

Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de Lagarto, Sergipe

G. M. Silva¹; G. G. S. Menezes²

¹Departamento de Educação em Saúde/Laboratório de atenção primária em saúde/DESL, Universidade Federal de Sergipe, 49400-000, Lagarto-SERGIPE, Brasil

² Departamento de Enfermagem/Laboratório de saúde do adulto/DESA, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Ages, 43430-000, Paripiranga-BAHIA, Brasil

glebsonmoura@yahoo.com.br;

(Recebido em 10 de agosto de 2013; aceito em 24 de março de 2014)

O estudo teve como objetivo avaliar o perfil sócio demográfico e estilo de vida dos pacientes internados em clínica médica no Hospital Regional de Lagarto, no município de Lagarto, Sergipe, em vista da identificação dos fatores limitantes ao cuidado de Enfermagem. Esta pesquisa teve natureza quantitativa, descritiva e exploratória, a amostragem foi aleatória e o instrumento de coleta de dados foi um formulário composto de questões objetivas e subjetivas. Os resultados foram analisados estatisticamente e apontaram que todos os pacientes tinham hipertensão ou diabetes; faixa etária entre 35 e 86 anos, com média de idade de 61.1; predomínio do sexo feminino (52,5%), baixa renda (72,5%), casados (60%), baixa escolaridade (62,5%); tabagismo (5%); etilismo (12,5%); sedentarismo (80%); 45% apresentaram cardiopatias como a principal comorbidade; 72,5% demonstraram conhecimento insatisfatório em torno do internamento e do significado de sua patologia; 45% afirmaram internamento por mais de três vezes; 80% dos cuidadores familiares eram mulheres. Considera-se que estas características apontam para um sujeito vulnerável e podem influenciar em seu processo saúde-doença e tratamento, requerendo uma assistência organizada e focalizada na prevenção de reinternações, interferindo no planejamento do cuidado de enfermagem.

Palavras-Chave: Estilo de vida, Processo saúde-doença, Enfermagem.

Evaluation of socio demographic profile and lifestyle of hospitalized patients in the city of Lagarto, Sergipe.

The study aimed to evaluate the socio-demographic profile and lifestyle of patients admitted to the medical clinic at the Regional Hospital of Lagarto, in the town of Lagarto, Sergipe, in view of identification of limiting factors to nursing care. This research was quantitative, descriptive and exploratory nature, sampling was random and the instrument for data collection was a form composed of objective and subjective questions. The results were statistically analyzed and showed that all patients had hypertension or diabetes, aged between 35 and 86 years, with a mean age of 61.1, predominantly female (52.5%), low income (72.5%), married (60%), low education (62.5%), smoking (5%), alcoholism (12.5%), sedentary (80%), 45% had heart disease as the leading comorbidity, 72.5% showed poor knowledge about the internment and the meaning of their disease, 45% reported hospitalization for more than three times, 80% of family caregivers are women. It is considered that these features point to a vulnerable person and can influence on your health-disease process and treatment, requiring an organized and targeted assistance to prevent readmissions, interfering in the planning of nursing care.

Keywords: Lifestyle, Health-disease process, Nursing.

1. INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização abrange uma intensa adaptação dos indivíduos às várias modificações que ocorrem em seu cotidiano. Este reajustamento pode ser desencadeado de maneira mais fácil em alguns sujeitos; em outros, no entanto, pode apresentar-se de modo difícil, requerendo mais tempo, esforço e uma assistência de maior intensidade, processual, sistematizada e multiprofissional¹. A hospitalização tem contribuição direta para o distanciamento do paciente do seu ambiente cotidiano para um local de ações rotineiras com regras rígidas. Por si só, essa experimentação pode ser desagradável por abarcar diversas condições negativas como o afastamento do ambiente de convívio social e familiar, e, algumas vezes, designar certo grau de dependência.

Compreende-se que a internação hospitalar é um problema frequente nas instituições, trazendo, uma enorme responsabilidade ao sistema de saúde, além da insegurança e desconforto aos pacientes e a seus familiares. É comum que os pacientes ao retornarem para o abrigo da família e à convivência social ainda apresentem uma gama de problemas, o que demanda assistência, isso porque a alta hospitalar baseia-se, principalmente, na solução dos sintomas e condições mais agudas.

Tem sido constatado que, no decorrer do adoecimento e da hospitalização, a atenção da equipe de saúde volta-se essencialmente para a doença propriamente dita e não para o indivíduo que se encontra doente. Com isso, a individualidade de cada paciente é emudecida, não possibilitando um espaço para desenvolver um cuidado que sinalize seus medos, inseguranças, preocupações, necessidades, angústias e incertezas, ou mesmo que garanta a participação do paciente como uma pessoa independente, que tenha a liberdade de expor o que sente, percebe e pensa sobre a sua circunstância de ser doente².

Dessa forma, a enfermagem, como profissão da área da saúde que segue por um período maior ao lado do paciente, tendo por finalidade de trabalho o cuidado que estabelece ligações, promove o encontro, constrói relações e conhece o outro, tem por obrigação ser uma coadjuvante na promoção da saúde e do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do paciente, conduzindo-o à melhor maneira de enfrentamento desse processo de adoecimento e de hospitalização³.

Ao considerar este contexto, percebeu-se a necessidade de caracterizar os pacientes internados na clínica médica do Hospital Regional do município de Lagarto para futura adequação e planejamento dos cuidados de enfermagem, para que as orientações destes profissionais não sejam basicamente elencadas de forma rápida e técnica durante o período de internação, sem levar em conta as condições e as necessidades de cada paciente. Nessa ocasião devem ser oferecidas informações claras que eduquem e estimulem o autocuidado, que favoreça o entendimento do paciente e reduza a possibilidade da ocorrência de erros.

É de significativa importância entender que o planejamento sistemático do processo de enfermagem para cada paciente deve ter como base o seu perfil social, familiar e cultural, pois favorecerá a equipe e trará contentamento ao paciente. Este trabalho aspira uma interação interdisciplinar, um envolvimento entre os profissionais atuantes no processo saúde-doença, para subjugar esse fracionamento do cuidado, possibilitando alternativas para a solução de problemáticas, com objetivos norteados rumo às reais condições vividas pelo paciente⁴.

Desta maneira, este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil social, demográfico e estilo de vida dos pacientes internados na clínica médica do hospital regional do município de Lagarto, Sergipe, com vistas a identificar os principais fatores limitantes ao processo de cuidado da Enfermagem no ambiente hospitalar.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho pauta-se em uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória. Teve como local de estudo a clínica médica do Hospital Regional do município de Lagarto que atende a população da região Centro-Sul do estado de Sergipe e é gerenciada pela Fundação Hospitalar de Saúde (FHS). A pesquisa foi realizada durante o primeiro semestre de 2012, com coleta de dados entre março e julho do mesmo ano. A amostra foi composta por 40 pacientes, sendo adotados os seguintes critérios de inclusão: concordar em participar do estudo, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; possuir condições físicas emocionais/cognitivas para responder as perguntas; ter confirmação diagnóstica para hipertensão ou diabetes associado a histórico de internação anterior. Os critérios de exclusão foram os pacientes que não preencherem os critérios acima citados. O número de participantes foi definido pela saturação dos dados, isto é, quando os mesmos passaram a se repetir, que adota o princípio da entrevista ou a observação quando não acrescenta mais nada ao que já se conhece sobre o fenômeno ou categoria investigada. Basicamente os seguintes cuidados foram adotados para que se chegasse ao número representativo da realidade: formulação das questões sem

sentido dúbio, redução da amplitude das respostas ou das observações possíveis e do grau de variabilidade de diferenciação das respostas ou observações.

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética e pesquisa da Faculdade Ages Ltda pelo qual foi aprovado sob protocolo nº 015. Em seguida, foi encaminhado à Fundação Hospitalar de Saúde, em Aracaju, onde foi protocolado e avaliado pelo setor de Educação Permanente para fins de análise e apreciação e, somente após a sua aprovação, iniciou-se a coleta dos dados da pesquisa. Os aspectos éticos obedeceram à resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário validado sob ótica de três juízes independentes, sendo o mesmo composto por duas partes, na primeira constavam dados de identificação e na segunda parte havia questões relativas à hospitalização, perpassando pelo processo de alta e os recursos disponíveis na comunidade. Utilizou-se a técnica de entrevista além da análise de prontuários para complementar as informações.

A análise de saturação dos dados foi realizada utilizando-se o programa Excel e a apresentação dos resultados foi feita através de tabelas. A análise estatística foi realizada no programa Bioestat 5.3.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 40 pacientes internados na Clínica Médica do Hospital Regional de Lagarto/SE com diagnóstico de hipertensão ou diabetes e histórico de mais de uma internação. Destes, 72,5% demonstraram conhecimento insatisfatório em torno do internamento e do significado de sua patologia e 45% afirmaram internamento por mais de três vezes. A faixa etária dos pacientes se apresentou entre 35 e 86 anos. Os pacientes entrevistados caracterizaram-se por predomínio do sexo feminino, baixa renda, casados, aposentados e baixa escolaridade. Considera-se que estas características apontam para um sujeito vulnerável e podem influenciar no processo saúde-doença dos indivíduos e em seu tratamento enquanto paciente de idade avançada, portador de uma doença crônica e fragilizado por várias internações. Dessa maneira, suas relações familiares, gregárias e profissionais ficam comprometidas e favorecem ao isolamento, solidão e redução de sua autonomia, sendo este um dos critérios que influenciam a saúde enquanto sinônimo de bem-estar, uma vez que estes sujeitos poderiam viver sem grandes impactos em seu cotidiano se fossem acompanhados e estimulados ao autocuidado.

Pierin et al⁵ já apontavam sobre a importância deste acompanhamento no que diz respeito ao esclarecimento sobre fatores de risco associados, cronicidade da doença, ausência de sintomatologia específica e complicações que comprometem órgãos vitais quando não controlados os níveis fisiológicos normais, como aspectos imprescindíveis sobre os quais as pessoas hipertensas e diabéticas devem ser esclarecidas. Em relação ao tratamento alertar sobre suas diferentes formas e importância da continuidade para que seja efetivo. Considera-se que o processo educativo destes sujeitos é parte imprescindível do processo de trabalho da enfermagem e constitui um fator inquestionável para o seguimento adequado do tratamento por influenciar na vivência destas pessoas^{6,7}.

Tabela 1 - Características dos pacientes internados no Hospital Regional de Lagarto, segundo variáveis sócio-demográficas, hábitos de vida e dados da internação, Lagarto- SE, 2012.

Característica	N (40)	N (%)
Faixa etária		
30 - 39	03	7,5
40 - 49	04	10
50 - 59	10	25
60 - 69	11	27,5
70 - 79	09	22,5
80 - 89	03	7,5
Gênero		
Feminino	21	52,5
Masculino	19	47,5
Escolaridade		
Analfabeto	09	22,5
Fundamental incompleto	25	62,5
Fundamental completo	02	5
Médio incompleto	01	2,5
Médio completo	03	7,5
Estado Civil		
Casado (a)	24	60
Solteiro (a)	05	12,5
Viúvo (a)	05	12,5
Divorciado (a)	06	15
Renda		
> salário mínimo	11	27,5
= salário mínimo	22	55
< salário mínimo	07	17,5
Hábitos de Vida		
Tabagismo		
Sim	02	5
Não	38	95
Etilismo		
Sim	05	12,5
Não	35	87,5
Atividade física		
Sim	08	20
Não	32	80
Co-morbidade		
Cardiopatía	18	45
* HAS/DM	15	37,5
Outros	07	17,5
Familiar Cuidador		
Feminino	32	80
Masculino	07	17,5
Não tem cuidador	01	2,5

*HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica / DM = Diabetes Mellitus

A análise do perfil socioeconômico dos portadores de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que participaram desse estudo (Tabela 1) mostra que a maioria deles 52,5% (N=21) é do sexo feminino. Estes dados são compatíveis com estudos realizados em São Paulo e no Rio Grande do Sul em que a maioria dos portadores da HAS era do sexo feminino^{5,8}. No entanto, o maior número de registro de mulheres acometidas pode ser devido ao fato de procurarem mais frequentemente os serviços de saúde do que os homens^{5,9}.

Contudo, segundo Gazetta e Lima⁹, a HAS atinge cerca de 15% a 20% da população adulta, podendo chegar a 50% em idosos e atinge mais o sexo masculino até a faixa dos 45-50 anos de idade, sendo que depois desta faixa etária a prevalência é maior no sexo feminino. A média de idade dos indivíduos foi de 61.1 anos, fato que é justificado pelo considerável crescimento da população idosa no país, assim como, à medida que a população está envelhecendo também vai aumentando a proporção de pessoas com doenças crônicas, como HAS e a DM, pois o envelhecimento leva ao comprometimento dos sistemas orgânicos gerando, conseqüentemente, as enfermidades. Dados da literatura ratificam os resultados, pois têm demonstrado que o DM e a HAS têm maior prevalência em indivíduos acima de 35 anos¹⁰.

Um estudo realizado em Recife/PE apontou maior número de pacientes diabéticos, 32%, na faixa etária entre 60 e 65 anos, considerado o pico de incidência para o surgimento do DM declinando após esse período. A idade é o fator que determina o maior risco para alterações na homeostase da glicose^{10,11,12}. Tais afirmações contribuem com o presente estudo que identificou 27,5% dos pacientes apresentavam-se na faixa etária de 60 - 69 anos.

Quanto à escolaridade, 22,5% eram analfabetos e 62,5% tinham o ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade pode ser justificada pela dificuldade de acesso à educação da época em que estes idosos estavam em idade escolar, pois a necessidade era de trabalhadores braçais e, somente a partir dos anos 60, do século XX, com o processo de industrialização e imigração houve uma maior preocupação com a educação, culminando em movimentos populares, e concretizando as primeiras experiências de popularização da escola, que logo foi extinta com a instalação do Governo Militar, a partir de 1964¹³. Também pode ser justificada pelo fato das pessoas terem que abandonar os estudos mais cedo para trabalharem na lavoura. Dados que corroboram com Lima⁸, onde 63,9% da população estudada na cidade de Pelotas/RS tinham menos de oito anos de estudos, ou seja, o ensino fundamental incompleto no ano de 2009.

Nesta perspectiva, um estudo realizado na Cidade de São Luís/MA¹⁴ demonstrou que 54,5% dos entrevistados com hipertensão e diabetes não sabiam ler ou escrever, e, 81,8% dos pacientes viviam com apenas um salário mínimo. No presente estudo, a faixa salarial predominante foi de um salário mínimo para 55% dos pacientes entrevistados, e os que possuem uma renda menor que um salário foi representado por 17,5% dos pacientes.

Segundo Telarolli Júnior et al¹⁵ a escolaridade é um importante indicador de caracterização socioeconômica, relacionando-se às possibilidades de acesso à renda, à utilização dos serviços de saúde e adesão aos programas educacionais e sanitários. Desta forma, a escolaridade é um dado que também merece ser considerado, como comenta Mansano, Vila e Rossi¹⁶ em que os indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior exposição aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, inclusive para o desenvolvimento da HAS, do que aqueles com nível superior.

De acordo com Cotta et al¹⁷ essa baixa escolaridade pode interferir na compreensão das orientações fornecidas pela equipe multiprofissional, bem como na aderência à terapia medicamentosa, sendo, portanto, um importante dado a ser analisado tanto pelos gestores como pela equipe que irá planejar as ações, estratégias, programas e propostas designadas a este grupo populacional. Fato indispensável para uma atuação profissional qualificada por influenciar na dinâmica de tratamento, acompanhamento e autocuidado após o período de internação hospitalar.

Do total de entrevistados, 60% eram casados; 12,5% viúvos; 15% divorciado; e 12,5% eram solteiros. Dados semelhantes foram encontrados no estudo sobre hipertensão realizado por Custódio et al¹⁸ em Fortaleza/CE onde se observou que a maioria dos entrevistados (41,5%) eram casados, dados também encontrados por Lima et al⁸ em Pelotas/RS que o número de

entrevistados que tinham parceiro era de 67,7%. A Organização Mundial de Saúde¹⁹ aborda que o estado civil dos indivíduos tem influência na dinâmica familiar e no autocuidado, referindo que para os idosos a composição familiar pode ser um aspecto determinante para a falta de estímulo ao autocuidado. Avaliar este indicador é importante, visto que existe uma relação entre o estado civil e a morbimortalidade. O coeficiente mais elevado de mortalidade está entre os indivíduos viúvos, divorciados e solteiros, sendo mais baixo entre aqueles que são casados²⁰.

O hábito de fumar foi referido por apenas 5% dos pacientes e o consumo de bebida alcoólica por 12,5%. Havia uma boa parte dos depoentes que abandonaram o tabagismo, demonstrando o início de uma conscientização da população acerca dos danos causados pelo fumo, entretanto, o mesmo não foi observado para o etilismo. Quando comparado ao estudo realizado em São Luiz¹⁴, verifica-se que o hábito de fumar foi referido por 45% das entrevistadas, e nenhuma delas tinham o hábito de consumir bebida alcoólica, o que refletem dados discordantes dos apresentados por esta pesquisa com baixa percentagem para os dois tipos de hábitos. Todavia, mesmo com percentuais pouco expressivos estes dados são relevantes por representarem hábitos que se constituem em fatores de risco ao adoecimento²¹.

O sedentarismo foi citado por 80% dos pacientes entrevistados. A pouca adesão à realização de atividade física possa ser seja devido à falta de equipes multiprofissionais atuando junto a estes pacientes e sua família^{22,23}. Comparando-se esta pesquisa com a realizada por Bloch, Rodrigues e Fizman²⁴ pode-se observar certa semelhança nos resultados, pois a prevalência de sedentarismo encontrada em ambos os estudos, foi consistentemente elevada, sugerindo que a população estudada não pratica atividade física regular, contribuindo, dessa forma, para o surgimento e manutenção de HAS.

Quanto às comorbidades expostas no prontuário, destacou-se que 45% delas eram as cardiopatias, justificadas fisiologicamente pelo envelhecimento dos capilares que se encontram mais rígidos e estreitos nos hipertensos, exigindo, portanto, maior esforço do coração para bombear o sangue, ocasionando uma sobrecarga cardíaca e conseqüentemente o surgimento das cardiopatias. Estes dados estão em concordância com diversos estudos que têm apontado as doenças cardiovasculares como comorbidades mais comuns associadas ao DM e HAS^{20,22,23}. No Brasil, este quadro é preocupante, pois, as cardiopatias vêm sendo a principal causa de mortalidade há algumas décadas. Em 2000, as doenças cardiovasculares responderam por 27% das mortes, ou seja, 255.585 pessoas foram a óbito em conseqüência das doenças do aparelho circulatório.

Sendo assim, a HAS e o DM representam importantes problemas no âmbito da saúde pública, devido às elevadas taxas de prevalência e suas complicações, além de se configurarem como importantes fatores de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares, conforme apresentado na pesquisa, já que as principais comorbidades relacionadas ao diagnóstico de base dos pacientes foram as patologias cardiovasculares, que por sua vez, ocupam o primeiro lugar no perfil de morbimortalidade da sociedade brasileira e mundial^{23,24}.

Quanto ao cuidador, este estudo demonstrou que 80% eram do sexo feminino. Este fato é bastante comum, já que quem desempenha as tarefas de cuidar em família é geralmente a mulher, obedecendo às normas culturais, segundo as quais lhe compete a organização da vida familiar, o cuidado dos filhos, esposo e idosos. Tal dado pode ser com outras fontes que abordam sobre o perfil do cuidador, no qual, na maior parte das vezes, habitualmente são do sexo feminino, com idade avançada e que a proximidade seja parental, física ou afetiva; isto costuma influenciar a escolha em ser cuidador, e assim o papel deste fica atrelado fortemente pela relação do gênero e pelo grau de parentesco. Por ser um papel histórico, cultural e socialmente destinado à mulher, além de ser visto como uma extensão das atividades domésticas frequentemente cabe à figura feminina assumir a postura de cuidador daqueles que necessitam²⁵.

Todo este perfil dos pacientes hospitalizados tem uma estreita relação com a atuação da enfermagem, na qualidade na assistência e na organização do cuidado. Porém, deve-se levar em consideração a complexidade do cuidar de pacientes com esta descrição, devido não só às complicações advindas de suas características clínicas, terapêuticas ou de intervenção, mas à necessidade de uma atenção especial aos aspectos sociais/familiares/culturais/emocionais que compreendam o ser humano de forma holística, além da competência técnica²³.

Pode-se, então, enfatizar que nesta relação estão implícitas características que podem se constituir em facilitadoras ou limitadoras do processo de cuidar. Pereira²⁶ destacou que o enfermeiro tem um papel fundamental no processo de assistência hospitalar, pois é tido como o profissional mais próximo do paciente, além de ser aquele considerado como o elo entre os membros da equipe multidisciplinar. Portanto, um dos principais responsáveis pela assistência integral que envolva a família e trabalhe a corresponsabilização.

Para Madeira²⁷ o sucesso do cuidado da admissão a alta hospitalar, permeado pelo processo de enfermagem, além do perfil dos usuários, vai depender dos profissionais envolvidos e, principalmente, do momento de seu início, que deve ser o mais precoce possível. Em um estudo realizado em São Paulo, com enfermeiras da área hospitalar, foi possível observar que dentre as principais dificuldades que elas encontraram para operacionalização, a falta de tempo e comunicação interprofissional foram os principais fatores limitantes²⁶. É notória a importância de um cuidado sistematizado e integrado, onde os níveis de atenção à saúde se complementam e a comunicação é a chave do processo para redução de reinternações e manutenção da saúde. Assim, as ações de enfermagem estariam pautadas num cuidado profissional, organizado, inter-relacionado, interdependente e recorrente. Que, dentro de um processo sistemático e contínuo, abrangeria o histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos resultados, com foco na pessoa, família e coletividade humana num dado momento do processo saúde-doença, com potencial para o autocuidado.

Acredita-se que com a viabilização do processo de enfermagem, permeado pelo perfil sócio demográfico dos pacientes internados, possa levar a uma assistência planejada, conseguindo, então, alcançar os melhores resultados no cuidado do paciente, prestando uma assistência de maior qualidade, promovendo benefícios que possam atingir o paciente, a equipe multiprofissional e a instituição de saúde por possibilitar um cuidado mais organizado e focalizado.

4. CONCLUSÃO

Com este estudo pode-se perceber que os pacientes entrevistados caracterizaram-se com predomínio do sexo feminino, faixa etária elevada, baixa renda, casados, aposentados e baixa escolaridade. Convém lembrar ser exponencial o crescimento da população idosa no país e no mundo, conseqüentemente a probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas também se eleva.

Além disso, foi verificado que a baixa escolaridade atrela-se a condição socioeconômica e determina maior exposição a fatores de risco. O tabagismo e etilismo foram relatados por uma minoria dos sujeitos da pesquisa, porém havia uma boa parte dos depoentes que abandonaram o hábito de fumar. Quanto ao sedentarismo foi quase unanimidade entre os pacientes entrevistados. A pouca adesão à realização de atividade física, pode ser devido à falta de estímulo ou de equipes multiprofissionais atuando em promoção e prevenção da saúde, junto a estes pacientes. Das comorbidades referidas, destacaram-se as cardiopatias, que não difere dos dados nacionais e mundiais, sendo uma das principais causas de mortes no mundo.

Atrelado ao diagnóstico e tratamento está o processo de enfermagem para uma assistência planejada e organizada, prestando uma assistência de maior qualidade ao paciente, promovendo benefícios que podem atingir também a família, a equipe de trabalho e a instituição. Acredita-se que a implementação deste processo seja um instrumento para melhorar a qualidade da assistência prestada e garantir uma atuação ativa e humanizada.

Enquanto não existir uma quantidade massiva de profissionais de enfermagem que proporcionem um atendimento sistematizado, interagindo paciente/família na preparação para o autocuidado, e gestores que deem prioridade a um número adequado de profissionais para uma assistência de qualidade, os pacientes continuarão sem acesso a um importante suporte para seu preparo e provavelmente o número de reinternações por falta de adesão ao tratamento continuará sobrecarregando os serviços de cuidados à saúde.

Dessa forma, analisando o perfil dos pacientes em seus aspectos sócio-demográficos e estilo de vida, acredita-se que a atuação sistematizada da enfermagem, unificada a uma política de

integração entre a atenção secundária e a rede de atenção primária, possam ser alternativas para evitar reinternações e/ou complicações hospitalares, garantindo, portanto, melhor qualidade de vida aos sujeitos portadores de doenças crônicas.

1. Manzolli M C. Relacionamento em Enfermagem: aspectos psicológicos. São Paulo: Sarvier; 1987.
2. Toralles-Pereira ML, Sardenberg T, Mendes HWB, Oliveira RA. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004.
3. Fontes CAS, Alvim NAT. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. *Acta Paul Enferm*. 2008.
4. Meirelles BHS, Erdmann AL. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 1999; 8(1): 149-65.
5. Pierin AMG et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2001; 35(1): 11-18.
6. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enf USP*. 1991;25:259-69.
7. Darine EC, Reifschneider A. A meta-analyses of the effects of psychological care in adults with hypertension. *Nurs Res*. 1995;44:37-45.
8. Lima LM de et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm*. [online]. 2011; 32(2): 323-329.
9. Gazetta CE, Lima LPM. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. *Arquivo Ciência Saúde*. 2007.
10. Miranzi SSC et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto contexto - enferm*. [online]. 2008; 17(4): 672-679.
11. Francischetti EA, Fagundes VG, Oigman W. Hipertensão arterial leve: o que além das cifras? *Arq Bras Cardiol*. 1989; 52(6): 349-65.
12. Torquato MTCG, Montenegro RM, Vianna LAL, Souza RAHG, Lanna CM, Durin CB, Foss MC. Prevalência do diabetes mellitus, diminuição da tolerância à glicose e fatores de risco cardiovascular em uma população urbana adulta de Ribeirão Preto. *Diabetes Clínica, São Paulo*. 2001; 5(3): 183.
13. Piletti C, Piletti N. *Filosofia e História da Educação*. São Paulo: Ática, 1988.
14. Nascimento JS, Pereira ANS, Sardinha AHL. Perfil epidemiológico em mulheres portadoras de hipertensão arterial e diabetes mellitus atendidas pela estratégia saúde da família de uma comunidade em São Luís – MA. *Rev Pesq Saúde*. 2010; 11(2): 14-19.
15. Telarolli Júnior R et al. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1996; 30: 485-498.
16. Mansano NG, Vila VSC, Rossi LA. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. *Revista Eletrônica Enfermagem. Universidade Federal de Goiás*. 2009; 11(2): 349-359.
17. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, Alfenas RCG. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família - município de Teixeira, MG. *Cien Saude Colet*. 2009; 14(4):1251-1260.
18. Custódio et al . Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de Hipertensão Arterial. *Rev. bras. enferm*. 2011; 64(1).
19. Organización Mundial de la Salud (1984). Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos: informe de um grupo científico de la OMS sobre a epidemiologia del envejecimiento. *Série de informes técnicos*. Ginebra (SZ): OMS, p.706
20. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Nutrição*. Campinas. 2002; 15(1): 37-44.
21. Oliveira ME, Fenili RM, Zampieri MF, Martins CR. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enferm Global*. [Internet]. 2006; 8(8):1-7.
22. Ortega LN, Simões MJS. Estudo da distribuição dos casos de diabetes mellitus em Presidente Prudente – SP. *Rev Cienc Farm Básica Apl*. 2006; 27(1):73-78.
23. Borges MCLA, Silva LMS, Guedes MVC, Caetano JÁ. Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery* (impr.). 2012; 16 (4):754- 760.

24. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras de Hipertensao*. Rio de Janeiro. 2006; 13(1): 134-143.
25. Born T. *Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2008.
26. Pereira APS, Tessarini M, Pinto MH, Oliveira VDC. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *Rev Enferm UERJ*. 2007; 15(1): 40-5.
27. Madeira LM. Alta hospitalar da criança: implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 1994; 4(2): 5-11.