

Artigo Original

Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional

Chronic non-communicable diseases and personal history in readmitted patients and occupational therapy contribution

Cristiane Carnaval Gritti¹, Adriana Zanon Bene¹, Débora Mendes Pinheiro¹, Maysa Alahmar Bianchin², Neuseli Marino Lamari³

Resumo

Objetivos: Identificar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os antecedentes pessoais e a frequência destes em pacientes reinternados em um hospital geral e verificar a contribuição da terapia ocupacional nesse contexto. **Método:** Participaram 544 participantes reinternados em um hospital geral. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada e da análise do prontuário. **Resultados:** Prevalência de idosos, gênero masculino, casados, escolaridade até a 4ª série e aposentados. A maioria apresentou duas reinternações e os principais motivos da internação atual foram afecções respiratórias, dor, afecções urinárias e da ferida operatória. A maioria apresentou a frequência de dois antecedentes pessoais, sendo que os mais encontrados foram hipertensão e diabetes. **Discussão:** Houve prevalência de idosos, os quais, devido ao processo de envelhecimento, utilizam mais os serviços de saúde, com consequente aumento nas internações, nas reinternações e nos custos destas. Observou-se alta porcentagem de DCNT e de antecedentes pessoais. Identificou-se a necessidade de estratégias e de ações eficazes nos setores primários e secundários para que se diminuam os números e os altos custos de reinternações. Torna-se relevante, como parte da equipe multiprofissional, a atuação do terapeuta ocupacional com essa população por meio de ações preventivas com melhor custo-efetividade.

Palavras-chave: doença crônica; readmissão do paciente; terapia ocupacional.

Abstract

Objectives: To identify non-communicable chronic diseases and personal history and the frequency of the latter in patients readmitted in a general hospital, as well as determine the contribution of occupational therapy in this context. **Method:** The presented study included 544 participants readmitted in a General Hospital. Data were collected through semi-structured interviews and analysis of medical records. **Results:** The participants were predominantly elderly, male, married, retired, with schooling up to the 4th grade. Most of them presented two readmissions and the main reasons for the current hospitalization were respiratory diseases, pain, and urinary and surgical wound disorders. The most frequent personal history included hypertension and diabetes, with frequency of two individuals. **Discussion:** This study showed a prevalence of elderly who, due to the aging process, use health services more often, with the consequent increase in admissions and readmissions and their high costs. There was a high percentage of chronic diseases and personal history. We identified the need for effective strategies and actions in the primary and secondary sectors to decrease the number of readmissions and their high costs. As part of the multidisciplinary team, the work of occupational therapists with this population becomes relevant through preventive actions with better cost-effectiveness.

Keywords: chronic disease; patient readmission; occupational therapy.

¹ Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física. Terapeuta Ocupacional da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp) - São José do Rio Preto (SP), Brasil.

² Preceptora e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física. Terapeuta Ocupacional. Profª Adjunta do Departamento de Ciências Neurológicas da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp) - São José do Rio Preto (SP), Brasil.

³ Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física. Fisioterapeuta. Livre Docente em Fisioterapia. Professora Adjunta do Departamento de Ciências Neurológicas da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp) - São José do Rio Preto (SP), Brasil.

Trabalho realizado em um Hospital Geral do interior de São José do Rio Preto (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Cristiane Carnaval Gritti - Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 - CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto (SP), Brasil -

Email: cris.gritti@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por uma etiologia incerta, de origem multifatorial e não infecciosa, de curso prolongado e com forte influência de fatores de risco comportamentais, modificáveis ou não^{1,2}. Elas podem ser consideradas um dos maiores problemas de saúde pública, com destaque para as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), além de diabetes mellitus (DM), câncer e doenças respiratórias crônicas.³ Estima-se que, em 2030, 3/4 de todas as mortes no mundo estarão relacionados às DCNT⁴.

Nos países em desenvolvimento, 29% das mortes por DCNT ocorrem antes dos 60 anos de idade e são as principais causas de mortalidade⁴. Em 2007, no Brasil, identificou-se que as mortes devido às DCNT foram de 72% e, em 2015, estima-se que sejam de 66%⁵.

As DCNT geralmente descompensam e favorecem o surgimento de outras patologias, aumentando a demanda de internações e de reinternações hospitalares⁶. A reinternação hospitalar pode ser definida como subseqüentes internações com o mesmo diagnóstico principal ou com complicações relacionadas ao diagnóstico inicial⁷.

Essas doenças crônicas apresentam como fatores de risco modificáveis os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo, etilismo e estresse emocional, os quais estão associados ao aumento na prevalência de obesidade, HAS, dislipidemia e DM^{4,8-10}. Devido a isso, são necessárias medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença⁹.

Ações de promoção à saúde propiciam conhecimento e controle de fatores determinantes da saúde, como escolhas saudáveis, ambientes favoráveis, informação e educação em saúde, a fim de proporcionar a igualdade nas oportunidades em saúde¹⁰. Essas ações visam à capacitação da população para atuar na melhoria da qualidade de vida e de saúde, com maior participação da comunidade em controlar o processo, identificar as ações, satisfazer as necessidades e modificar de maneira favorável o ambiente¹¹.

Devido ao aumento das DCNT, é necessária a atuação da equipe multidisciplinar nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. De acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema deve ser configurado por diferentes unidades com recursos de tratamento e por programas de terapia, de acordo com a sua especificidade e com o nível de complexidade de assistência à saúde, nos diferentes níveis de atenção¹².

Rede de saúde deve estar organizada pela capacidade dos serviços de saúde em atuar objetivamente de acordo com os problemas dos usuários. Por isso é necessário fortalecer a “porta de entrada”, ou seja, o nível básico de atenção, que demarcará os fluxos de atendimento necessários, organizados conforme as demandas epidemiológicas, sanitárias e sociais¹³.

Em relação à terapia ocupacional nesse contexto, o profissional deve atuar de maneira não fragmentada, com a ideia da clínica ampliada, na promoção da saúde, estimulando hábitos mais saudáveis, melhorando a qualidade de vida, realizando programas educativos e terapêuticos nas unidades básicas de saúde, desenvolvidos fundamentalmente com os demais profissionais da equipe^{14,15}.

OBJETIVOS

Identificar as DCNT, os antecedentes pessoais e a frequência destes em pacientes reinternados em um hospital geral e verificar a contribuição da terapia ocupacional nesse contexto.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo quantitativo e descritivo. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada realizada com o paciente. Caso este não apresentasse condições para responder, realizava-se a entrevista com seu acompanhante. Os dados para caracterização da amostra referente ao diagnóstico médico, ao número de reinternações e ao motivo da internação atual foram verificados em prontuário informatizado do paciente.

Participaram do estudo 544 pacientes, reinternados em todas as enfermarias e avaliados no período de junho a outubro de 2014 em um hospital-escola público de São José do Rio Preto, no Estado de São Paulo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) (protocolo 3071681480005415).

Foram incluídos os pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos e reinternados, ou seja, com mais de uma internação como consequência da mesma afecção de base no período de quatro anos. Já os pacientes em Unidade de Terapia Intensiva ou que se recusaram a participar foram excluídos da pesquisa.

A entrevista semiestruturada foi elaborada e aplicada pelas pesquisadoras em forma de questionário, no qual continham: gênero, estado civil, procedência, escolaridade, especialidade médica, afecção de base e antecedentes pessoais.

Foram considerados como antecedentes pessoais: DM, HAS, doença cardiovascular, dislipidemia, transtornos mentais, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipotireoidismo, ex-tabagismo, tabagismo, ex-etilismo, etilismo e outros.

Foram realizadas a tabulação e a interpretação dos dados por meio de análise estatística descritiva simples. Fez-se o processo de validação por dupla digitação em planilhas do aplicativo Microsoft Excel. Uma vez corrigidos os erros de digitação, os dados foram exportados e analisados no Programa Statistical Package for Social Science (SPSS) software versão 15.0.

RESULTADOS

Participaram do estudo 544 pacientes reinternados em um hospital-escola público de São José do Rio Preto - SP. A amostra é caracterizada por: média de idade de 60,16 ±17,69 anos

(37,5%); 314 (57,7%) são do sexo masculino; 270 (49,6%) são casados; 235 (43,2%) possuem escolaridade até a 4ª série; 340 (62,5%) são procedentes de outras cidades; 332 (61,0%) são aposentados (Tabela 1).

Quanto à caracterização da amostra referente aos dados complementares, observaram-se os seguintes diagnósticos médicos: cardiopatias 111 (18,1%), oncológicos 97 (15,8%), neurológicos 61 (9,9%), fraturas 31 (5,1%), pneumopatias 24 (3,9%) e demais afecções 288 (47,2%), como apendicite, nefrolitíase, cirrose hepática, dentre outros. Vale destacar que as afecções neurológicas incluem acidente vascular encefálico, traumatismo cranioencefálico e trauma raquimedular. Os números de reinternações apresentam-se na Figura 1, na qual 202 entrevistados (37,1%) apresentaram duas reinternações, seguido por 159 (29,2%) com cinco ou mais reinternações. Os motivos encontrados da internação atual foram devido às afecções respiratórias (123=16%), dor (78=10,1%), afecções urinárias (57=7,4%), afecção da ferida operatória (47=6,1%), insuficiência cardíaca (35=4,5%), crise convulsiva (24=3,1%), febre (19=2,5%) e demais motivos (386=50,3%). Dentre estes últimos, há vários motivos, como fraqueza muscular a averiguar, trauma, eritema em membros, distensão abdominal, luxação de prótese, erisipela, vômito, porém todos com porcentagem menor de 2%. Além disso, foi constatado óbito em 38 (7%) dos pacientes como desfecho da internação atual.

No presente estudo, avaliaram-se os antecedentes pessoais mais encontrados referentes às DCNT, sendo observado que mais da metade dos pacientes apresentou HAS (317=58,3%), seguido por DM (156=28,7%) (Tabela 2). Além disso, como

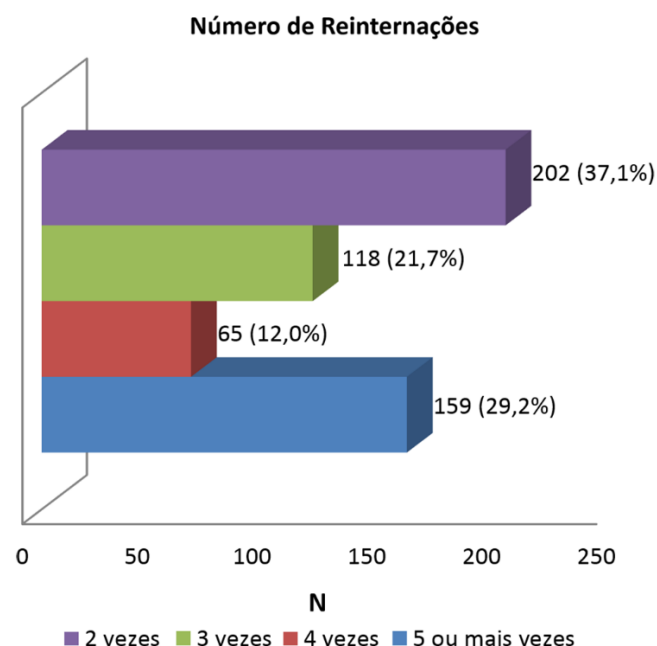


Figura 1. Número de reinternações

antecedentes pessoais, 136 (25,0%) eram ex-etilistas, 36 (6,6%), etilistas, 189 (34,7%), ex-tabagistas, e 86 (15,8%), tabagistas.

Em relação à frequência dos antecedentes pessoais, verificou-se que 151 (27,8%) apresentavam dois antecedentes pessoais e apenas 60 (11%) não apresentavam nenhum (Tabela 3). Com isso, ressalta-se que os antecedentes pessoais podem estar relacionados com a frequência de reinternações, uma vez que

Tabela 1. Descritivos da amostra dos pacientes reinternados quanto aos dados socioeconômicos

	N	%
Gênero		
Masculino	314	57,7
Feminino	230	42,3
Estado civil		
Casado	270	49,6
Viúvo	84	15,4
Solteiro	74	13,6
Divorciado	65	12,0
União estável	51	9,4
Procedência		
São José do Rio Preto	204	37,5
Outras	340	62,5
Escolaridade		
Até 4ª série	235	46,7
5ª a 8ª série	118	21,7
2º grau incompleto	17	3,1
2º grau completo	63	11,6
Curso técnico	10	1,8
Superior incompleto	7	1,3
Superior completo	14	2,6
Sem escolaridade	80	14,7
Atividade laboral		
Ativo	75	13,8
Inativo	13	2,4
Afastamento	79	14,5
Pensão	26	4,8
Aposentado	332	61,0
Aposentado/ativo	19	3,5

Tabela 2. Relação dos antecedentes pessoais mais encontrados referentes às doenças crônicas não transmissíveis

	N	%
Hipertensão arterial sistêmica	317	58,3
Diabetes mellitus	156	28,7
Doenças cardiovasculares	141	25,9
Dislipidemia	71	13,0
Transtornos mentais	20	3,7
DPOC	13	2,4
Hipotireoidismo	10	1,8
Outros	38	7,0

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Tabela 3. Frequência dos antecedentes pessoais em reinternados

Antecedentes Pessoais	Frequência (%)
Nenhum	60 (11%)
1	115 (21,1%)
2	151 (27,8%)
3	115 (21,1%)
4	68 (12,5%)
5	28 (5,2%)
6	7 (1,3%)
TOTAL	544 (100%)

apenas 60 (11%) não possuem nenhum, enquanto que 484 (89%) apresentam pelo menos um antecedente pessoal.

DISCUSSÃO

Nos dados socioeconômicos do atual estudo, obteve-se prevalência do sexo masculino, população idosa e ensino fundamental incompleto. Estudos realizados com pacientes adultos reinternados afirmam o exposto nesta pesquisa, quando mostram predomínio do sexo masculino, média de idade de 60 anos e escolaridade até o ensino fundamental^{16,17}.

Isso pode ser explicado pelo fato de os homens se cuidarem menos e aderirem com menor frequência aos programas preventivos, se comparados às mulheres, com consequente suscetibilidade a doenças crônicas e a reinternações^{18,19}. Além disso, destaca-se nesse perfil a prevalência de idosos, nos quais as taxas de reinternação são maiores⁷. O próprio processo de envelhecimento associa-se à maior taxa de doenças e de incapacidades, o que pode ser as prováveis falhas nas ações de promoção e de prevenção em saúde. Dessa forma, os idosos utilizam mais os serviços de saúde, com consequente aumento nas porcentagens de internações e de reinternações hospitalares e nos níveis de custo destas¹⁹⁻²¹.

Estudos apresentaram como diagnósticos mais frequentes na internação as doenças cardiovasculares, do trato gastrointestinal, respiratórias, neoplasias e doenças do aparelho urinário^{16,22}. Os dados afirmam em parte o que foi encontrado no presente trabalho, o qual coloca como mais prevalentes as cardiopatias, afecções oncológicas, neurológicas, fraturas e pneumopatias.

Quanto aos números de reinternações, obteve-se que 202 entrevistados (37,1%) apresentaram duas reinternações, seguido por 159 (29,2%) com cinco ou mais reinternações. Um estudo identificou que 9,9% dos usuários eram frequentes, ou seja, com 7 a 17 reinternações, e que 3,6% de usuários eram altamente frequentes, ou seja, com mais que 18 reinternações dos atendimentos em um serviço de urgência²³. Em outro estudo, no hospital regional da Austrália, observou-se que 144 pacientes foram reinternados três ou mais vezes em um ano, de um total de, aproximadamente, 16 mil internações,

sendo mais propensos à reinternação aqueles mais idosos, com média de idade de 66 anos²².

Uma pesquisa destacou algumas doenças que levam a reinternações consecutivas, como a DPOC, etilismo, hiperglicemia, HAS e doenças cardiovasculares⁶, condizendo com os dados do presente estudo, o qual coloca essas doenças como antecedentes pessoais presentes nos indivíduos reinternados.

O atual trabalho aponta como DCNT mais prevalentes HAS e DM. Tais dados também foram encontrados em estudo realizado com pacientes internados, no qual a HAS foi o mais prevalente, seguido pela DM²⁴. Esse mesmo estudo obteve que 67,5% da amostra apresentava mais de um antecedente pessoal, afirmando o exposto na presente pesquisa, pois as maiores frequências foram de dois antecedentes pessoais por indivíduo²⁴.

As doenças crônicas podem causar incapacidade, ou seja, afetar a funcionalidade e o desempenho nas atividades diárias dos indivíduos acometidos, além de serem responsáveis pelo aumento no número de óbitos e de mortes prematuras^{6,18,21}.

Nos países emergentes, 29% das mortes devido às DCNT ocorrem antes dos 60 anos de idade, sendo as principais causas de mortalidade⁴. Das 57 milhões de mortes globais em 2008, 63% foram devido a DCNT, com destaque para as doenças cardiovasculares, DM, neoplasias e doenças respiratórias crônicas²⁵.

Os países desenvolvidos, nas últimas décadas, apresentaram uma diminuição na mortalidade por doenças cardiovasculares devido à maior atenção voltada à atenção primária, ao tratamento e aos cuidados, considerando-se os fatores de risco⁴.

Além disso, segundo os antecedentes pessoais, 6,6% são etilistas e 15,8% são tabagistas. O tabagismo é a principal causa prevenível de óbito nas Américas²⁶ e pode provocar infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e infarto das artérias periféricas (membros e intestino). Mesmo os ex-fumantes, índice de 37,5% nesta pesquisa, não alcançam o mesmo nível de vida saudável daqueles que nunca fumaram, uma vez que o cigarro compromete o desempenho social de maneira gradativa²⁷. O baixo índice relacionado ao tabagismo e ao etilismo do atual trabalho também foi encontrado em outro estudo, no qual, dos 40 pacientes internados na clínica médica de hospital do Estado de Sergipe, apenas 5% referiram o hábito de fumar, e 12,5%, o consumo de bebida alcoólica. Porém boa parte referiu ter abandonado o tabagismo, podendo ser consequência da conscientização sobre os danos causados pelo fumo²⁸.

Em outra pesquisa que avaliava o perfil de pacientes encaminhados de uma Estratégia de Saúde da Família para um hospital geral, observaram-se também baixas porcentagens, sendo 4,69% de tabagismo como comorbidade prévia e 4,17% como motivo da internação o alcoolismo⁶.

A conscientização sobre as consequências à saúde pode ser um dos motivos relacionado ao abandono do fumo, considerando-se

a porcentagem de tabagistas (15,8%) com ex-tabagistas (34,7%) e de etilistas (6,6%) com ex-etilistas (25%). Embora os percentuais baixos, deve-se considerá-los, pois são relevantes como fatores de risco para várias doenças, o que aumenta a demanda de internações hospitalares.

Faz-se necessária a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas²¹. Torna-se relevante realizar a implementação de ações preventivas com melhor custo-efetividade a fim de prevenir os fatores de risco dessas doenças, sendo que a principal estratégia é a mudança do estilo de vida^{29,30}.

O modelo de Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, além da reabilitação de doenças. Dentro dessa proposta, os pacientes são acompanhados por meio das Unidades de Saúde da Família e das visitas domiciliares nos casos de doenças crônicas, como na HAS, DM e doenças cardíacas¹¹.

Como parte da equipe multiprofissional, o terapeuta ocupacional atua na prevenção primária para que não seja instalado o adoecimento, por exemplo, em grupos de educação em saúde para pessoas com DM. Esse profissional também atua na prevenção secundária de agravos por determinado tipo de sofrimento com ações que visem ampliar as capacidades, como com pessoas com hanseníase, e na prevenção terciária a fim de desenvolver ações que minimizem o agravamento e o sofrimento de pessoas acamadas ou com doenças em estágios avançados. Dessa forma, estimula hábitos de vida mais saudáveis e de melhor qualidade de vida^{12,14,30}.

A terapia ocupacional ainda poderá contribuir durante a hospitalização para minimizar a diminuição de funcionalidade, trabalhando aspectos relacionados à independência nas atividades

de vida diária, causados devido à ruptura do cotidiano e às alterações dos papéis sociais exercidos por esses pacientes e seus acompanhantes/cuidadores³¹.

Também tem como objetivos gerais promover o resgate da vida cotidiana do paciente, diminuída pelo adoecimento e por toda a situação de hospitalização, ao trabalhar aspectos, que estimulem os ganhos funcionais, possibilitem uma maior independência e as vivências saudáveis, melhorem a qualidade de vida e o enfrentamento da situação, tanto para o paciente quanto para os familiares, descubram ou resgatem as habilidades e as capacidades e, principalmente, atinjam ao máximo o retorno ao cotidiano e à reinserção social. Conseqüentemente, influencia em todo processo de internação, tratamento, alta e diminuição do tempo de reabilitação e de internação³².

CONCLUSÃO

O presente estudo referente a reinternados em um hospital geral teve como objetivo identificar os antecedentes pessoais e as suas frequências. Observou-se alta porcentagem de DCNT e de antecedentes pessoais, além de que a maior parte dos pacientes apresentou mais de dois antecedentes pessoais. A partir disso, identificou-se a necessidade de estratégias e de ações eficazes nos setores primários e secundários para que, conseqüentemente, diminuam-se os números e os altos níveis de custos de reinternações, com destaque para as ações direcionadas aos idosos, por ser o grupo etário com a maior porcentagem de reinternações. Ressalta-se ainda a importância de novos estudos sobre a contribuição dos serviços extra-hospitalares para diminuir as taxas de internações e de reinternações e sobre as ações da terapia ocupacional nesses contextos e na promoção e na prevenção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Comunic. Saúde. Educ.* 2010; 14(34):593-605.
2. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 92 p.
3. Tolonen H, Koponen P, Mindell JS, Mannisto S, Giampaoli S, Dias CM, et al. Under-estimation of obesity, hypertension and high cholesterol by self-reported data: Comparison of self-reported information and objective measures from health examination surveys. *Eur J Public Health.* 2014; 24(6):941-8. PMID:24906846.
4. Hosey GM, Samo M, Gregg EW, Padden D, Bibb SG. Socioeconomic and demographic predictors of selected cardiovascular risk factors among adults living in Pohnpei, Federated States of Micronesia. *BMC Public Health.* 2014; 14(1):895. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-895>. PMID:25175388.
5. Thieme RD, Pinto LM, Macedo DS, Palm RCM, Schieferdecker MEM. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. *Demetra.* 2014; 9(1):269-86.
6. Braga DC, Bortolini SM, Mattia MB, Gehlen B. Perfil dos pacientes encaminhados de uma estratégia saúde da família para um hospital geral, no município de Água Doce, Santa Catarina. *Unoesc & Ciência.* 2014; 5(1):109-14.
7. Moura CS, Tavares LS, Acurcio FA. Interação medicamentosa associada à reinternação hospitalar: estudo retrospectivo em um hospital geral. *Rev Saude Publica.* 2012 Dec;46(6):1082-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013005000001>. PMID:23358622.
8. McQueen DV. Continuing efforts in global chronic disease prevention. *Prev Chronic Dis.* 2007; 4(2):1-2.
9. Maher D, Harries AD, Zachariah R, Enarson D. A global framework for action to improve the primary care response to chronic non-communicable diseases: a solution to a neglected problem. *BMC Public Health.* 2009; 9(1):355. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-355>. PMID:19772598.

10. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):7-17.
11. Silveira YMSC, Ramires JCL, Silva TP. Estratégia de saúde da família: cultura e saúde na construção de um novo modelo de atenção básica no bairro Morrinhos em Montes Claros – Minas Gerais/ Brasil. *Rev. Geogr. Am. Cent.* 2011;2(47E)1-17.
12. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saude Publica*. 2009 Apr;43(2):291-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000001>. PMID:19225700.
13. Assis MMA, Jesus WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet*. 2012 Nov;17(11):2865-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. PMID:23175292.
14. Reis F, Gomes ML, Aokic M. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2012; 20(3):341-50. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.034>.
15. Rao AK. Occupational therapy in chronic progressive disorders: enhancing function and modifying disease. *Am J Occup Ther*. 2014 May-Jun;68(3):251-3. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.012120>. PMID:24797187.
16. Borges FK, Soliman F, Pires DO, Seligman R. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. *Rev HCPA*. 2008; 28(3):147-52.
17. Valera RB, Turrini RNT. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. *Ciencia y Enfermeria*. 2008; 14(2):87-95.
18. Paulin GST, Silva VCG, Koenig AM. Perfil de idosos atendidos pela Terapia Ocupacional na Residência Multidisciplinar de um hospital público. *REFACS*. 2013; 2(1):32-40.
19. Silveira RE, Santos AS, Sousa MC, Monteiro TSA. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein*. 2013; 11(4):514-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000400019>. PMID:24488394.
20. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Cien Saude Colet*. 2012 Jan;17(1):231-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100025>. PMID:22218556.
21. Souza ICP, Silva AG, Quirino ACS, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(1):164-72.
22. Kirby SE, Dennis SM, Jayasinghe UW, Harris MF. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10(1):216. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-216>. PMID:20663141.
23. Doupe MB, Palatnick W, Day S, Chateau D, Soodeen RA, Burchill C, et al. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Ann Emerg Med*. 2012 Jul;60(1):24-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.11.036>. PMID:22305330.
24. Prates RE, Silva ACP. Avaliação do conhecimento nutricional e de hábitos alimentares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis em hospital particular no sul do Brasil. *RASBRAN*. 2013; 5(1):21-7.
25. Santos VC, Kalsing A, Ruiz ENF, Roese A, Gerhardt TE. Perfil das interações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do rs. *Rev Gaucha Enferm*. 2013 Sep;34(3):124-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300016>. PMID:24344594.
26. Fagundes LGS, Martins M, Magalhães EM, Palmiéri PC, Silva Júnior SI. Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2014 Feb;19(2):499-510. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.13482012>. PMID:24863827.
27. Olivetti RE. O tabagismo e suas conseqüências: uma abordagem sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis [monografia]. Medianeira (PR): Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2013.
28. Silva GM, Menezes GGS. Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de Lagarto, Sergipe. *Scientia Plena*. 2014; 10(3):1-9.
29. Abreu RND, Sousa AM, Dias LM, Almeida GH, Diógenes MAR, Moreira TMM. Educação em saúde para prevenção das doenças cardiovasculares: experiência com usuários de substâncias psicoativas. *Espaç. Saúde*. 2014; 15(3):13-21.
30. Organização Mundial da Saúde - OMS. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EdUSP; 2003.
31. Carlo MMRP, Luzo MCM. Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca; 2004.
32. Santos CAV, Carlo MMRP. Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2013; 21(1):99-107. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.014>.

Recebido em: Dez. 16, 2014
Aprovado em: Maio 06, 2015