoiarem e buscar esforços para amenizar e solucionar problemas (SQUASSANTE, 2007).

Quando alguém adoece, a família costuma desempenhar o papel de cuidadora, com o objetivo de atender as diversas necessidades, por meio da afetividade, na recuperação do seu familiar. Portanto, a família cuida baseada nas suas próprias vivências, nos conhecimentos populares, que são derivados do senso comum.

O cliente hospitalizado compartilha este processo com os entes queridos, pois a internação hospitalar provoca no grupo uma sensação de descontinuidade pela súbita e desconfortável ruptura da dinâmica de vida (SEBASTIANI, 2002).

A família também deve ser foco de atenção e intervenção por parte da equipe de enfermagem, que na maioria das vezes vê este familiar acompanhante como um elemento negativo no cuidado do cliente hospitalizado.

Para Lautert, Echer e Unicovsky (1998), o acompanhante não é bem visto nas instituições hospitalares porque eles representam mais a idéia de um fiscal da qualidade do cuidado que um aliado da enfermagem e companheiro do cliente.

Ainda de acordo com as mesmas autoras, sabe-se que o acompanhante tem influencia sobre o comportamento do paciente devido à sua convivência durante e após a hospitalização. Diante disso, o familiar acompanhante torna-se um elemento essencial do cuidado, uma vez que o paciente recebe alta hospitalar cada vez mais precoce.

É neste contexto que se faz necessária a participação do enfermeiro, demonstrando a sua capacidade em estabelecer um processo de interação que possa beneficiar o relacionamento entre o profissional e o cliente, objetivando integrar o acompanhante como elemento na recuperação do cliente hospitalizado e orientá-lo em todo processo saúde-doença, já que a família terá a responsabilidade de cuidar do paciente em casa (PERLINI e FARO, 2005).

De acordo com Elsen, Marcon e Silva (2004), a enfermagem está próxima da família em diferentes momentos, do nascimento à morte, na saúde e na doença. Diante disso, compreender os significados que as famílias formam por meio das interações entre os seus membros, possibilita uma melhor compreensão das famílias, indicando caminhos para que a enfermagem cuide desta unidade.

Cabe destacar que, muitas vezes, a família por querer satisfazer as vontades dos seus membros acaba colocando-os em risco no processo da hospitalização. A doença crônica implica em uma reestruturação e em mudanças no hábito de vida, objetivando diminuir os fatores de risco que tornam estes sujeitos vulneráveis ao fator adoecimento.

Portanto, compete aos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, refletir sobre o tipo de assistência a ser prestada à família com a finalidade de ajudá-la na tarefa de cuidar/zelar pela saúde de seus membros (ELSEN, MARCON e SILVA, 2004).

Perlini e Faro (2005) dizem que a internação é o período real para o cuidado, e que para desempenhar este papel de forma adequada, faz-se necessário que os cuidadores sejam orientados desde cedo, e que o preparo para a alta hospitalar seja uma importante ferramenta para os cuidados em casa. Além disso, a equipe de enfermagem deve estar preparada para realizar os cuidados de enfermagem e estimular os clientes, bem como os familiares, a realizá-los de forma correta.

Destarte, a equipe de enfermagem precisa ter um relacionamento interpessoal no processo do cuidar para que as informações e orientações sejam recebidas e compreendidas de forma que o cliente seja beneficiado nas ações do cuidado.

Hildegard Peplau, em sua Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem enfoca o papel terapêutico do relacionamento de pessoa a pessoa e que a tendência do enfermeiro é trabalhar buscando a oportunidade de pensar por si mesmo e contribuir para a determinação do que pode fazer para satisfazer a necessidade do indivíduo (PEPLAU<sup>12</sup>, 1990 apud SILVA, 2007).

Então, considera-se que, para o bem-estar e o enfrentamento das doenças crônicas, faz-se necessário desenvolver o autocuidado e disponibilizar, aos clientes hospitalizados e os seus familiares, conhecimento suficiente para que eles sejam capazes das melhores escolhas em prol da sua saúde (MOURA, 2008).

Assim, percebe-se que a qualidade de vida e a saúde encontram-se relacionadas à questão da promoção da saúde. Neste sentido, o SUS dialoga com reflexões no âmbito da promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no desenvolvimento de saúde brasileiro (BRASIL, 2005).

Com isso, o modo de viver, o estilo de vida e as escolhas de cada indivíduo podem indicar fatores de risco e vulnerabilidade à questão do adoecimento e o risco potencial para o

---

<sup>12</sup> PEPLAU, H. E. *Relaciones interpersonales em enfermeria*. Barcelona: Ediciones Científicas y técnicas; 1990.

processo da hospitalização. Portanto, é preciso que durante a internação hospitalar o enfermeiro realize intervenções voltadas ao planejamento da alta hospitalar, educação em saúde e orientações voltadas para o autocuidado e cuidado de si dos clientes no ambiente hospitalar.

Na enfermagem, a educação em saúde é um instrumento fundamental na assistência de qualidade, pois o enfermeiro atua como educador, e juntamente com o cliente e familiar acompanhante, pode realizar intervenções na perspectiva de orientações voltadas para o autocuidado e de esclarecimento das dúvidas inerentes ao processo da hospitalização e da alta hospitalar.

O Ministério da Saúde (2005) propõe que as intervenções em saúde ampliem os seus resultados, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde, além dos seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem além dos muros da unidade de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação das escolhas saudáveis de vida por parte dos sujeitos.

As intervenções realizadas pelo enfermeiro são direcionadas aos clientes hospitalizados e à família que participa ativamente do processo saúde-doença. Então, é fundamental que o mesmo desenvolva estratégias para mudanças dos hábitos de vida, mudanças de comportamento, habilidades para o autocuidado e cuidado de si, ensino aos familiares e equipe, gerando educação em saúde e promovendo a qualidade de vida ao sujeito com DCNT e as pessoas envolvidas no cuidado aos mesmos.

Nesse sentido, torna-se fundamental o enfermeiro assumir seu papel social enquanto agente facilitador no processo de educação em saúde, tendo como metas que os indivíduos avancem da consciência ingênua para a consciência crítica.

De acordo com Oliveira e Carvalho (2007), a consciência ingênua é aquela típica do homem massa que não consegue estabelecer uma progressão intensiva no diálogo com o mundo e com os homens, não há uma ação reflexiva e crítica com o mundo e com os outros. Já a consciência crítica é fruto de uma educação dialogal e ativa que ofereça ao homem a possibilidade de tornar-se responsável no seu agir social, pessoal e político.

Para Alvim e Ferreira (2007), no processo educativo não é possível visualizar o despertar da consciência crítica no indivíduo. Esta mudança só será percebida quando o mesmo demonstrar marcas de transformação do seu saber, as quais não são imediatas. Elas só irão acontecer em processos contínuos, na intermediação de saberes, onde não será mais o saber profissional e o saber do cliente, mas a construção de um novo saber.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Este estudo teve por objetivo analisar o perfil dos clientes adultos e idosos hospitalizados com DCNTs e o risco de reinternação. Em um primeiro momento, descrevendo o perfil de clientes hospitalizados com doenças crônicas, e, posteriormente, discutiu-se as possibilidades de intervenção do enfermeiro com os clientes hospitalizados.

Na variável demográfica, verificou-se média de idade de  $53,2 \pm 16,34$ , sendo a idade mínima de 18 anos e máxima de 87 nos. Em relação ao sexo prevaleceram os homens. A procedência dos sujeitos apresentou maior frequência de residentes em Niterói.

Na dimensão socioeconômica, a situação conjugal, na sua maioria é de casados ou morando com companheiros. A média de filhos foi de  $2,3 \pm 1,56$ . A composição familiar foi de uma a duas pessoas na família, com média de  $1,98 \pm 1,5$ . A maioria foi alfabetizada, entretanto encontrou-se prevalência dos sujeitos com ensino fundamental incompleto. Com relação aos rendimentos, prevaleceram os aposentados. Observou-se a presença de cuidador familiar em idosos hospitalizados.

No que se refere à variável situação de saúde, os diagnósticos médicos mais frequentes que determinaram a hospitalização foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho digestivo, geniturinário, respiratório e neoplasias.

Foi observada a presença de pelo menos uma comorbidade em 96,67% dos clientes hospitalizados. Os diagnósticos secundários mais prevalentes foram as doenças do aparelho circulatório e as doenças endócrinas e metabólicas.

Nessa investigação, a média da permanência hospitalar foi de  $21,33 \pm 19,05$  dias. A hospitalização prévia nos últimos doze meses, ou seja, a readmissão hospitalar foi verificada em 70% dos sujeitos. Portanto, o intervalo entre essas admissões teve como média  $135,83 \pm 85,12$  dias.

Na dimensão nível de dependência, a maioria dos sujeitos não apresentou dependência dos cuidados pela equipe de enfermagem, necessitando apenas dos cuidados mínimos. Entretanto, na perspectiva da promoção e manutenção da saúde, é fundamental um suporte por meio de programa de educação à saúde, tendo em vista que o processo crônico é

insidioso, portanto eles estão mais vulneráveis à complicações. Diante disso, a educação em saúde emerge aqui como a possibilidade de ensinar a cuidar para estimular a adoção de mudanças no estilo de vida, de forma a melhorar a qualidade de vida dos sujeitos.

Com relação à variável utilização dos serviços de saúde não foram encontrados registros de enfermeiros referentes às orientações para a alta hospitalar. A maioria realiza acompanhamento em unidade básica de saúde, seguida do serviço ambulatorial no próprio HUAP. O serviço de saúde usado entre as admissões foi a emergência hospitalar.

Além disso, foram destacados os principais fatores de risco relacionados às DCNTs, como a inatividade física, hipertensão, tabagismo, uso de álcool, IMC, baixo consumo de frutas e legumes, taxas de colesterol e triglicérides, nível de estresse e a história familiar de doença.

Neste estudo, observou-se que a maioria dos sujeitos está com sobrepeso, não comem frutas e legumes, consomem álcool, não praticam atividade física, possuem algum nível de estresse, principalmente relacionados à doença e problemas econômicos, e tem história familiar de doença, onde as principais foram as doenças do aparelho circulatório e as endócrinas e metabólicas.

Assim, a presença dos fatores risco relacionados às doenças crônicas tornam estes sujeitos vulneráveis ao fator adoecimento e mais propensos à internação hospitalar, interferindo na capacidade funcional, autonomia e dependência.

A hospitalização constitui um momento importante para o enfermeiro fornecer informações sobre o controle da doença crônica, pois as mesmas apresentam etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco modificáveis, tais como o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e a dieta inadequada.

Então, para reduzir o número de readmissões hospitalares, precisa-se investir em medidas preventivas, principalmente no nível primário de atenção, educação em saúde, além de orientações e planejamento da alta hospitalar, identificando as necessidades do cliente hospitalizado.

É importante destacar que o serviço hospitalar tem caráter mecanicista, ou seja, este é fragmentado e direcionado ao desempenho da atividade curativa, onde a doença é o foco da atenção e o paciente não é visto de forma holística.

Portanto, é indispensável que a instituição hospitalar discuta sobre as demandas de atenção à saúde, à capacitação dos profissionais nas diversas áreas, à família, de modo a contemplar o princípio da integralidade estabelecido pelo SUS.

Desta forma, a vulnerabilidade dos clientes hospitalizados com DCNTs é observada pela insuficiência na capacitação de profissionais da saúde, principalmente a enfermagem, na orientação do paciente e do seu familiar durante a internação e no momento da alta hospitalar, por meio de ações educativas que contemplem a adaptação à doença, o seguimento da terapêutica medicamentosa, como agir nas possíveis complicações, além de estimular a prática do autocuidado e do cuidado de si.

Considerando o perfil dos clientes com constatação de DCNT em todos, presença de fatores modificáveis e não modificáveis e 70% de readmissão hospitalar, principalmente pelo setor da emergência, constata-se a necessidade de intervenção educativa ao cliente e familiar pela equipe de enfermagem, onde o enfermeiro deve assumir o papel social enquanto agente facilitador no processo de educação em saúde.

A readmissão hospitalar é um indicativo de fragilidade que está relacionada à perda de capacidade funcional em diversos graus, interfere na qualidade de vida, no aumento dos custos no tratamento das DCNTs e indicam a necessidade de acompanhamento contínuo pela equipe de saúde em todas as esferas de cuidado. A detecção precoce da vulnerabilidade das pessoas e a promoção e educação no sentido de incentivar práticas saudáveis de viver podem minimizar o surgimento e agravamento das condições crônicas.

Considerando que a pesquisa foi realizada somente nas clínicas médica feminina e masculina e pelo número restrito de sujeitos, é importante que este estudo se estenda a outras unidades no HUAP, como o CTI, a emergência, as clínicas cirúrgicas, para que se obtenha um panorama geral dos clientes hospitalizados com DCNTs, visando a implementação efetiva de medidas que tragam maior resolutividade frente a questão da readmissão hospitalar, identificando e intervindo nos riscos potenciais para a ocorrência da mesma entre pacientes que tenham algum grau de vulnerabilidade.

Nesse sentido, torna-se necessária a elaboração de um programa de gerenciamento de crônicos na instituição de forma a identificar a população alvo por meio de parâmetros epidemiológicos adequados, além de viabilizar estratégias que contribuam para a adesão destes sujeitos ao programa através de ações de educação em saúde tanto para os clientes como para seus familiares.

Portanto, é fundamental que este tema seja mais amplamente abordado e discutido na formação acadêmica e profissional, além de investimentos na atualização nos programas de educação continuada, para atualizar e melhorar a capacitação dos profissionais que lidam com pacientes com DCNTs no cotidiano das instituições de saúde .

Assim, à luz de tudo o que li, vi e ouvi ao longo dessa pesquisa fica a mensagem de  
que:

*"A verdadeira viagem da descoberta consiste não em buscar novas paisagens,  
mas em ter olhos novos"* (Marcel Proust).

## BIBLIOGRAFIA

### *Obras Citadas*

ABRAHÃO, A. L. *O hospital e o Sistema Único de Saúde: A Gestão Hospitalar na Perspectiva da Micropolítica*. Texto de Apoio as Políticas de Saúde. Ed. Fiocruz, 2005. p. 75-98, 2005.

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 833-840, out./dez. 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. 2 ed., Rio de Janeiro: ANS, 2007

ALMEIDA, G. S. *Educação em saúde no cenário hospitalar: uma estratégia para a redução de reinternações por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)*. Niterói, 2007. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. 2007.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, P.F. *Estratégias de Coordenação dos Cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos*. Dissertação (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.

ALVARENGA, M. R. M.; MENDES, M. M. R.. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 11, n. 3, p. 305-11, maio-junho, 2003.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, v. 16, n. 2, p. 315-9. 2007.

ANDRADE, O. G. Representações sociais de saúde e de doença na velhice. *Rev. Acta Scientiarum. Health Sciences*: Maringá, v. 25, n. 2, p. 207-213. 2003.

ATAIDE, A. R. L.; MACHADO, A. A; JACOPETTI, S. R. A enfermagem como facilitadora na comunicação e educação em saúde de uma Unidade do Programa de Saúde da Família de Curitiba. *Boletim de Enfermagem*: Curitiba, vol. 2. 2008.

BAISDEN, C. E.; BOLTON, J. W.; RIGGS, M.W. Readmission and mortality in patients discharged the day after off-pump coronary bypass surgery. *Ann. Thorac. Surg.*, v. 75, n. 1, p. 68-73. 2003.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saude Colet*, v. 11, n. 4, p. 911-26. 2006.

BARROS, M. A. et al. O cuidar de ontem e de hoje. *Nursing*: Lisboa, v. 10, n. 11, p. 8-13, 1997.



BAUM, A.; POSLUSZNY, D. M. Health psychology: mapping bio-behavioral contributions to health and illness. *Annual Reviews Psychology*, v. 50, p. 137-163. 1999.

BLAND, P. C. et al. Modifiable health behaviors and short-term medical costs among health plan members. *Am. J. Health Promot.*, v. 23, n. 4, p. 265-73. 2009.

BORGES, M. T. T.; SIMÕES, R. H. B. Cigarro companheiro: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de sexos. *Cad. Saúde Pública.*, v. 24, n. 12, p. 2834-42. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde*. Secretaria de vigilância em saúde. Epidemiologia e serviços de saúde. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. *Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas*. 2010. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 2 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigitel- *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. *Política Nacional de Saúde do Idoso*. Portaria nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, DF., 13 dez. 1999. N. 237-E, seção 1, p. 20-24.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde: OPAS, 2005.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Educação em saúde: planejando as ações educativas. Teoria e prática*. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS. Brasília: Secretaria de Atenção Básica, 1997.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Vigitel – *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2008*. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Saúde*. Portal do MEC. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf> . Acessado em 2 de maio 2011.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*: Florianópolis, v. 15, p.152-57. 2006.

CARMONA, L. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Grau de dependência do paciente em relação à enfermagem: análise de prontuários. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 468-73. 2003.

CARVALHO, C. M. R., FONSECA, C. C. C.; PEDROSA, J. I. Educação para saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. *Caderno de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, v. 20, n. 03, p. 719-726, maio/junho. 2004.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. de cancerologia*, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CESSE, E. A. P. *Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife, 2007. Tese de doutorado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2007.

COELHO, M. T. A. D.; FILHO, N. A. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde*: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-33, mai-ago. 2002.

COLLIÉRE, M. F. *Promover a vida: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel edições técnicas, 1999.

COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p. 284-91. 2004.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface- comunicação, saúde, educação*: Botucatu, v. 9, n. 17, p. 401-403. 2005.

DIOGO, M. J. D. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev. Latino-americana enfermagem*, v. 8, n. 1, p. 75-81. 2000.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2ª edição. Maringá: Eduem. 2004.

ESPÍRITO SANTO, F. H. do. *Saberes e Fazeres de Enfermeiras (os), Novatas (os), e Veteranas (os) sobre o Cuidado de Enfermagem no Cenário Hospitalar*. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Tese de Doutorado (Enfermagem). 2003.

ESPÍRITO SANTO, F. H.; PORTO I. S. *Cuidado de enfermagem: saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar*. 2ª edição. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN. 2008.

FELICIANO, A. B; ALVES, S. E. Demanda por Doenças Crônicas Degenerativas entre adultos matriculados em uma unidade básica de saúde em São Carlos-SP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 41-47, julho, 1999.

FERREIRA, M. A. *O corpo no cuidado de enfermagem: representações de clientes hospitalizados*. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN. Tese de doutorado (Enfermagem). 1999.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. Cuidar em saúde: lugar de um novo paradigma. *Rev. Brasileira de Enfermagem*: Brasília, v. 51, n. 3, p. 447-456. 1998.

FONSECA, J. P.; ECHER, I. C. Grau de dependência de pacientes em relação à assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica. *Rev Gaúcha Enferm*: Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 346-54. 2003.

FORTES, N.; LOPES, M. V. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa Unidade Básica de atenção à Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 26-34. 2004.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. M. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm*: Florianópolis, vol. 16, n. 1, p. 105-11. 2007.

GIGLIO, M. M.; MARTINS, A. P.; DYNIEWICZ, A. M. Análise do grau de dependência e predisposição à úlcera de pressão em pacientes de hospital universitário. *Cogitare Enferm*, vol. 12, n. 1, p. 62-8. 2007.

GOLDANI, A. M. *Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico Brasileiro - 2010*. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/)>Acesso em: 12 de novembro de 2011.

KURCGANT, P. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991.

LAUTERT, L.; ECHER, I. C.; UNICOVSKY, M. A. R. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. *R. gaúcha Enferm.*: Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 118-131. 1998.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 13, n. 1, p. 113-28, jan.-mar. 2006.

LEOPARDI, M. T. Cuidado: ação terapêutica essencial. *Rev. Texto Contexto Enfermagem*: Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 57-67. 1997.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência e Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, out./dez. 2004.

LIMA, M. J. *O que é enfermagem?* Coleção Passos, Ed. Brasiliense, Rio de Janeiro, 1994.

LUNARDI, V. L.; SOARES, N. V. A problematização dos direitos do cliente implicando na problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem. *Ciencia y Enfermaria IX*, v. 1, p. 65-76, 2003.

MACHADO, A. L. G.; SILVA, M. R. F. Educação em saúde: instrumento de ação para o enfermeiro no Programa de Saúde da Família. *Revista Nursing*, v. 104, n. 9, p. 45-50. 2007.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil 2008. *J Bras Pneumol*: Brasília, v. 36, n. 1, 2010.

MALTA, D. C. et al. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas. *Epidemiol. Ser. Saúde*, v. 18, n. 1, p. 7-16. 2009.

MALTA, D.C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul.-set. 2010.

MARIN, M. J. S. *Preparando o idoso para a alta hospitalar*. Ribeirão Preto. (tese). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

MARINHO, S. P. et al. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. *Rev. Nutrição*, v. 16, n. 2, p. 195-201. 2003.

MARTINS, M. G. J. B. *Auto- atualização e sofrimento na explicação da aceitação da doença crônica: uma investigação no adulto em tratamento de hemodiálise*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de medicina da Universidade do Porto. 2002.

MATOSO, A. *Benefícios à pacientes portadores de doenças crônicas*. Contalex Consultoria Empresarial. 2012. Disponível em: <http://www.econtalex.com.br/index2.php?pag=links>. Acessado em: 2 de maio de 2012.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª Ed. São Paulo: Hucitec. 2007.

MONTEIRO, C. R. *Independência funcional dos idosos vítimas de fraturas: da hospitalização ao domicílio*. São Paulo. 2007. Dissertação de Mestrado. Curso de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2007.

MORESCHI, C. *Atuação do enfermeiro no processo saúde- doença*. Universidade de Caxias do Sul. 1999. Disponível em:<<http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema2/texto29>>. Acessado em: 23 de abril de 2011.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz; 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26> . Acessado em: 5 de maio de 2012.

MOURA, T. R. S. *Implicações psicossociais das cardiopatias na qualidade de vida de pessoas cirurgiadas e não-cirurgiadas*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa: 2008.

NASCIMENTO, M. C. et al. Estresse laboral e gênero enquanto fatores associados ao risco de doenças cardiovasculares. *Salusvita: Bauru*, v. 27, n. 3, p. 383- 397. 2008.

OLIVEIRA, P. C.; CARVALHO, P. A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire. *Paidéia*, v. 17, n. 37, p. 219-230. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Relatório mundial. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais, org. Coordenação de tradução Cassia Maria Buchalla. São Paulo: EDUSP, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 2003.

PÁDUA, A. *Análise das anotações de Enfermagem: uma proposta de sistematização da assistência de Enfermagem*. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 2000.

PAZ, A. A.. *Características de pessoas idosas em condição de alta hospitalar associadas à rehospitalização*. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm*, v. 19, n. 3, p. 338-42. 2006.

PAZINATTO, M.C. *Características clínicas e funcionais do paciente idoso que recebe alta hospitalar e suas necessidades de cuidado após alta*. Dissertação (Mestrado em Geriatria). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

PEREIRA, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc de Enferm USP*, São Paulo, vol. 40, n. 4, p. 464-7. 2006.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidado familiar. *Rev. Esc. Enfer. USP*: São Paulo, v. 39, n. 2, p. 154-63. 2005.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 32, n. 2, p. 153-68, ago. 1998.

PESTANA, L. C. *Perfil de idosos em situação de readmissão hospitalar: implicações para enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro. 2011. Dissertação de mestrado. Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF. 2011.

PETTENGILL, M. A. M. *Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito*. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2003.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Análise exploratória de dados. In: MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, p. 227-44. 2002.

PRATA, P. R. A Transição Epidemiológica no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr-jun, 2001.

POLIT, D.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5º Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLLAK, I. N. S. O corpo como mediador da relação homem/mundo. *Texto contexto enfermagem*: Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 29-43. 1997.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.

PUPULIM, J. S. L. *Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida*. Ribeirão Preto. 2009. Tese de Doutorado. Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2009.

QUADRADO, A.; RUDNICK, T. Adesão terapêutica e a doença crônica não transmissível. *Rev. SBPH*: Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2009.

SABÓIA, V. M. *A mão dupla do poder: a enfermeira e os idosos nos grupos dos diabéticos do HUAP-UFF*. Niterói: Eduff, 1997.

SABÓIA, V. M. *Educação em saúde: A arte de talhar pedras*. Niterói: Intertexto. 2003.

SALES, F. M., SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de Enfermagem: identificação de necessidades. *Texto Contexto Enferm*, v. 16, n. 3, p. 495-502, 2007.

SAMULSKI, D. *Psicologia do esporte*. 1ª edição. Barueri: Manole. 2002.

SANTOS, C. A. B.; OLIVEIRA, J. B. A prática de atividade física entre os graduandos em Ciências Biológicas da UNEB campus VIII, como prevenção de doenças cardiovasculares. *Arte e ciência*. 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/a-pratica-de-atividade-fisica-entre-os-graduandos-em-ciencias-biologicas-da-uneb-campus-viii-como-prevencao-de-doencas-cardiovasculares>. Acessado em: 28 de setembro de 2011.

SEBASTIANI, R. W. *Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde*. 2002. 128 p. Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2002.

SEITZ, E. M. Biblioterapia: uma experiência com pacientes internados em clínica médica. *Revista ACB: biblioteconomia*: Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 73-85. 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11ªed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro. 2009.

SILVA, A. M. *O acompanhante do paciente adulto hospitalizado: percepção dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Enfermagem de São Paulo da Universidade de Guarulhos. 2007.

SILVA, J. L. M. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. Informe-se em promoção da saúde. *Informe-se em Promoção da Saúde*, v. 2, n. 1. p. 03-05. 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acessado em: 30 de abril de 2011.

- SILVA, L. Ações educativas e cuidados de enfermagem à clientela portadora de doenças crônicas da clínica médica. *Escola técnica de saúde/UFPB*. 2010.
- SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em debate*: Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46. 2009.
- SQUASSANTE, N. D. *A dialética das relações entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no hospital: implicações para o cuidado de enfermagem*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2007.
- SWEETING, H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem?, *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 4, p. 617-24. 1996.
- TAVARES, G. S. *A influência do estilo de vida na reinternação hospitalar de pacientes diabéticos*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2006.
- TEIXEIRA, E. *As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa*. 5ªed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde coletiva*, v. 5, p. 133-49. 2000.
- TORRES, G.; DAVIM, R.; NÓBREGA, M. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Rev. latino-am. enfermagem*: Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 47-53, 1999.
- TRENTINE, M. et al. Cuidado de enfermagem as pessoas em condições crônicas: concepção de profissionais de enfermagem recém-formados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, vol.17 (4), 665-71; 2008.
- UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. *Plano de desenvolvimento institucional: assessoria de planejamento*. Niterói, p. 1-10; 2007-2011. Disponível em: <http://www.huap.uff.br/huap/node/16>. Acessado em: 6 de dezembro de 2012.
- VALERA, R. B.; TURRINI, R. N. T. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. *Ciência & Enfermeria XIV*, v.2. 2008.
- VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*: Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-86. 2011.
- VERAS, R. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. 92 p.
- ZAGO, M. M. F. O papel do enfermeiro hospitalar no ensino do paciente. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 26, n. 3, p. 359-64. 1992.

## Obras Consultadas

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, vol. 17(1); 111-117; 2009.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CASTRO, M. S. M. *A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso*. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

CAVINATTO, S. M. *Doença crônica, autocuidado e autonomia: Estudo de um processo educativo junto a pacientes com diabetes melito tipo 2*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de ciências médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2003.

COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, vol.15(1); 53-58; 2007.

DUARTE, B. M. *Fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

FRANCHI, K. M. B. et al. Capacidade funcional e atividade física de idosos com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de atividade física & saúde*, v. 13, n. 3, p. 158-166, 2008.

LEÓN, M. G. S. D. *Impacto de uma intervenção comunicativa na capacidade funcional de idosos hospitalizados*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

MARIN, M. J. S. et al. Características Sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, v. 44, n. 4, p. 962-8, 2010.

MENEZES, A. G. M. P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-102, 2010.

MORAES, S. A.; MEIRA, L.; FREITAS, I. C. M. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, entre alunos de enfermagem de Ribeirão Preto- Brasil. *Medicina: Ribeirão Preto*, v. 33, p. 312- 321, 2000.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, vol16; (4); 569-576. 2008



OLIVI, M.; OLIVEIRA, M. L. F. Educação para a saúde em unidade hospitalar: um espaço profissional do enfermeiro. *Ciência, cuidado e saúde*, Maringá, v.2, n. 2, p. 131-38, 2003.

PENALVA, D. Q. F. Síndrome Metabólica: diagnóstico e tratamento. *Rev. Med.*, São Paulo, v. 87, n. 4, p. 245-50, 2008.

PINHEIRO, J. Autonomia e aderência na pessoa com doença renal crônica. *Revista Bioét. (Impr.)*, v. 19, n. 1, p. 219-29, 2011.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-8, 2003.

ULBRICH, E. M. *Repercussões da intervenção educativa do enfermeiro no cuidado pessoal do doente crônico*. Dissertação de Mestrado. Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2010.

VILARINHO, R. M. F. et al. Prevalência de fatores de risco de natureza modificável para a ocorrência de Diabetes Mellitus tipo 2. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 12, n. 3, p. 452-56, 2008.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Dados de identificação

Título do Projeto: Hospitalização de clientes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis: perspectivas de intervenção do enfermeiro

Pesquisador Responsável: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Helena do Espírito Santo  
Orientanda: Carla Lube de Pinho Chibante

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense  
Telefones para contato: (21) 2714-3069 - (21) 2629-9477 -(21) 9807-7109

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos R.G. \_\_\_\_\_

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “ Hospitalização de clientes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis: perspectivas de intervenção do enfermeiro desenvolvido sob a responsabilidade do pesquisador Fátima Helena do Espírito Santo e sua orientanda Carla Lube de Pinho Chibante. Esta pesquisa tem como objetivos: Descrever o perfil dos clientes hospitalizados com doenças crônicas não transmissíveis; Analisar a relação entre o perfil dos clientes hospitalizados com doenças crônicas não transmissíveis e o risco de reinternação; Discutir as possibilidades de intervenção do enfermeiro com estes clientes.

Participando desta pesquisa, o (a) Senhor (a) estará contribuindo para a ampliação dos conhecimentos em relação aos fatores associados à readmissão hospitalar. A pesquisa será realizada através de análise documental no prontuário e aplicação de um roteiro.

A presente pesquisa não oferece riscos ou danos físicos, econômicos ou sociais. Caso o (a) Sr. (a) tenha qualquer dúvida relacionada a pesquisa, poderá entrar em contato com o pesquisador, por telefone ou pessoalmente. O pesquisador garante o acesso às informações atualizadas durante todo o estudo. Sua participação é voluntária, de maneira que está livre para retirar este consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. As informações relacionadas à sua privacidade serão mantidas em caráter confidencial. Ao final do estudo, as informações poderão ser divulgadas em textos, periódicos ou eventos científicos da área de saúde.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, RJ, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Acadêmica de Enfermagem Carla Chibante  
(Pesquisadora)

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**APÊNDICE B**  
**PERFIL DE ADULTOS E IDOSOS EM SITUAÇÃO DE ADMISSÃO HOSPITALAR**

**FORMULÁRIO**

NOME (INICIAIS):		PRONTUÁRIO:
SEXO	FEMININO ( ) MASCULINO ( )	
IDADE		
PROCEDÊNCIA		
SITUAÇÃO CONJUGAL	CASADO ( ) SOLTEIRO ( ) VIÚVO ( ) SEPARADO ( )	
FILHOS:	Sim (1) Não (2) Quantos?	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR	_____ _____	
ESCOLARIDADE	( ) ANALFABETO ( ) ENS. FUND. INCOMP. ( ) ENS. FUND. COMP. ( ) ENS. MÉD. INCOMP. ( ) ENS. MÉD. COMP. ( ) ENS. SUP. INC. ( ) ENS. SUP. COMP.	
RENDIMENTOS:	SIM ( ) NÃO ( ) APOSENTADORIA ( ) PENSÃO ( ) TIPO: AUXÍLIO IDOSO ( ) SALÁRIO ( )	
TEM CUIDADOR? QUEM CUIDA?	Sim ( ) Não ( ) FAMÍLIA ( ) CUIDADOR FORMAL ( )	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	<b>CID-10:</b> <b>PATOLOGIA:</b>	
DIAGNÓSTICO (S) SECUNDÁRIO (S)	<b>CID-10:</b> <b>PATOLOGIA(S)</b>	
HOSPITALIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sim (1) Não (2)	
MOTIVO DA INTERNAÇÃO		
PERMANÊNCIA HOSPITALAR		
INTERVALO ENTRE AS DUAS ÚLTIMAS ADMISSÕES		
NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	( ) INDEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE ( ) TOTALMENTE INDEPENDENTE	
REGISTRO DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR	Sim (1) Não (2)	
ACOMPANHAMENTO EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE	Sim (1) Não (2)	
QUAL É O SERVIÇO?	(1) UBS (2) PSF (3) AMBULATÓRIO HOSPITALAR	
SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS ENTRE AS ADMISSÕES:	(1) SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA (2) INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

## APÊNDICE C

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### I - IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____	PRONTUÁRIO _____
IDADE: _____ SEXO F( ) M( ) RAÇA B( ) N( ) A( )	ADMISSÃO __/__/__ UI _____ LEITO _____
ESTADO CIVIL _____	NÚMERO DE FILHOS: _____ NACIONALIDADE: _____
NATURALIDADE: _____	PROCEDENCIA: _____ INFORMANTE: _____
ESCOLARIDADE: _____	OCUPAÇÃO: _____ RELIGIÃO: _____
ENDEREÇO _____	
TEL: _____	BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____
ESTADO _____	

#### II - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: _____ _____ _____
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____ _____

#### III- EXAME FÍSICO

<p style="text-align: center;">NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</p> ACORDADO ( ) SONOLENTO( ) TORPOROSO( ) COMA VIGIL( ) PROFUNDO( )	<p style="text-align: center;">ORIENTADO QUANTO:</p> AO TEMPO: S( ) N( ) AO ESPAÇO: S( )N( ) A SUA PESSOA: S( ) N( )
---	--

SINAIS VITAIS	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	PRESSÃO	PESO	ALTURA	IMC	CIRCUNFERÊN CIA ABDOMINAL
OBSERVAR:	VISÃO: BOA( )		DIMINUÍDA D( )E ( )		AUSENTE ( ) D( )E ( )			
	AUDIÇÃO: BOA( )		DIMINUÍDA D( )E ( )		AUSENTE ( ) D( )E ( )			
PRÓTESE E ÓRTESE	NÃO ( ) SIM ( ) TIPO: _____		REGIÃO: _____					
ELIMINAÇÕES:	INTESTINAL: _____ URINÁRIA: _____ OUTRAS: _____							

#### IV - HÁBITOS DE VIDA PESSOAL

ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO	
SONO REPOUSO	E _____
LAZER	NÃO ( ) SIM ( ) QUAL: _____
USO DE DROGAS	ÁLCOOL ( ) FUMO ( ) OBS: _____ _____
CONDIÇÕES HIGIÊNICAS:	SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA( )
CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO	RESIDENCIA ( ) PRÓPRIA ( ) ALUGADA COM QUEM RESIDE _____ _____

ATIVIDADE SEXUAL	ATIVA ( ) EVENTUAL ( ) INEXISTENTE ( )
ATIVIDADE FÍSICA:	QUAL? FREQUENCIA ( ) SEMPRE ( ) AS VEZES ( ) NUNCA
MEIO DE LOCOMOÇÃO:	( ) ÔNIBUS ( ) TREM ( ) METRÔ ( ) BARCA ( ) TÁXI ( ) CARRO ( ) BICICLETA

## IV - HISTÓRIA DE SAÚDE PREGRESSA

<p>INTERNAÇÕES ANTERIORES: SIM ( ) NÃO ( ) MOTIVO: _____</p> <p>DOENÇAS ANTERIORES SIM ( ) NÃO ( ) QUAIS: _____</p> <p>HIPERSENSIBILIDADE SIM ( ) NÃO ( ) QUAIS: _____</p> <p>TIPO SANGUÍNEO: _____ FATOR RH: _____</p> <p>MEDICAMENTOS FREQUÊNCIA E QUANTIDADE: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <hr/> <p>COM QUAL FREQUÊNCIA VOCÊ SE ENCONTRA EM SITUAÇÕES DE ESTRESSE? ( ) SEMPRE ( ) AS VEZES ( ) NUNCA</p> <p>QUAIS SITUAÇÕES GERADORAS DE ESTRESSE VOCE VOCÊ ESTÁ EXPOSTO? ( ) CONFLITOS FAMILIARES ( ) PROBLEMAS NO TRABALHO ( ) SOBRECARGA DE ATIVIDADES ( ) DOENÇAS ( ) PROBLEMAS ECONÔMICOS ( ) DESLOCAMENTO TRABALHO/RESIDÊNCIA (MEIO DE TRANSPORTE, DISTÂNCIA, TRÂNSITO, TEMPO DE DESLOCAMENTO)</p> <p>COMO VOCÊ SE DEFINE FRENTE AS SITUAÇÕES DO DIA A DIA? ( ) TRANQUILO ( ) ANSIOSO ( ) TENSO ( ) AGITADO ( ) REATIVO ( ) AGRESSIVO ( ) INDIFERENTE</p>
---

## V - PERCEPÇÕES, SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS DO CLIENTE EM RELAÇÃO À SUA INTERNAÇÃO

<p>_____</p> <p>_____</p>
---------------------------

## VI - IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO:

<p>_____</p> <p>_____</p>
---------------------------

## VII- PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS:

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

## VIII- EXAMES LABORATORIAIS:

<p>HEMOGRAMA:</p> <p>LIPÍDEO:</p> <p>ELETRÓLITOS:</p> <p>EAS:</p> <p>FEZES:</p>
---

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE PERROCA

**1- Estado Mental e Nível de Consciência** (habilidade em manter a percepção e as atividades cognitivas)

- ( )1- Acordado ; interpretação precisa de ambiente e tempo ; executa, sempre, corretamente, ordens verbalizadas ; preservação da memória .
- ( )2- Acordado ; interpretação precisa de ambiente e tempo ; segue instruções corretamente apenas algumas vezes ; dificuldade de memória.
- ( )3- Acordado ; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos ; dificilmente segue instruções corretamente ; dificuldade aumentada de memória
- ( )4- Acordado ; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em todos os momentos; não segue instruções corretamente ; perda de memória.
- ( )5 - Desacordado ; ausência de resposta verbal e manutenção de respostas à estímulos dolorosos ou ausência de respostas verbais e motoras.

**2 - Oxigenação** (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de Enfermagem e/ou de equipamentos)

- ( )1- Não requer oxigenoterapia.
- ( )2- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio sem necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- ( )3- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio com necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- ( )4- Requer uso de oxigênio por traqueostomia ou tubo orotraqueal .
- ( )5- Requer ventilação mecânica.

**3 - Sinais Vitais** (necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratório, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central)

- ( )1- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 6 horas
- ( )2- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 4 horas
- ( )3- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 2 horas
- ( )4- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas
- ( )5- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas e controle de pressão arterial média e/ou pressão venosa central e/ou saturação de oxigênio.

**4 - Nutrição e Hidratação** (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhantes ou da equipe de Enfermagem ou por meio de sondas e catéteres)

- ( )1- Auto-suficiente
- ( )2- Requer encorajamento e supervisão da Enfermagem na nutrição e hidratação oral
- ( )3- Requer orientação e supervisão de Enfermagem ao acompanhante para auxílio na nutrição e hidratação oral
- ( )4- Requer auxílio da Enfermagem na nutrição e hidratação oral e/ou assistência de Enfermagem na alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma.
- ( )5- Requer assistência efetiva da Enfermagem para manipulação de catéteres periféricos ou centrais para nutrição e hidratação.

**5 - Motilidade** (capacidade de movimentar os segmentos corporais de forma independente, com auxílio do acompanhante ou da equipe de Enfermagem ou pelo uso de artefatos)

- ( ) 1- Auto-suficiente
- ( ) 2- Requer estímulo e supervisão da Enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.



( )3- Requer orientação e supervisão de Enfermagem ao acompanhante para auxílio na movimentação de um ou mais segmentos corporais.

( )4- Requer auxílio da Enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais ( )5- Requer assistência efetiva da Enfermagem para movimentação de qualquer segmento corporal devido a presença de aparelhos gessados, tração, fixador externo e outros, ou por déficit motor.

**6- Locomoção** (habilidade para movimentar-se dentro do ambiente físico por si só, com Auxílio do acompanhante ou da equipe de Enfermagem ou pelo uso de artefatos)

( )1- Auto-suficiente

( )2- Requer encorajamento e supervisão da Enfermagem para a deambulação.

( )3- Requer orientação e supervisão de Enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores).

( )4- Requer o auxílio da Enfermagem no uso de artefatos para a deambulação

( )5- Requer assistência efetiva de Enfermagem para locomoção devido `a restrição no leito.

**7- Cuidado Corporal** (capacidade para realizar por si mesmo ou com auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se)

( )1- Auto-suficiente

( )2- Requer supervisão de Enfermagem na realização do cuidado corporal e conforto.

( )3- Requer orientação e supervisão de Enfermagem ao acompanhante para auxílio na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.

( )4- Requer auxílio da Enfermagem na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.

( )5- Requer assistência efetiva da Enfermagem para o cuidado corporal e medidas de conforto devido à restrição no leito.

**8 - Eliminações** (habilidade em manter as diversas formas de eliminações sozinho, com auxílio do acompanhante ou da Enfermagem ou por drenos e estornas)

( )1- Auto-suficiente

( )2- Requer supervisão e controle pela Enfermagem das eliminações.

( )3- Requer orientação e supervisão de Enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros, e controle, pela Enfermagem, das eliminações

( )4- Requer auxílio e controle pela Enfermagem no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros.

( )5- Requer assistência efetiva de Enfermagem para manipulação e controle de catéteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária ou estomas.

**9 - Terapêutica** (utilização dos diversos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos)

( )1- Requer medicação VO de rotina ou ID, SC ou IM.

( )2- Requer medicação EV contínua e/ou através de sonda nasogástrica, nasoenteral ou estorna.

( )3- Requer medicação EV intermitente com manutenção de catéter.

( )4- Requer uso de sangue e derivados ou expansores plasmáticos ou agentes citostáticos.

( )5- Requer uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração.

**10 - Educação à Saúde** (habilidade do paciente/família em receber e aceitar orientações sobre autocuidado)

( )1- Orientações de Enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão e aceitação das informações recebidas.

( )2- Orientações de Enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com dificuldades de compreensão mas com pronta aceitação das informações recebidas.

( )3- Orientações de Enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas certa resistência às informações recebidas.

( )4- Orientações de Enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas elevada resistência às informações recebidas.

( )5- Orientações de Enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas sem aceitação das informações recebidas.

**11- Comportamento** (sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação à sua doença, gerados em sua interação com o processo de hospitalização, a equipe de saúde e/ou família) Para preencher o indicador abaixo observe as conceituações :

**ANSIEDADE** - "vago sentimento de catástrofe iminente, apreensão ou sensação de pavor" (TAYLOR,1992).

**SINTOMAS DE ANSIEDADE** - alteração da respiração, tremores, sudorese, taquicardia, náusea, vômito, vertigem, anorexia, diarréia, inquietação, perturbação do sono, medo excessivo ou irracional, sensações de falta de ar ou sufocamento, parestesias, tensão muscular (DSM-IV,1995).

**RETRAIMENTO SOCIAL** - tendência ocasional para evitar contatos sociais ; funcionamento social diminuído.

**IRRITABILIDADE** - "Irritação : estado relativamente moderado de cólera, expressando-se sobretudo em formas verbais" ( CABRAL;NICK,1979). Ex: exasperação, exaltação.

**RETRAIMENTO SOCIAL AUMENTADO** - tendência freqüente para evitar contatos sociais.

**APATIA** -"aparente insensibilidade a tudo o que provoca habitualmente no indivíduo um sentimento ou uma emoção" (FILLIUD et al, 1981), indiferença. Ex: não manifestação de amor, ódio, alegria, tristeza, medo, raiva.

**PASSIVIDADE** - "é uma predisposição para sofrer sem iniciativa nem esforço todas as influências exteriores" (FILLIUD et al, 1981). Ex: Não reação diante de procedimentos de Enfermagem., condutas médicas, hospitalização.

**DESESPERANÇA** - "estado subjetivo em que o indivíduo vê escolhas pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, e está incapaz de mobilizar energia em seu próprio favor" (NANDA, 1986). Ex: ausência ou diminuição de expectativas, projetos e planos de vida.

**IMPOTÊNCIA PSÍQUICA** - "percepção de que uma pessoa tem de que o que ela pode fazer não altera, significativamente, um resultado ... " (NANDA, 1982). Ex: demonstração de incapacidade para desempenhar atividades cotidianas ( não sei", "não vou conseguir", "não posso").

**AMBIVALÊNCIA DE SENTIMENTOS** - " coexistência de dois impulsos, desejos, atitudes ou emoções opostos dirigidos para. a mesma pessoa, o mesmo objeto ou o mesmo objetivo ..." (DICIONÁRIO Médico Blakiston, 1982). Ex: afirmação/negação, aceitação/rejeição, amor/ódio, alegria/tristeza. **ISOLAMENTO**

**SOCIAL** - "provação de contatos sociais ..." (CABRAL; NICK, 1979) .

( )1- Calmo, tranquilo; preocupações cotidianas

( )2- Alguns sintomas de ansiedade (até 3) ou queixas e solicitações contínuas ou retraimento social.

( )3- Irritabilidade excessiva ou retraimento social aumentado ou apatia ou passividade ou queixas excessivas.

( )4- Sentimento de desesperança ou impotência psíquica ou ambivalência de sentimentos ou acentuada diminuição do interesse por atividades ou aumento da freqüência de sintomas de ansiedade (mais de 3 sintomas).

( )5-Comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros ou recusa de cuidados de atenção à saúde ou verbalizações hostis e ameaçadoras ou completo isolamento social.

**12 - Comunicação** (habilidade em usar ou entender a linguagem verbal e não verbal na interação humana)

( )1-Comunicativo, expressa idéias com clareza e lógica.

( )2- Dificuldade em se expressar por diferenças sócio-culturais; verbalização inapropriada.

( )3- Recusa-se a falar; choroso; comunicação não verbal.

( )4- Dificuldade em se comunicar por distúrbios de linguagem (afasia, disfasia, disartria) ou sensibilidade dolorosa ao falar ou por barreira física (traqueostomia, entubação) ou deficiência física ou mental.

( )5- Inapto para comunicar necessidade.

**13 - Integridade Cutâneo-Mucosa** (manutenção da pele e mucosas sem danificação ou destruição)

- ( )1- Pele íntegra e sem alteração de cor em todas as 80s do corpo.
- ( )2- Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outras) em uma ou mais Áreas do corpo sem solução de continuidade •
- ( )3- Presença de solução de continuidade em uma ou mais Áreas do corpo sem presença de exsudato purulento
- ( )4- Presença de solução de continuidade em uma ou mais Áreas do corpo com presença de exsudato purulento, sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo; ausência de Áreas de necrose.
- ( )5- Presença de solução de continuidade em uma ou mais Áreas do corpo com presença de exsudato purulento, exposição de tecido muscular e/ou ósseo ; presença de Áreas de necrose

#### **AVALIAÇÃO DO TIPO DE CUIDADO :**

***Cuidados Mínimos*** : 13 a 26 pontos

- cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto às necessidades humanas básicas;

***Cuidados Intermediários*** : 27 a 39 pontos

- cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com parcial dependência das ações de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

***Cuidados Semi-Intensivos*** : 40 a 52 pontos

- cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de Enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

***Cuidados Intensivos*** : 53 a 65 pontos

- cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de Enfermagem permanente e especializada;

**ANEXO B**  
**CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUAP/UFF**



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro**

**Herbert Praxedes - Coordenador Geral**  
*Representante Comunidade Científica*

**Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos**  
*Faculdade de Medicina - Depto Radiologia*

**Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal**  
*Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia*

**Renato Augusto M. Sá / Selma Maria A. Sias**  
*Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil*

**Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva**  
*Faculdade de Medicina - Depto Patologia*

**Mauro Diniz Moreira / Sérgio Setúbal**  
*Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica*

**José Carlos Carraro Eduardo**  
*Faculdade de Medicina - Repr. Colegiado*

**Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio A.Senna**  
*Instituto de Saúde da Comunidade*

**Sérvio Túlio / Rogério Dultra**  
*Faculdade de Direito*

**Ana Paula Black Veiga**  
*Hospital Universitário Antônio Pedro*

**Rosângela Arrabal Thomaz**  
*Faculdade de Medicina*

**José Plácido / Lígia Lobato**  
*Representantes da Comunidade Usuária*

**Tereza C. A. Graça / Theresa C.L. Coutinho**  
*Faculdade de Odontologia*

**Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias**  
*Faculdade de Farmácia*

**Denise Mafra / Daniele M. Ferreira**  
*Faculdade de Nutrição*

**Valdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos**  
*Faculdade de Enfermagem*

**Dilvani Oliveira Santos / Luiz G. Gawryszewski**  
*Faculdade de Biologia*

**Tatiana Rangel Reis / Sularita B. de Lima**  
*Escola de Serviço Social*

**Luís Antônio C. Ribeiro / Antônio Amoral Serra**  
*Instituto de Ciências Sociais - Depto Filosofia*

**Abrahão Santos / Elton H. Matsushima**  
*Instituto de Ciências Sociais - Depto Psicologia*

**Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca**  
*Instituto de Matemática*

**CEP CMM/HUAP nº 265/11**

**CAAE: 0277.0.258.000-11**

**Do:** Coordenador do CEP CMM/HUAP  
**A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):**

**Assunto:** Parecer sobre Projeto de Pesquisa

**Sr.(a) Pesquisador(a)**

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

**Título do Projeto:**  
"HOSPITALIZAÇÃO DE CLIENTES POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PERSPECTIVAS DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO"

**Pesquisador Responsável:**  
**Fátima Helena Do Espírito Santo**

**Pesquisadores(as) Colaboradores(as):**  
**Carla Lube de Pinho Chibante.**

**Data:** 07/10/11

**Parecer:** *Aprovado*

Atenciosamente,

**Prof. Herbert Praxedes**  
**Coordenador**

*Renato Augusto M. Sá*  
3251923-2