

CUIDADOS PROLONGADOS EM PACIENTES CRÔNICOS: CONHECENDO A REALIDADE BRASILEIRA

**Cassio Adriano Zatti. Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo CENSUPEG. Enfermeiro do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora de Iraí – RS.
cassiozt@hotmail.com**

**Rosana Amora Ascari. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Membro do Grupo de Estudos Sobre Saúde e Trabalho - GESTRA/UDESC.
rosana.aascari@hotmail.com**

**Olvani Martins da Silva. Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Professora Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde Adoecimento /UDESC.
olvanims@hotmail.com**

CUIDADOS PROLONGADOS EM PACIENTES CRÔNICOS: CONHECENDO A REALIDADE BRASILEIRA

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa documental e retrospectiva com abordagem quantitativa tendo como objetivo conhecer o a realidade brasileira referente aos cuidados prolongados dispensados à pacientes acometidos por condições crônicas, quantificando as internações decorrentes de condições crônicas, AIH pagas, média de permanência em cuidados prolongados, óbitos decorrentes de condições crônicas. A população em estudo constitui-se pelos pacientes em cuidados prolongados decorrentes de condições crônicas registradas no banco de dados do sistema DATASUS. O período de estudo compreendeu de novembro à dezembro de 2012. Estabeleceu-se como critérios de busca cuidados prolongados na base de dados DATASUS no período de janeiro de 2008 a julho de 2012 nas cinco regiões do Brasil. A pesquisa evidenciou altas taxas de internações por doenças crônicas como consequência gastos elevados para com os doentes crônicos.

Palavras-chave: Enfermagem; Doença crônica; Hospitalização; Tempo de internação.

ABSTRACT

This is a retrospective documentary research and quantitative approach aiming to meet the the Brazilian reality for long-term care needed by patients suffering from chronic conditions, quantifying the hospitalizations due to chronic conditions, hospital admissions paid, average length of stay in long-term care, deaths due to chronic conditions. The study population is constituted by patients in long term care due to chronic conditions recorded in the database system DATASUS. The period of study was from November to December 2012. Established itself as search criteria in long-term care DATASUS database from January 2008 to July 2012 in five regions of Brazil. The research showed high rates of hospitalization for chronic diseases such as high spending to result with the chronically ill.

Keywords: Nursing; Chronic Illness; Hospitalization; Length of stay.

INTRODUÇÃO

Define-se paciente crônico aquele que é portador de patologia de evolução lenta ou portador de sequela de patologia básica que gerou a internação necessitando de cuidados médicos e assistenciais permanentes e reabilitação físico funcional. Esses pacientes necessitam supervisão para atividades da vida diária e cuidados específicos para tal patologia. (PORTARIA LAMSPE, 2011).

Sabe-se que, a etiologia das doenças crônicas (DC) está diretamente ligada a adoção deste estilo de vida, sendo estes fatores de risco são os mesmos ao longo do tempo e no espaço e modificáveis por intervenções sanitárias. (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

Os fatores de risco modificáveis das DC são: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. Observa-se que a pratica de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e a adoção de hábitos alimentares saudáveis também é baixo, estima-se que apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana, contrastando com um percentual de 34% da população que consome alimentos com elevado teor de gordura. (BRASIL, 2011).

Há, contudo, os determinantes sociais, estes, representados pelas desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação. (BRASIL, 2011).

Salienta-se que as mudanças sociais, econômicas, demográficas e sociais do povo brasileiro, representados pela industrialização, rápido crescimento populacional, migração, urbanização, crescimento das periferias geram instabilidade econômica que contribuem para os determinantes sociais das doenças crônicas. (LOURENÇO, 2007).

Outro fator que contribui para o aparecimento das doenças crônicas é o decréscimo nas doenças transmissíveis e o rápido envelhecimento da população, bem como a ascensão das condições crônicas. (BRASIL, 2003).

Os cuidados em portadores de doenças crônicas devem ser intermitentes, sendo que, após a alta hospitalar, em casos mais graves, estes pacientes são levados para uma outra instituição e os casos menos graves exigem o cuidado e a supervisão domiciliar. O cuidado de enfermagem para com o portador do agravo deve ser pautado em humanização, sendo que o grande desafio dos profissionais da saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual. (FOWLER; SÁ, 2009).

A assistência hospitalar ainda é uma boa alternativa para adequação dos cuidados, porém ainda é questionada por apresentar uma abordagem tecnicista e descontextualizada da história de vida dos usuários, visto que o cuidar desses pacientes implica na necessidade de implementação de ações de saúde voltadas para uma prática mais humanizada, com o respeito aos direitos do cliente e usuário, preservação de suas relações familiares e valores sócio-culturais. (BEM FILHO, 2007).

Em 1963 foi implantado o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE). A necessidade de racionalizar o uso de leitos hospitalares e reduzir o custo assistencial associado a expansão do Programa Saúde da Família levou a modalidade apresentar expressivo crescimento, principalmente na última década. (DIOGO e DUARTE, 2006).

Com isso, houve a necessidade de criação de Leis e regulamentos técnicos de funcionamento dos serviços de atenção domiciliar, resultando na Lei nº10424 de 16/04/2002 e na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006. A Lei nº 10.424 acrescenta à Lei Orgânica da Saúde o atendimento e a internação domiciliar configurando duas modalidades de atenção: a) Assistência domiciliar e; b) Internação domiciliar (MENDES; TREVISAN, 2003).

As condições crônicas surgem basicamente no nível de atenção primária e requerem tratamento e controle. No entanto, grande parte da atenção primária está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes. As doenças crônicas são atribuídas ao tratamento de sintomas e não propriamente uma investigação mais minuciosa da patologia instalada. (BRASIL, 2003).

Segundo o mesmo autor, a adesão dos pacientes nos tratamentos é outro fator contribuinte para aumento ou diminuição das doenças crônicas, geralmente pacientes com HIV/AIDS, tuberculose, diabetes, hipertensão e outras condições crônicas tem que seguir um tratamento de longo prazo para melhor gerenciamento do agravo. Contudo, a adesão a tratamentos de longo prazo é extremamente baixa. A baixa adesão além é considerada como uma falha no sistema de atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante pode melhorar a aderência, o que reduzirá a carga das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida aos pacientes. (BRASIL, 2003).

Há a necessidade de contatos repetidos de uma equipe multidisciplinar para a mudança de comportamento destes pacientes no que tange ao seguimento da terapêutica prescrita. (MENDES; TREVISAN, 2003).

Contudo, a organização da política de saúde no país não vem ocorrendo de forma a contemplar a relevância crescente das doenças crônicas não transmissíveis (DCONT) na população brasileira, pois existe a carência de todo um sistema de vigilância e monitoramento para essas enfermidades e de uma política de prevenção para a maioria da população, que teve o modo de vida alterado, com a aquisição de novos hábitos. (LOURENÇO, 2007).

Admite-se que diversas moléstias crônicas exigem um controle adequado para redução de complicações e oferecimento de melhor expectativa de vida. (MENDES; TREVISAN, 2003).

Como alternativas para melhor contemplação das DC na organização política da são as atividades de capacitações das equipes de saúde de estados e municípios, o estabelecimento de atividades e estratégias de prevenção, promoção e assistência e a definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais. (BRASIL, 2011).

Talvez seja necessária a muitos de nossos profissionais uma análise mais profunda sobre o que representa o paciente bem informado, bem orientado para o seu próprio bem-estar, e ainda sobre o que representa ele em termos de economia e produção para o serviço e para a comunidade. (MENDES; TREVISAN, 2003).

Há uma busca por novas configurações de serviços de saúde para melhor atender o paciente, essa modalidade emprega a criação de clínicas conjuntas, nas quais estão presentes médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais. (GOULART, 2011).

Na medida em que o processo de envelhecimento da nossa população avançar, especialmente via redução da mortalidade precoce, deverá aumentar a prevalência das DCNT e sua repercussão na seguridade social. (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

Segundo o mesmo autor, a repercussão na seguridade social será um deslocamento do impacto econômico, da concessão de benefícios precoces (por incapacidade temporária ou

definitiva para o trabalho), para mais tempo de prestação continuada de aposentadoria, por incremento na longevidade. (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

A partir de 2006, houveram implementações de programas que contemplem a adoção de hábitos saudáveis, como por exemplo, ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool. (BRASIL, 2011).

Frutos desses programas algumas ações valem destacar, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, incentivo ao aleitamento materno, redução do teor das gorduras trans e, recentemente, novos acordos voluntários de metas de redução de sal, distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes, publicação de cadernos de orientações aos profissionais de saúde, rastreamento de diversos tipos de cânceres. (BRASIL, 2011). Porém ainda são altos os índices de pacientes dependentes de cuidados prolongados devido as condições crônicas.

Os pacientes com condições de saúde crônica e portadores de necessidades especiais podem desempenhar suas tarefas independentemente, com dependência parcial e outras com monitoração frequente e próxima, exigindo muitas vezes a internação em instituições de cuidados a longo prazo. (SMELTZER e BARE, 2009).

Além do sofrimento que uma patologia crônica deflagra no paciente, sendo principal causa de internação hospitalar, há envolvimento de toda a família no que tange aos cuidados e o custeio da doença, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. (BRASIL, 2011).

Não obstante, a doença diminui a capacidade funcional, com isso cada declínio requer adaptação física, emocional e social para estes pacientes e suas famílias. (SMELTZER e BARE, 2009).

Frente ao exposto, torna-se de grande relevância a abordagem dos cuidados prolongados em pacientes com condições crônicas, levando em consideração os gastos, internações, óbitos, afim de, conhecer a realidade brasileira frente a esta modalidade de cuidado, impulsionando o fortalecimento das ações preventivas e de controle das condições crônicas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental e retrospectiva com abordagem quantitativa tendo como objetivo conhecer o a realidade brasileira referente aos cuidados prolongados dispensados à pacientes acometidos por condições crônicas, quantificando as internações decorrentes de condições

crônicas, AIH pagas, média de permanência em cuidados prolongados, óbitos decorrentes de condições crônicas.

A população em estudo constitui-se pelos pacientes em cuidados prolongados decorrentes de condições crônicas registradas no banco de dados do sistema DATASUS. O período de estudo compreendeu de novembro à dezembro de 2012. Estabeleceu-se como critérios de busca cuidados prolongados na base de dados DATASUS no período de janeiro de 2008 a julho de 2012 nas cinco regiões do Brasil. Os fatores de exclusão são os casos de óbitos, internações ou situações que não são decorrentes de situações crônicas.

Após a coleta de dados, foi realizada a tabulação dos mesmos, por meio do programa EXCEL, sendo aplicada a estatística simples. Após tabulação os dados foram agrupados em 4 categorias e dados: Distribuição das internações, Pagamento de AIH, Média de permanência e óbitos em pacientes sob cuidados prolongados decorrentes de situações crônicas.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos recomendados pela Resolução 196/96 e 257/97 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa no DATASUS possibilitou agrupar os dados em quatro categorias: Distribuição das internações, Pagamento de AIH, Média de permanência e óbitos de pacientes sob cuidados prolongados. O agrupamento em categorias possibilitou responder o objetivo do estudo, sendo, conhecer o a realidade brasileira referente aos cuidados prolongados dispensados à pacientes acometidos por condições crônicas.

DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES

A distribuição das internações hospitalares para cuidados prolongados decorrentes de doenças crônicas nas regiões do Brasil no período de janeiro de 2008 a julho de 2012 foi de 85.094 internações, destas, 52,43% das internações (n=44.623) ocorreram na região sudeste do Brasil, precedidas por 30% na região nordeste (n=25.596). A região onde houveram menos internações no período foi a região norte com 1,09% do total (n=928) das internações.

Em um estudo realizado em 2004 por Peixoto et al (2004), observa-se que a Região Sudeste contribuiu com a maior proporção de internações hospitalares e recursos pagos, correspondendo a, aproximadamente, 40% do total do país, tanto para a população adulta quanto para a idosa. Após a Região Sudeste, as regiões Nordeste e Sul contribuíram para os maiores percentuais de internação e recursos pagos para as duas faixas etárias estudadas. (PEIXOTO et al, 2004).

Em relação à origem das internações, encontra-se na literatura que, 42% de internações que ocorreram a partir da emergência das unidades hospitalares estudadas, 13% encaminhadas do ambulatório dos próprios hospitais, 19% por transferência de outros serviços, 10% transferidas do Centro de Terapia Intensiva (CTI) e 16% de domicílios. (DUARTE et al, 2012).

Nas regiões centro-oeste houveram 7.240 internações, representando 8,50% das internações do período estudado, já a região sul contou com 6.707 internações, 7,88% do total nos anos de 2008 a 2012.

Na distribuição das internações em cada ano, a maior parte delas ocorreram em 2008 representando 25,22% do total (n=21.462), havendo um declínio em 2009 para 19,53% (n=16.620). Comparando com as internações de 2009 o ano de 2010 teve um aumento de 1,46% nas internações (n=17.869). Em 2011 percebeu-se uma diminuição das internações, representando 20,85% do total de internações dos anos estudados. No ano de 2012 até o mês de julho as internações representaram 13,38% do total (n=11.393) de internações entre os anos estudados.

Outro estudo evidenciou os motivos das internações hospitalares em pacientes pediátricos com doenças crônicas destes: dengue (n=36), procedimentos diagnósticos e terapêuticos e/ou intercorrências clínicas não infecciosas relacionadas à doença crônica não oncológica (n=28), infecções em criança com doença crônica (n=27), infecções respiratórias agudas (n=20), procedimentos diagnósticos e terapêuticos e/ou intercorrências clínicas em crianças com doença oncológica (n=19), primeira internação para investigação diagnóstica (n=11), gastroenterites agudas (n=8), infecções cutâneas (n=7), púrpura (n=3), traumas (n=3) e síndrome nefrótica (n=2). (DUARTE et al, 2012).

O declínio das internações pode representar a efetividade das campanhas e ações dos profissionais de saúde pública, havendo contribuições em todos os níveis, promoção de saúde, prevenção de doenças, recuperação dos doentes e incentivo ao autocuidado dos pacientes pós-alta ou no domicílio.

Em relação às doenças autoimunes sabe-se que estas não há prevenção, sendo que as metas das equipes de saúde e especialmente de enfermagem é de criar estratégias para controle e promoção do autocuidado.

PAGAMENTO DE AIH

No Brasil no período de janeiro de 2008 a julho de 2012 foram efetuados pagamentos de 404.231 Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por cuidados prolongados decorrentes de doenças crônicas. Quanto as AIH pagas segundo as regiões, verifica-se o maior numero de pagamentos de AIH na região sudeste do Brasil com 77,52% do total (n=313.366), a região

nordeste contou com 14,07% (n=56.880) das AIH pagas. Não menos importantes as regiões centro-oeste com 5,40%, região sul 2,77% e região norte com 0,22% do total de AIH pagas.

Estudos evidenciam que apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular cerebral), levarão a uma perda na economia brasileira de US\$4,18 bilhões entre 2006 e 2015.

Percebe-se altas taxas de AIH pagas. Contudo, deve-se ressaltar que muitas das AIH passam despercebidas constituindo como perda financeira e prejudicando as estatísticas sobre o agravo.

No que concerne à especialidade crônica, o número de AIHs faturadas no Rio de Janeiro, em 1995, correspondeu a 107.304 casos (10% do total de AIHs), reduzidos a 38.964 na primeira etapa da junção de AIHs e, finalmente, a 27.712 internações (3% do total de internações). (PORTELLA et al, 1997).

A maior parte do custo em assistência à saúde é gerada por cerca de 3 a 5% da população estes são indivíduos que se encontram expostos a fatores de risco (BEM FILHO, 2007).

Financeiramente falando, o Brasil gastou no período de janeiro de 2008 a julho de 2012 R\$ 789.631.502,84 nos cuidados prolongados em pacientes crônicos, onde a maior parcela, 80% do valor foi gasto pela região sudeste do Brasil (R\$= 630.436.406,84). A região Nordeste por sua vez, gastou 12% do valor total (R\$= 97.406.081,28), quanto as regiões Centro-oeste, Sul e Norte estes gastaram 5%, 3% e 1% respectivamente.

Estudos evidenciam a efetividade do gerenciamento de caso tanto em outros países quanto no Brasil: redução de internações em 6 meses após inclusão em um programa de gerenciamento de casos, gerando uma economia estimada pelos autores de R\$ 2700,00 por paciente. (BEM FILHO, 2007).

MÉDIA DE PERMANÊNCIA

Nas internações hospitalares ocorridas de janeiro de 2008 a julho de 2012 para cuidados prolongados devido a doenças crônicas no Brasil, observa-se que a média de permanência dos pacientes é de 129,8 dias. Quanto a distribuição por região do Brasil tem-se a região Sudeste que obteve a média de 197,5 dias, sendo precedida pela região Centro-oeste com 77,4 dias, logo, 54,3 dias de permanência na região Nordeste. A região Sul e Norte detiveram as menores médias de permanência com 39,3 e 22,8 dias respectivamente.

A literatura sugere a redução do cuidado institucional, constituindo-se como meta dos sistemas de gerenciamento de caso e o aspecto maior do controle de custo, porém mantendo vínculo e fornecendo assistência ao paciente, movendo o paciente rapidamente pela cadeia assistencial, em diferentes unidades de internação, por nível de complexidade e, ao mesmo tempo, manter um cuidado de qualidade e obter resultados satisfatórios. (BEM FILHO, 2007).

Como resultados satisfatórios, cita-se o atendimento das necessidades humanas básicas do paciente, a compensação da situação crônica, mantendo estabilização do quadro e proporcionando ao paciente o conhecimento sobre sua situação com vistas a estimular o autocuidado.

ÓBITOS

No período de janeiro de 2008 a julho de 2012 registrou-se no Brasil 21.617 óbitos decorrentes de doenças crônicas, quanto a distribuição por região 67,10% dos casos ocorreram na região Sudeste (n=14.507), na região Nordeste houveram 4.511 representando 20,86 % do total. As regiões Centro-Oeste, Sul e Norte registram 6,53%, 5,37 % e 0,11% respectivamente do total nacional.

Contudo ainda há uma carência nos dados referentes à doenças crônicas e óbitos em geral, com base na fita reduzida do SIH/ SUS, do total de 4.051 óbitos hospitalares ocorridos entre pacientes crônicos/FPT, no estado do Rio de Janeiro em 1995, somente 1.810 estavam registrados em AIHs. (PORTELA et al, 1997).

Estudos sugerem que as causas de óbito de pacientes em programa dialítico são comparáveis à da população geral de idosos. (JAGER et al, 2003).

Publicação recente que estudou 90.356 pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil entre os anos de 2000 a 2004, indica um aumento da prevalência e da mortalidade desta população, apontando como fatores associados à elevada mortalidade: idade avançada e diabetes mellitus, dentre outros. (CHERCHIGLIA et al, 2010).

Referente as causas a maior chance de óbitos foi associada a um prometimento funcional relacionado ao grau de dependência na admissão ou à piora do grau de dependência durante a permanência na internação, dependência para se levantar, incapacidade de hidratação e perda de controle esfínctérico, a condições clínicas graves como neoplasias e a necessidade de serviços como auxílio-cuidador e oxigenioterapia. (BEM FILHO et al, 2007).

Outro estudo sugere que os mecanismos propostos para a elevada mortalidade destes pacientes são: aterogênese acelerada, disfunção endotelial, inflamação, desnutrição, estresse oxidativo, dislipidemia, hiperhomocistemia. (MENON et al, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa, percebe-se que há um total de 85.094 internações para cuidados decorrentes de doenças crônicas de 2009 a 2012. A região em que mais houveram internações foi a Sudeste do Brasil. Foram efetuados pagamentos de 404.231 AIH para tanto o gasto total foi de R\$

789.631.502,84 em cuidados prolongados em pacientes crônicos. Quanto a mortalidade o estudo evidenciou 21.617 óbitos decorrentes de doenças crônicas.

Afim de, diminuir gastos e melhorar os recursos na saúde, ressalta-se a necessidade de programas inovadores que proporcionem o aperfeiçoamento de indicadores biológicos de doenças, o dimensionamento das necessidades de recursos diagnósticos e terapêuticos, a participação da família; o controle da carga de trabalho dos profissionais envolvidos, estratégias de redução do tempo de internação e desospitalização, acesso a ações de reabilitação e melhoria dos registros nos sistemas de informações sobre esses agravos.

Há ainda a necessidade de campanhas de conscientização por meio da comunidade, mídia e profissionais da saúde afim de, proporcionar mudanças do estilo de vida dos pacientes, aumento das capacidades de autocuidado e estímulos à qualidade de vida.

Contudo, cabe ainda ao sistema de saúde a melhoria contínua na qualidade da atenção primária, estímulos à melhores métodos investigativos com vistas à identificação de doenças crônicas no início, facilitando o seu controle. Para tanto sugere-se investimentos na educação continuada de recursos humanos, na atenção farmacêutica entre outras.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2004, v. 9, n. 4, p. 833-840. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a02v9n4>. Acesso em: 26 dez 2012.

BRASIL. Secretaria de Gestão Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. **Portaria Iamspe nº 43, de 18-10-2011**. Norma Técnica para disciplinar a internação de pacientes beneficiários do Iamspe em Hospitais de Retaguarda/ Permanência Prolongada na Região Metropolitana de São Paulo contratados pelo Iamspe. São Paulo: Secretaria de Gestão Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, 2011. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/Iels207/E_PT-IAMSPE-43_181011.pdf. Acesso em: 03 jan 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº11**, de 26 de janeiro de 2006.

BRASIL. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial** / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

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** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BEM FILHO, Paulo Magno. **Avaliação de Programa de Gerenciamento de Casos Crônicos em Plano de Saúde do tipo Autogestão em Minas Gerais**. 2007. 62 f. Orientador: Prof. Dr. Carlos Faria Santos Amaral. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Clínica Médica. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-72MNXQ>. Acesso em: 26 dez 2012.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal et al. Perfil Epidemiológico dos PACIENTES los terapia renal substitutiva nenhum Brasil, 2000-2004. **Rev Saude Publica**, 2010; v. 44, n. 4, p. 639-649. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/07.pdf>. Acesso em: 27 dez 2012

DIOGO, M J D; DUARTE, YAO. **Cuidados em domicílio: conceitos e práticas**. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006,cap.118, p. 1123-1130.

FOWLER, JD; SÁ, AC. **Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas**. O Mundo da Saúde São Paulo: 2009, v. 33, n. 2, p. 225-230.

GOULART, Flavio A. de Andrade. **Doenças Crônicas Não-transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde, Brasília - DF, 2011. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf. Acesso em: 27 dez 2012.

JAGER KJ et al. The epidemic of aging in renal replacement therapy: an update on elderly patients and their outcomes. **Clin Nephrol**, 2003, nov, v. 60, n. 5, p. 352-60. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14640241>. Acesso em: 17 dez 2012.

LOURENÇO, Paula. Um panorama das doenças crônicas no Brasil: Fiocruz Pernambuco recora histórico de óbitos de 1950 a 2000. **Revista de Manguinhos**, 2007, set. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/media/pag%2034-37%20-%20doencas%20cronicas.pdf>. Acesso em: 27 dez 2012.

MENDES, Isabel Amélia Costa; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. **A Necessidade de Aprendizagem em Pacientes Crônicos. Enfermagem Atual**, 2003, v. 3, n. 18, p. 4-7. Disponível em: <http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo24fin.pdf> . Acesso em: 14 dez 2012.

MENON, Vandana et al. **Relationship between homocysteine and mortality in chronic kidney disease**. *Circulation*, 2006, v. 13, n. 12, p. 1572-1577. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/113/12/1572.short>. Acesso em: 27 dez 2012.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Melhora dos cuidados crônicos por meio das Redes de Atenção a Saúde**. Washington, D.C., OPAS, 2012. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Melhoria-dos-Cuidados-Cr%C3%B4nicos_port2.pdf. Acesso em: 28 dez 2012.

PEIXOTO, Sérgio Viana et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde** [online]. Brasília, 2004, v. 13, n. 4, p. 239-246. Disponível em: http://scielolab.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 dez 2012.

PORTELA, M C. et al. Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS) - Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(4):771-774, out-dez, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n4/0161.pdf>. Acesso em: 28 dez 2012.

SMELTZER, SC; BARE, BG. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.