



PERCEPÇÃO DE PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA ACERCA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PERCEPTION OF PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES ABOUT HOSPITALIZATION PERCEPCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN

Mayara Marta Rodrigues¹, Leticia Martins², Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva³, Betina Hörner Schindwein Meirelles⁴, Cecília Arruda⁵, Juliana Cristina Lessmann Reckziegel⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção de pessoas com doenças crônicas acerca da internação. **Método:** estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Foram entrevistadas 15 pessoas com doenças crônicas nas Clínicas Médicas e Cirúrgicas de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Os dados foram produzidos a partir de um roteiro que subsidiou as entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas e analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Categórica. **Resultados:** foram elucidadas as categorias que desvelam a elaboração de significados acerca do processo de adoecimento, da compreensão e ressignificação de sentimentos e do reconhecimento de necessidades para o cuidado. **Conclusão:** considerou ser relevante identificar a percepção acerca da internação hospitalar, pois proporciona ampliar a qualidade do cuidado e das ações de educação em saúde. **Descritores:** Hospitalização; Enfermagem; Doença Crônica; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Objective: to know the perception of people with chronic diseases about hospitalization. **Method:** descriptive, exploratory, qualitative approach. Fifteen people with chronic diseases were interviewed in the Medical and Surgical Clinics of a University Hospital of Southern Brazil. The data were produced from a script that subsidized the semi-structured interviews, recorded, transcribed and analyzed by the technique of Content Analysis in the Category Analysis category. **Results:** elucidated categories that reveal the elaboration of meanings about the process of illness, the understanding and resignification of feelings and the recognition of needs for care. **Conclusion:** considered to be relevant to identify the perception about hospital admission, as it provides to increase the quality of care and health education actions. **Descriptors:** Chronic Disease; Hospitalization; Nursing; Diabetes Mellitus.

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de las personas con enfermedades crónicas en la hospitalización. **Método:** descriptivo, exploratorio, cualitativo. Fueron entrevistados 15 personas con crónicas clínicas médicas y quirúrgicas de un Hospital Universitario en el sur de Brasil. Los datos fueron producidos a partir de un guión que subvencionado las entrevistas semiestruturadas, grabado, transcrito y analizado por la técnica de Análisis de Contenido en modo de Análisis Categórica. **Resultados:** fueron conocidas las categorías que revelan la elaboración de significados acerca de la enfermedad proceso, comprensión y sentimientos y reconocimiento re significación de las necesidades de atención. **Conclusión:** considerar pertinentes identificar la percepción sobre la hospitalización que ofrece para ampliar la calidad de las iniciativas de Educación de cuidado y salud. **Descritores:** Hospitalización; Enfermería; Enfermedad Crónica; Diabetes Mellitus.

^{1,2}Enfermeiras (egressas), Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mails: mayara153@hotmail.com; leziinhah@gmail.com; ^{3,4}Enfermeiras, Professoras Doutoras em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Pesquisadora CNPq Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: denise_guerreiro@hotmail.com; betinahsm@ig.com.br; ⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Servidora do Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: cecilia2030@gmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade do Planalto Catarinense/UNIPLAC. Lages (SC), Brasil. E-mail: julianalessmann@gmail.com

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um problema global devido ao eminente risco à saúde.¹ Elas são responsáveis direta e indiretamente por cerca de 70% das mortes no Brasil, sendo que, na maioria dos casos, são decorrentes de agravos motivados pela baixa adesão aos tratamentos não medicamentosos e pela baixa efetividade de ações de promoção da saúde.²⁻⁴

O desenvolvimento das doenças crônicas geralmente é lento, com períodos de remissão e exacerbação, sendo que, na maioria das vezes, a cura é inexistente. A descoberta de uma DCNT implica mudanças no estilo de vida, sendo necessário desenvolver habilidades de adaptação para um viver saudável.²⁻⁴ Essas adaptações envolvem mudanças no cotidiano, como a realização de tratamento com uso de medicamentos; o acompanhamento com profissionais da saúde e exames periódicos; praticar atividade física; aderir a um plano alimentar saudável, além do desenvolvimento de habilidades para cuidar de si, segundo as necessidades específicas de cada doença crônica.⁵

Assim, conviver harmonicamente com as doenças crônicas implica vivenciar o processo de aceitação da doença que consiste na percepção, respeito e enfrentamento da realidade de sua condição.⁶ Porém, muitas pessoas têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado devido à sua complexidade e pela influência do contexto sócio-histórico-cultural, sendo que a baixa adesão aos tratamentos de doenças crônicas apresenta-se como um problema que pode gerar complicações de saúde, internações hospitalares frequentes e aumento nas despesas dos sistemas de saúde.¹⁻²

Assim, emerge a necessidade de compreender melhor o processo de viver com uma doença crônica nos momentos de desestabilização, sendo que este estudo é norteado pelas seguintes perguntas de pesquisa: Como as pessoas percebem a internação hospitalar em decorrência de suas doenças crônicas? Como reconhecem a influência dos hábitos de vida e saúde na ocorrência da hospitalização? Como compreendem o cuidado de si e de sua doença a longo prazo?

Tendo em vista a magnitude dos problemas relacionados às DCNT, como o elevado índice de internação hospitalar, os elevados custos financeiros, emocionais e sociais que essas doenças ocasionam, a falta de adesão aos tratamentos e o impacto no processo saúde-doença, este estudo teve como objetivo:

- Conhecer a percepção de pessoas com doenças crônicas acerca da internação.

MÉTODO

Este estudo é produto de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, realizado em 2013. Trata-se de estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa.⁷ O estudo foi desenvolvido em unidades de internação médica e cirúrgica de um hospital universitário do Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2013, sendo realizada em ambiente hospitalar, em áreas privativas nas quais foram efetuadas entrevistas semiestruturadas orientadas por um roteiro com questões relacionadas às percepções dos participantes acerca da internação hospitalar.

A amostragem do estudo foi composta por 15 pessoas hospitalizadas que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: Possuir idade acima de 18 anos; estar com a capacidade cognitiva e de comunicação preservadas, segundo avaliação subjetiva das pesquisadoras, e possuir uma ou mais doenças crônicas, das quais se selecionam o Diabetes Mellitus (DM), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Essas doenças foram escolhidas em decorrência de sua relevância epidemiológica e também da constatação de que a maioria da clientela internada no local de pesquisa possuía essas doenças, sendo as unidades de internação hospitalar referências estaduais para a atenção à saúde de pessoas com esses agravos.

Quanto à caracterização dos participantes da pesquisa, nove eram homens e seis eram mulheres. Nove eram casados, três viúvos e três solteiros. A faixa etária variou entre 26 e 78 anos. Em relação à escolaridade: uma pessoa nunca estudou; oito não terminaram o ensino fundamental; três concluíram o ensino fundamental; dois concluíram o ensino médio e um concluiu o ensino superior. Com relação à presença de doenças crônicas: dois participantes apresentavam apenas uma das doenças crônicas selecionadas para o estudo, sendo que os demais apresentavam associação de duas ou três doenças. O grupo de participantes foi heterogêneo em relação ao tempo de doença, variando de quatro dias a 28 anos. Sete vivenciavam a primeira internação e oito já haviam sido internados anteriormente (de uma a quatro internações anteriores).

As entrevistas tiveram o áudio gravado e, posteriormente, transcrito, sendo analisadas baseadas nas seguintes etapas: a) apreensão -

nesta etapa, efetua-se a leitura das entrevistas, sendo identificados os elementos relevantes; b) síntese - esta etapa ocorre por meio da codificação linha a linha e definição de pré-categorias e c) teorização acerca dos achados.⁸⁻⁹

A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos, segundo Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob n° 19509913.1.0000.0121 e parecer n° 367.842/2013. Os participantes foram informados sobre sua natureza, objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos potenciais, sendo sua participação voluntária autorizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o sigilo e anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por códigos, elaborados utilizando a letra E seguida pelo número sequencial da realização das entrevistas. Para a representação de sua doença, foi utilizado P para DPOC, D para DM e H para HAS (ex: E01PD, ou seja, Entrevistado 01, com DPOC e DM).

Esta pesquisa não recebeu patrocínio para a sua realização, porém, teve o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio de bolsas de estudos em nível de graduação, doutorado e produtividade em pesquisa. Destaca-se que não há conflito de interesse dos autores na realização deste estudo.

RESULTADOS

A análise dos dados possibilitou a elaboração de três categorias: O agravamento da doença e a falta de cuidados necessários com a saúde; Sentimentos vivenciados durante a hospitalização e Expectativas positivas frente à internação, apresentadas a seguir:

◆ O agravamento da doença e a falta de cuidados necessários com a saúde

O descuido consigo foi elencado como principal motivador da internação hospitalar, sendo responsável pelo agravamento da doença e pela piora do quadro de saúde, sendo justificado pela dificuldade de adesão aos tratamentos medicamentosos e comportamentais prescritos, considerando-os rigorosos demais para serem seguidos. Em algumas situações, a internação hospitalar foi reconhecida como decorrente da piora 'natural e pouco evitável' da doença, sendo inerente ao processo de conviver com uma

doença crônica. Essa percepção ficou bem clara nas pessoas com DPOC, que consideravam a piora no quadro respiratório e a dispneia como manifestações pouco evitáveis devido à influência de fatores externos, como alterações no clima, não dependendo exclusivamente do cuidado de si. Tal postura estava atrelada à tentativa de minimizar a responsabilidade individual acerca do cuidado de si, como se evidencia nas falas a seguir:

Mudou o clima e aí começou a me dar esse cansaço e eu não podia mais trabalhar direito. Quando fico assim já tenho que parar e descansar. Quando eu caminhava um pouco e já tinha que descansar, não podia trabalhar e não podia me abaixar, pois me dava tontura, me dava tosse... (E11PH)

Todo mundo que eu conheço que tem diabetes também desenvolve problemas nos rins, é assim mesmo... (E07DH)

Fui a uma médica lá no centro. Ela fez uma lista do que eu tinha que comer e do que não tinha que comer. Mas eu disse assim para a médica: - Doutora, se eu vou atrás disso aqui tudo eu vou morrer de fome! Então, não faço a dieta, acho que não precisa ser assim, não é isso que mudaria minha doença. (E09DH)

As pessoas com DM reconheciam, com maior frequência, a falta de cuidados necessários à saúde, associando a hospitalização diretamente ao modo de vida que estavam levando. Afirmavam que conheciam as possíveis complicações decorrentes das doenças, porém, a negligência com a própria saúde incorreu na identificação tardia dos sinais e sintomas de agravamento, percebendo a piora da doença somente quando as manifestações se acentuaram e praticamente inviabilizavam as atividades cotidianas:

Eu acho o meu descuido, a minha má alimentação e a minha falta de capricho contribuíram para a piora da doença. Se eu tivesse cuidado mais desde o começo, eu não estaria aqui nessa situação. (E08DH)

Eu tinha um buraquinho embaixo no pé, mas eu não prestei atenção. Então, aconteceu tudo isso aqui no meu pé [necrose de extremidades], por isso, eu vim parar aqui. Agora, terei que amputar quatro dedos. (E09DH)

Eu estava me sentindo muito fraca. Andava um pouco, descansava, andava um pouco, descansava. Já não conseguia fazer mais minhas atividades. Só então eu vim na emergência e meu filho estava junto, aí eles me entubaram[...] Eu estava mal[...] Por isso, estou aqui. (E01PD)

◆ Sentimentos vivenciados durante a hospitalização

O processo de internação hospitalar foi referido como mobilizador de sentimentos negativos, dentre os quais o medo, o desconforto, o sofrimento e a culpa. Estes foram relatados de diferentes maneiras pelas pessoas, sendo que, para os que vivenciavam a primeira internação, foi constatado o medo relacionado à descoberta da gravidade das doenças e das repercussões que poderiam causar à saúde, além da incerteza relacionada ao futuro e às novas necessidades terapêuticas. Para os que já vivenciaram internações prévias, o medo estava relacionado às experiências anteriores e ao temor da ocorrência de novos episódios dolorosos decorrentes do tratamento, dos momentos de sofrimento e de pesar.

O desconforto relacionado à necessidade de adequar-se às rotinas hospitalares e de internação foi recorrente, sendo sempre acompanhado por relatos de que o convívio no domicílio seria mais agradável e confortável. A internação hospitalar também foi relatada como causadora de sofrimento vinculado à separação da família e das atividades laborais ou de lazer e pela incerteza do bem-estar familiar durante o período da internação.

Identifica-se que o sentimento de culpa estava vinculado ao reconhecimento da falta de cuidados consigo e da não realização das recomendações terapêuticas, levando ao agravamento da doença. A culpa também esteve muito vinculada ao afastamento do lar e dos familiares, ao 'transtorno' ocasionado aos acompanhantes, além do aumento das despesas familiares com transporte e alimentação do acompanhante, que poderiam ter sido evitados com a maior adesão aos tratamentos.

Eu, por mim, não estava aqui não, estava em casa. Eu sou teimoso, não gosto de hospital. Eu sofri muito com a internação em que amputei essa perna. Eu não falo para minha esposa, mas eu quero morrer em casa agora, não quero morrer no hospital. Eu sofri muita dor nessa perna, eu tomava três injeções de morfina e eu não queria saber mais disso, eu acho que, na minha casa, seria muito melhor. (E15DH)

Aqui eu fico um pouco tensa e com medo, fico pensando em como estará a minha casa? Os meus filhos? O meu neto? Aí, fico meio apreensiva... (E06DH)

Estou passando por tudo isso agora, mas se eu tivesse me cuidado desde o começo, não estaria aqui. Eu fiquei um mês inteiro internado, sendo que as complicações da doença ficam. Além disso, bagunça toda a vida, não consigo marcar um compromisso, fico dependendo dos outros... (P08DH)

Eu tenho um receio bem grande em relação à internação. Por isso, até que abri mão do

cigarro. Tenho colhido bastante informação, pergunto para todo mundo que aparece. Estou preocupado em relação aos pés, pois dizem que os pés de quem tem diabetes são muito sensíveis. (E04D)

◆ Expectativas positivas frente à internação

A aceitação e a adaptação foram vivenciadas como parte do processo de internação, sendo difícil, pois estava permeado por sentimentos conflitantes, tais como a necessidade de ter paciência e conformação, de amadurecimento e de desenvolver habilidades para superar adversidades e encarar com bom-humor. Mesmo a hospitalização sendo um fator estressor no cotidiano das pessoas, houve relatos de ampliação da fé e da esperança na melhora do estado de saúde após a alta hospitalar, assim como a percepção do apoio da família e amigos no neste processo.

Tem que ter paciência, primeiro de tudo, paciência. Se você se desesperar, aí, complica tudo! Então, tem que ter calma porque a calma viabiliza o restante. (P03PH)
Estou internado e vou fazer o quê? Tem que se conformar. Não é por que hoje eu perdi cinco dedos que eu vou começar a chorar! Tem que fazer festa e brincar porque é coisa da vida, né? (P09DH)

Agora, graças a Deus, aos poucos, estou melhorando porque eu tenho certeza que Deus não quer isso para mim e nem eu quero! Então, aos pouquinhos, eu estou melhorando...Claro, com bastante, bastante cuidado. (P02DH)

Pude ver o quanto a gente é amada entre a família, os amigos e até mesmo os irmãos da igreja. Às vezes, a gente não percebe o quanto a gente é valorizada por essas pessoas, porque o dia a dia da gente é muito corrido e a às vezes a gente não para perceber. (P12DH)

Foram observadas, a partir das falas dos participantes do estudo, expectativas em relação à internação tais como a maior adesão ao tratamento após a alta, a possibilidade de recuperação, a melhora do quadro doloroso e a realização de mudanças nos estilos de vida e saúde. A internação hospitalar promoveu a reflexão acerca das atitudes diárias e trouxesse à tona os riscos de complicações e agravamento da saúde, propiciando a resignificação de processos e trazendo a expectativa futura de maior adesão à terapêutica.

Descobrir o diabetes fez com que agora eu tenha disciplina de horário na minha alimentação, eu passei a me conhecer mais, a me valorizar e até a me amar. Eu comia muita coisa exageradamente e depois ficava um longo período sem comer. Em nenhum

momento da minha vida eu fiz esse processo que eu estou fazendo agora, comendo de três em três horas. (P04D)

Agora, eu aprendi mais ainda a me cuidar, a valorizar mais a minha vida, o meu corpo. Após ficar internado, percebi o trabalho que passa e o trabalho que dá para os outros também. Eu acho que aprendi bastante. Serviu para acertar algumas coisas, para aprender, para o amadurecimento da percepção das coisas. (P02DH)

DISCUSSÃO

A ocorrência de internações hospitalares pode estar associada a diversos fatores,¹¹ porém, neste estudo, evidenciou-se correlação com a baixa adesão ao tratamento e com o pouco seguimento das recomendações terapêuticas, sendo influenciado pela compreensão individual das recomendações e pela complexidade do regime terapêutico em relação à capacidade de execução.

Neste estudo, os pacientes com DPOC associaram a causa da internação, principalmente, ao agravamento da doença e às mudanças ambientais, sendo que este achado corrobora com o estudo, realizado em 17 hospitais universitários na França, que buscava identificar características associadas com a tosse crônica e a produção de expectoração em pacientes com DPOC e encontrou que as exacerbações dos sintomas são frequentes em períodos alteração no clima e que os casos graves necessitam de hospitalização.¹²

Estudos apontam que muitas pessoas com doenças crônicas, dentre elas o DM, passaram por várias internações, sendo responsáveis por maiores custos ao sistema de saúde, indicando a necessidade de intervenções assistenciais e de gestão, e objetivando intensificar as ações de prevenção e promoção da saúde, com vistas ampliar a qualidade do cuidado.^{1-2,13}

O período de internação hospitalar pode ser reconhecido como momento propício para estabelecer ações de educação em saúde que ampliem os conhecimentos teóricos e práticos de cada paciente, favorecendo o estabelecimento de novas metas terapêuticas que subsidiem o autocuidado no domicílio.¹⁴ Contudo, o estudo aponta que existem muitas dificuldades de implementação da proposta frente às condições de trabalhos vivenciadas atualmente nos hospitais públicos e à necessidade de atuação multiprofissional na socialização do conhecimento por meio de ações de educação em saúde.¹⁴

Assim, faz-se necessário compreender as características dos indivíduos para o desenvolvimento de intervenções específicas

que satisfaçam suas necessidades, ampliando a qualidade do cuidado e conseguindo evitar internações desnecessárias e agravamentos da saúde, destacando a necessidade de ações multiprofissionais e multissetoriais para a prevenção e controle das doenças e do sofrimento humano.^{11,15}

Os resultados indicam que a internação foi percebida pelas pessoas como um evento importante em suas vidas e que geralmente favorece repensar sobre a maneira como vinham cuidando de sua saúde, sendo uma experiência de vida permanente.^{5,16} Este período de reflexão frequentemente ocorreu após a aceitação do estado de saúde e a adaptação ao ambiente hospitalar, sendo momento propício para que as pessoas com doenças crônicas se proponham a uma maior adesão ao tratamento e às mudanças no estilo de vida.^{5,16}

Neste estudo, observa-se que a maioria dos participantes apresentou-se motivada a cuidar mais de si, porém, devido ao desenho metodológico, não foi possível verificar se o desejo de mudança concretizou-se após a alta hospitalar. Tal fato necessita de maior investigação, considerando que a adesão ao tratamento de pessoas com doenças crônicas, dentre elas o DM, torna-se um processo difícil, necessitando de suporte familiar, social e de saúde.^{1-2,17-19}

CONCLUSÃO

A internação hospitalar é um momento marcante na vida das pessoas quando expectativas frente à sua doença emergem, tornando-se um momento propício para a atuação da equipe multiprofissional de saúde, com ênfase em ações de educação em saúde. Ampliar a qualidade do cuidado pode contribuir muito para a saúde das pessoas com doenças crônicas, tanto na atenção básica ao identificar os possíveis motivos e agravos para a internação, quanto na internação hospitalar, auxiliando no entendimento das expectativas do paciente frente à sua internação e no desenvolvimento de um processo educativo que o oriente para uma maior adesão ao tratamento.

Acredita-se ser relevante conhecer nossos clientes, seus medos, preocupações e expectativas para, assim, oferecer-lhes um cuidado de qualidade que contemple as diferentes necessidades da atenção. Percebe-se também que a falta de orientação acarreta dificuldade de percepção dos agravamentos da doença, levando-os a procurar atendimento em saúde em período tardio.

Conclui-se que são necessários mais estudos referentes a essa temática, considerando a magnitude dos elevados gastos no orçamento da saúde pública, as implicações que as doenças crônicas trazem para a sociedade atual e as complicações causadas na vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2014. Diabetes Care [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 24];37(supl.1):S14-80. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full.pdf+html
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2014-2015. E-book. São Paulo: GEN, 2015 [cited 2017 Feb 24]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Série B. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: OPAS; 2011.
5. Tavares BC, Barreto FA, Lodetti ML, Silva DMGV, Lessmann JC. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. Texto contexto - enferm [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 Feb 24];20(4):751-57. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400014
6. Rebouças Júnior FG, Galdino MSS, Sousa MLT. Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado. Pesquisas e Práticas Psicossociais [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 24];8(2):248-53. Available from: http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapij/Volume8%20n2/PP%208_2%20Art_%2012.pdf
7. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3rd ed. São Paulo: Artmed; 2010.
8. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2nd ed. Florianópolis: Insular; 2004.
9. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2nd ed. Thousand Oaks, Califórnia: Sage; 1995.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União; 13 jun. 2012 [cited 2017 Feb 24]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. Ansari Z, Haider SI, Ansari H, Gooyer T, Sindall C. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. BMC Health Services Research [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 24];12(475):1-12. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/475>
12. BURGEL, P.R et al. Cough and sputum production are associated with frequent exacerbations and hospitalizations in COPD subjects. CHEST [Internet]. 2009 [cited 2017 Feb 24];4(135):975-82. Available from: <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22149/zcb00409000975.pdf>
13. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. Saúde debate [Internet]. 2015 June [cited 2017 Feb 24];39(105):480-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200480&lng=en
14. Suzuki VF, Carmona EV, Lima MHM. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011 Apr [cited 2017 Feb 24];45(2):527-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200032&lng=en
15. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2007 Nov [cited 2017 Feb 24];12(Suppl):1179-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700003&lng=en
16. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Nov [cited 2017 Feb 24];17(11):2923-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en
17. AHMED, Rana; ASLANI, Parisa. What is patient adherence? A terminology overview. Int J Clin Pharm [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Feb 24];36(1):4-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24104760>

Rodrigues MM, Martins L, Silva DMGV da et al.

Percepção de pessoas com doença crônica..

19. Malerbi FEK. Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes. In: Sociedade Brasileira De Diabetes. Diabetes na prática clínica: e-book. 1 ed. São Paulo: SBD; 2011.

20. Carvalho F, Simpson C, Queiroz T, Freitas G, Oliveira L, Queiroz J. Prevalência de doença arterial coronariana em pacientes diabéticos. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 Jan [cited 2017 Feb 24];10(2):750-5. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8444>

Submissão: 13/03/2016

Aceito: 29/04/2015

Publicado: 01/06/2017

Correspondência

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Avenida Castelo Branco 170

Bairro Universitário

CEP: 88509-900 – Lages (SC), Brasil