

## CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM\*

SELF-CARE ABILITY OF HOSPITALIZED ADULTS AND ELDERLY PEOPLE: IMPACT ON NURSING CARE

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO PARA ADULTOS Y ANCIANOS HOSPITALIZADOS: IMPLICACIONES PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Sibely Rabaça Dias da Costa<sup>1</sup>  
Edna Aparecida Barbosa de Castro<sup>2</sup>  
Sonia Acioli<sup>3</sup>

\* Pesquisa original resultante da primeira fase da dissertação: "Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar".

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Juiz de Fora, MG – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora adjunta da UFJF. Juiz de Fora, MG – Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

Autor Correspondente: Sibely Rabaça Dias da Costa. E-mail: sibelydemoraes@yahoo.com.br.

Submetido em: 22/08/2012

Aprovado em: 04/12/2012

### RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório sobre a capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados para tratamento clínico de patologia ou agravo crônico. Objetivou-se classificar e avaliar esse grupo quanto ao grau de dependência em relação ao autocuidado, conforme a concepção teórica de Dorothea Orem, utilizando-se a escala de capacidade de autocuidado adotada por Carpenito-Moyet. Foram pesquisados 193 sujeitos, selecionados nas unidades de internação clínica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, no primeiro trimestre de 2011. Os dados foram coletados nos prontuários dos pacientes internados e complementados pela visita de enfermagem. Dentre os resultados encontrados, 98 pacientes eram independentes (50,78%); 95 apresentavam algum tipo de dependência para o autocuidado (49,22%), sendo que, desses, 3 foram classificados com grau de dependência "1" (3,16%), necessitando de equipamento auxiliar; 57, com grau de dependência "2" (60%) necessitando do auxílio de pessoas; 19, com grau de dependência "3" (20%), necessitando do auxílio de pessoas e equipamentos; e 16, com grau de dependência "4" (16,84%), totalmente dependentes. Assim, com o aumento do número de pacientes com processos crônicos que envolvem graus de dependência, propõe-se o desenvolvimento de ações sistematizadas de enfermagem com adultos e idosos que evidenciam a síndrome do déficit de autocuidado e a seus familiares, em todos os níveis de atenção à saúde no SUS, visando não somente à reabilitação, mas a ações que favoreçam a promoção e a prevenção de novos agravos.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Autocuidado.

### ABSTRACT

*This was a descriptive and exploratory study on the self-care capacity of adults and elderly, hospitalized for treatment of disease or chronic health problems. The study aimed to classify and evaluate this group regarding their degree of dependence in relation to self-care, according to the theoretical conception of Dorothea Orem, using the self-care capacity scale adopted by Carpenito-Moyet. We studied 193 subjects, selected from the clinical inpatient units of the University Hospital at the Federal University of Juiz de Fora (MG) in the first quarter of 2011. Data were collected from the medical records of the hospitalized patients and supplemented by nursing visits. Among the findings, it was noted that 98 patients were completely independent (50.78%), while 95 patients had some type of dependence for self-care (49.22%). Of the latter, 3 patients were classified at dependence level "1" (3.16%), requiring assistive equipment; 57 patients at dependence level "2" (60%), requiring assistive persons; 19 patients at dependence level "3" (20%), requiring assistive persons and equipment; 16 patients at dependence level "4" (16.84%), totally dependent. Thus, with the increasing number of patients with chronic disorders that involve some level of dependence, we propose the development of systematic nursing actions concerning adults and elderly who exhibit self-care deficit syndrome, and their relatives, at all levels of health care in the Unified Health System, aimed not only at rehabilitation, but at actions that promote good health and the prevention of new health problems.*

**Keywords:** Nursing; Nursing Care; Self-care.

### RESUMEN

*Se trata de un estudio exploratorio descriptivo sobre la capacidad de auto-cuidado de adultos y adultos mayores hospitalizados para tratamiento de enfermedades o problemas crónicos de salud. Su objetivo fue clasificar y evaluar este grupo según su grado de dependencia en auto-cuidado, de acuerdo con la teoría Dorothea Orem, mediante la escala de capacidad de auto-cuidado de Carpenito-Moyet. Los autores entrevistaron a 193 sujetos seleccionados de las unidades de clínica médica del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Juiz de Fora (MG) durante el primer*

trimestre de 2011. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas de los pacientes ingresados y de las notas de los enfermeros. El estudio reveló que 98 pacientes (50,78) eran independientes y que 95 pacientes (49,22%) tenían algún tipo de dependencia para el auto-cuidado; entre ellos, 3 pacientes (3,16%) fueron clasificados como grado una dependencia<sup>1</sup>, con necesidad de equipos auxiliares; 57 pacientes (60%) grado de dependencia 2, que requiere ayuda de personas; 19 de los pacientes (20%) grado 3 que precisa ayuda de personas y equipos y 16 pacientes (16,84%) con grado de dependencia 4, es decir, totalmente dependientes. Debido al aumento de pacientes con enfermedades crónicas que implican algún grado de dependencia, se propone el desarrollo de acciones de enfermería sistemáticas con adultos y adultos mayores con síndrome de déficit de auto-cuidado y con sus familias en todos los niveles de atención del Sistema Único de Salud. Tales acciones buscan no sólo a la rehabilitación sino también la promoción de la salud y la prevención de nuevos problemas de salud.

**Palabras clave:** Enfermería; Cuidados de Enfermería; Auto-cuidado.

## INTRODUÇÃO

As condições crônicas tiveram aumento substancial a partir das últimas duas décadas do século passado, quando o Brasil passou por dois processos que produziram importantes mudanças no perfil das doenças em sua população. O primeiro processo foi o de transição demográfica, com significativa diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade, além do aumento progressivo da expectativa de vida, o que provocou o aumento da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. O segundo foi o de transição epidemiológica, caracterizada por importante mudança no perfil de morbidade e mortalidade no país, que se apresenta com importantes diversidades regionais decorrentes das diferenças socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.<sup>1,2</sup>

A transição demográfica e a epidemiológica estão relacionadas a fatores como a urbanização; o acesso aos serviços de saúde e aos meios de diagnóstico; as mudanças culturais ocorridas nas últimas décadas; a adoção de estilos de vida prejudiciais à saúde; o sedentarismo; o aumento do estresse; o consumo de alimentos ricos em lipídeos, carboidratos e sal; além da adoção de hábitos nocivos como a ingestão de álcool e o fumo, contribuindo para o aumento das condições crônicas. Estas impõem novas demandas ao sistema de saúde, que, se não forem gerenciadas, se tornarão a primeira causa de incapacidade no mundo em 2020, além do agravo mais dispendioso para os sistemas de saúde.<sup>2-4</sup>

No início do século XXI, as doenças crônicas já eram responsáveis por 60% das despesas com o tratamento de doenças em todo o mundo e podem atingir 80% em 2020, principalmente aos países em desenvolvimento. Além disso, a adesão ao tratamento das doenças crônicas é de apenas 20%, o que provoca elevados encargos à família, ao governo e à sociedade, além de estatísticas negativas para a saúde.<sup>3</sup> No Brasil, em 2011, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) já eram responsáveis por 70% das mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares (30%) e o câncer (15,6%), atingindo principalmente as pessoas de baixa renda e escolaridade, além de grupos vulneráveis, como o dos idosos.<sup>4</sup>

Como a maioria das condições crônicas é evitável e muitas de suas complicações preveníveis, os profissionais de saúde, mediante a interação com o paciente e sua família, devem orientá-los quanto à adoção de medidas preventivas, por meio da educação e de habilidades de comunicação.<sup>3</sup> Como colaboradora para as práticas de saúde de forma individual e coletiva, a enfermagem se faz importante na prevenção de agravos, além da promoção e proteção da saúde, visando à prevenção de incapacidades, à manutenção da funcionalidade e à melhoria da qualidade de vida, sobretudo da população idosa.<sup>5,6</sup>

A prática educativa é parte integrante do cuidado em enfermagem. Essa prática, na concepção de Acioli,<sup>7</sup> deve ser compartilhada por meio de um espaço para a troca de experiências e de saberes, onde o enfermeiro possa observar a realidade e identificar as necessidades, a fim de avaliar e reorientar sistematicamente o planejamento das ações a desenvolver.

Em nível macro, políticas pontuais e esforços também têm sido envidados tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, seja para a prevenção, seja para o controle de tais agravos. A OMS propõe o modelo de cuidados inovadores para condições crônicas baseado em uma tríade, que se encontra no centro do modelo formado pelo paciente e pelos familiares, pelo grupo de apoio da comunidade e pela equipe de atenção à saúde. A enfermagem integra a equipe de saúde e disponibiliza seu processo de cuidar de diferentes formas para o enfrentamento das condições crônicas. O autocuidado é destacado nesse modelo como importante estratégia de enfrentamento que “possibilita as pessoas a cuidarem de si mesmas com o auxílio de informações e materiais educacionais criteriosamente elaborados, incluindo assessoramento por meio de serviços *on line* ou de televisão digital”.<sup>3,5,4</sup>

A enfermagem, como campo de conhecimento e prática, concebe o autocuidado, baseando-se no constructo teórico de Dorothea Orem, desenvolvido em 1959, como “o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”.<sup>8,84</sup> Segundo o pensamento teórico de Dorothea Orem, quando uma pessoa não reúne habilidades suficientes para atender a uma demanda de autocuidado, torna-se necessário que outra pessoa exer-

ça tais cuidados, no caso, o enfermeiro.<sup>9</sup> Carpenito-Moyet,<sup>10</sup> em concordância com Dorothea Orem, também concebe o autocuidado como a capacidade de uma pessoa prestar seu próprio cuidado, em todas as áreas, de forma independente.

Em 1985, Dorothea Orem desenvolveu sua teoria geral do déficit de autocuidado, composta por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado; a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A teoria dos sistemas de enfermagem está baseada nas necessidades de autocuidado e na capacidade do paciente em desempenhá-las. É classificada em três tipos: sistema totalmente compensatório, quando o indivíduo é incapaz de desenvolver ações de autocuidado necessitando totalmente da enfermagem; sistema parcialmente compensatório, no qual tanto o indivíduo quanto a enfermagem desenvolvem ações de autocuidado; sistema de apoio-educação, em que a pessoa é capaz de desenvolver seu autocuidado, mas necessita de orientação do enfermeiro para que possa aprender a desempenhá-lo.<sup>8</sup>

O adulto e o idoso com algum agravamento ou condição crônica, dependente de cuidados, geralmente apresenta déficits nas atividades de vida diária (AVDs) e/ou atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As AVDs são as atividades que a pessoa executa para o cuidado da parte física e fisiológica, como alimentar-se, banhar-se, usar o toalete, vestir-se e deambular. Já as AIVDs são as atividades cognitivas e intelectuais que atendem às demandas do cotidiano, como lavar e passar roupas, cozinhar, fazer compras e pagar contas.<sup>11,12</sup>

A capacidade de autocuidado tornou-se objeto de interesse deste estudo, e sua avaliação tornou-se fundamental como contribuição ao enfermeiro que investe de modo sistematizado no desenvolvimento de ações, sejam assistenciais, sejam de ensino ou pesquisa, com esse grupo. A escala adotada por Carpenito-Moyet<sup>10</sup> para a avaliação da capacidade de autocuidado de pessoas que são hospitalizadas, quando se utiliza o referencial teórico dos padrões funcionais de saúde de Gordon,<sup>13</sup> tem se mostrado eficiente para avaliar o padrão de atividade e exercício. Por meio dela, avalia-se a capacidade do indivíduo em realizar tanto as AVDs (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, uso do sanitário, mobilidade, transferências, deambulação e subir escadas) quanto as AIVDs (capacidade de realizar compras, cozinhar e promover a manutenção do lar). Para Carpenito-Moyet,<sup>10</sup> ainda tomando como referência a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA<sup>®</sup>, considera-se que o indivíduo apresenta a síndrome do déficit de autocuidado quando é totalmente incapaz de realizar o autocuidado tanto para as AVDs quanto para as AIVDs.

Dessa forma, neste artigo, apresenta-se um estudo sobre a capacidade de autocuidado de adultos e idosos, conforme o gênero, durante uma hospitalização para tratamento de patologia ou agravamento de natureza crônico-degenerati-

va, com identificação do grau de dependência. Esse estudo resultou da primeira etapa da pesquisa "Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar", desenvolvida no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A realização dessa etapa justificou-se pela observação assistemática, no contínuo da prática assistencial da enfermagem, sobre o elevado número de adultos e idosos que se hospitalizam para tratamento de agravamentos de patologias crônicas, por apresentarem algum grau de dependência para a realização do autocuidado e por ter se tornado cada vez mais comum a condição de "alta melhorada" para que deixem o hospital.

Partiu-se do pressuposto de que essa situação relaciona-se à política de desospitalização, na qual há o incentivo para a alta hospitalar o mais cedo possível, sob a argumentação da necessidade de redução de custos financeiros, maior rotatividade de leitos e diminuição dos riscos que uma internação prolongada pode causar. Dessa maneira, grande parte dos adultos e idosos hospitalizados retorna à comunidade e à família assim que são resolvidos os problemas agudos, mas ainda com graus de dependência para o autocuidado e com múltiplas situações que demandam assistência, muitas vezes, de alta complexidade, que acabam por permanecer ao encargo da família.<sup>14-16</sup>

Essa problemática colocou em evidência as dificuldades da família e do sistema de saúde em lidar com as condições crônicas, enfatizando a necessidade de diagnósticos de saúde que subsidiem o processo de cuidar pelo enfermeiro, seja durante a internação, mediante orientações para a alta, seja após a alta hospitalar ou visitas domiciliares pela Estratégia Saúde da Família (ESF).<sup>17</sup>

O objetivo geral foi avaliar adultos e idosos hospitalizados para tratamento clínico de patologia ou agravamento crônico, quanto à capacidade de autocuidado. Em específico, visou classificar o grupo estudado quanto ao grau de dependência, identificando diferenças entre homens e mulheres, tornando evidente o grupo com grau de dependência que exige a supervisão, apoio ou atuação de um cuidador para a realização do autocuidado após a alta.

## METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos elencados, realizou-se uma pesquisa ou estudo exploratório. Optou-se por esse tipo de estudo tal como se apresenta seu significado no contexto em que se insere. Assim, o propósito foi obter informações sobre o universo de pacientes internados em determinado período, de modo a refletir verdadeiramente as características da realidade no que concerne à capacidade de autocuidado. Partiu-se da hipótese de que quanto menor a capacidade de autocuidado de uma pessoa, maior o grau de dependência da enfermagem e/ou de um

cuidador familiar após a alta hospitalar. Foram utilizados os recursos da pesquisa quantitativa, cuja coleta sistemática de dados apoiou-se em instrumento estruturado (escala de avaliação) e a compilação e a análise, na interpretação e cálculos matemáticos, baseando-se nas técnicas de análise descritiva dos estudos quantitativos. Os dados significativos à análise foram apresentados sob forma de tabelas e gráficos, com discussão embasada no referencial temático e teórico de suporte adotado no estudo.<sup>18</sup>

O cenário da pesquisa foi o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF)-MG, escolhido por ser uma instituição de ensino e pesquisa com infraestrutura compatível ao desenvolvimento do estudo. Trata-se de uma instituição hospitalar com 45 anos de existência, referência em cuidados de saúde de média e alta complexidade em 30 especialidades – clínica, cirúrgica, de diagnose e terapêutica – destacando-se o atendimento a doenças neurológicas imunomediadas, hepatológicas, à reabilitação de hanseníase, transplante de medula óssea e ao tratamento de fibrose cística. Ressalte-se que é campo de formação profissional para 10 dentre as 14 profissões de saúde. Atende aos usuários do SUS da macrorregião sudeste de Minas Gerais, que inclui 95 municípios, os vindos de outras regiões do Estado e, ainda, outros residentes em cidades da região centro-sul do Estado do Rio de Janeiro.<sup>19</sup>

A coleta de dados com os adultos e idosos foi realizada no primeiro trimestre de 2011, do dia 1º de janeiro ao dia 31 de março, nas unidades de clínica médica, feminina e masculina, do HU/UFJF, chamadas Medicina de Mulheres (MM) e Medicina de Homens (MH), localizadas no segundo e terceiro andares, respectivamente. Cada uma tem 8 enfermeiras, sendo 6 com 3 leitos cada uma e 2 com 4 leitos, no total de 26 leitos em cada unidade clínica. Os critérios de inclusão na pesquisa foram os pacientes apresentarem idade acima de 18 anos, serem residentes na cidade sede da pesquisa e estarem conscientes no momento da avaliação ou estarem na presença de um cuidador familiar responsável.

Pautou-se pela avaliação da capacidade de autocuidado, utilizando-se os recursos de busca ativa nos prontuários e da visita de enfermagem como ferramenta de coleta de dados. Registrou-se o universo de 311 pacientes admitidos no período pesquisado, e, considerando esses critérios, 193 pacientes foram incluídos na pesquisa, sendo 119 mulheres e 74 homens. Ressalte-se que, no primeiro trimestre, o número de internações restringiu-se em relação aos outros períodos do ano, em razão das férias acadêmicas e o do ingresso de residentes nos programas ofertados pela instituição.

Para a coleta de dados relacionados à internação, foi desenvolvido um formulário contendo identificação, gênero, idade, número do leito, data da admissão, motivo da internação, estado civil, cor da pele, profissão, endereço, telefone, grau de dependência para o autocuidado, quem era o cuidador familiar e a

data da alta. Com esse formulário, foi organizado um banco de dados para cada uma das unidades de internação incluídas na pesquisa (MM e MH), contribuindo para a posterior classificação do grau de dependência do paciente hospitalizado e análise.

Para a classificação do grau de dependência, adotou-se a escala para a avaliação da Capacidade de Autocuidado<sup>10</sup> (Figura 1).

Figura 1 - Escala para a avaliação da capacidade de autocuidado

Requisitos	Graus de dependência				
	0	1	2	3	4
Comer/Beber					
Banhar-se					
Vestir-se/Arrumar-se					
Uso do sanitário					
Mobilidade no leito					
Transferências					
Deambulação					
Subir escadas					
Compras					
Preparo das refeições					
Manutenção do lar					

Legenda: 0 = Independente; 1 = Necessita de equipamento auxiliar; 2 = Necessita de auxílio de outros; 3 = Necessidade de auxílio de pessoas e de equipamentos; 4 = Dependente/Incapaz.

Equipamentos Auxiliares: \_\_\_ Nenhum; \_\_\_ Muletas; \_\_\_ Andador; \_\_\_ Bengala; \_\_\_ Tala/Colete; \_\_\_ Cadeira de rodas; \_\_\_ Outros.

Fonte: Carpenito-Moyet.<sup>10,50</sup>

Em seu modelo de coleta de dados, Carpenito Moyet<sup>10</sup> adota a proposta de processo de enfermagem sistematizado segundo os padrões funcionais de Marjory Gordon<sup>13</sup> e sugere essa escala para avaliação do padrão funcional de atividade/exercício de uma pessoa quanto à capacidade de autocuidado. A referida escala possibilita ao enfermeiro classificar o grau de dependência, que vai de independente a dependente/incapaz, segundo um grupo de requisitos para o autocuidado que inclui atividades básicas e instrumentais da vida diária. Portanto, conforme progride a numeração da escala em cada um dos requisitos, o grau de dependência também aumenta. A dependência a que se refere pode ser de algum tipo de equipamento, como uma cama com grade, uma cadeira de rodas, uma muleta, andador ou, até mesmo, sondas ou bombas de insulina; de uma pessoa para auxiliar; de ambos: pessoa e equipamentos; e, ainda, a condição completamente dependente, que é considerada completamente incapaz para o autocuidado. Tem-se, por essa escala, que, partir do grau “2”, o indivíduo passa a depender do auxílio de outras pessoas para a realização do autocuidado.<sup>10</sup>

A pesquisa exploratória foi iniciada somente após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética do HU/UFJF<sup>20</sup>, onde a pesquisa foi realizada, sob o Protocolo nº 103-420-2010.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha das unidades de clínica médica apoiou-se na observação assistemática do perfil dos pacientes rotineiramente internados nelas, que evidenciavam maior grau de dependência para o autocuidado, segundo a escala de grau de dependência adotada, em relação aos setores de cirurgia, por exemplo. O tempo de permanência dos pacientes hospitalizados nos setores de clínica era maior, evidenciando um perfil de adultos e idosos portadores de doenças crônicas com maior grau de dependência para o autocuidado.

Foram identificadas, no trimestre estudado, 311 internações, sendo 175 na MM e 136 na MH. Do total de 175 mulheres internadas na MM, 55 eram provenientes de outros municípios da macrorregião sudeste de Minas Gerais e uma paciente era menor de 18 anos, e foram excluídas do estudo. As outras 119 pacientes eram maiores de 18 anos e residentes em Juiz de Fora, sendo, portanto, incluídas no estudo. Dessas 119 pacientes, registrou-se a ocorrência de 5 transferências para a clínica cirúrgica, 4 para outro hospital, 2 para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do próprio hospital, 1 para a UTI de outro hospital, 1 alta por evasão, 1 alta a pedido, 8 óbitos, 86 altas na condição de “melhorada” e 11 mulheres permaneceram internadas após o término da coleta de dados.

Observou-se que, das 119 mulheres classificadas, 53% apresentaram grau dependência “0”, sendo, portanto, consideradas independentes para o autocuidado. Em segundo lugar estavam as pacientes com grau de dependência “2” (28,50%), necessitando do auxílio de outras pessoas para a realização do autocuidado. Em terceiro lugar, seguiram empata-das mulheres com graus de dependência “3” e “4” (8,40%), que necessitavam tanto da ajuda de outras pessoas e de equipamentos quanto aquela totalmente dependentes, respectivamente. Por último, ficaram as mulheres com grau de dependência “1” (1,70%), que necessitavam apenas de equipamento auxiliar, como o uso de uma muleta, por exemplo, para a realização do autocuidado (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes na Medicina de Mulheres, segundo o grau de dependência para o autocuidado – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, 1º trimestre, 2011

Grau de dependência para o autocuidado	Jan.	Fev.	Mar.	Total	Percentual (%)
Total de pacientes classificados na MM	42	44	33	119	100,00
Grau 0	26	24	13	63	53,0
Grau 1	1	0	1	2	1,70
Grau 2	8	16	10	34	28,50
Grau 3	2	4	4	10	8,40
Grau 4	5	0	5	10	8,40

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Dos 136 pacientes internados na MH, 62 eram provenientes de outros municípios da macrorregião sudeste de Minas Gerais, sendo, portanto, excluídos da pesquisa. Os outros 74 pacientes eram maiores de 18 anos e residiam em Juiz de Fora, sendo classificados pela pesquisa. Desses 74 pacientes classificados, foram registradas 2 transferências para a clínica cirúrgica; 3 para a UTI do próprio hospital; 1 para a UTI de outro hospital; 1 alta a pedido; 2 transferências hospitalares; 1 óbito; 53 pacientes de alta na condição de “melhorada”; e 11 pacientes permaneceram internados após o término da coleta de dados.

Do total avaliado, 35 homens (47,30%) apresentaram grau de dependência “0”, sendo, portanto, independentes para o autocuidado. Em segundo lugar, com grau de dependência “2”, ficaram aqueles que necessitavam do auxílio de outras pessoas (31,08%), seguidos daqueles que evidenciaram os graus de dependência “3” (12,17%) e “4” (8,10%), que necessitavam tanto da ajuda de outras pessoas e de equipamentos quanto os homens totalmente dependentes, respectivamente. Por último, ficaram os homens com grau de dependência “1” (1,35%), que necessitavam apenas de equipamento auxiliar, como o uso de cadeira de rodas, por exemplo, para a realização do autocuidado (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes na Medicina de Homens, segundo o grau de dependência para o autocuidado – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, 1º trimestre, 2011

Grau de dependência para o autocuidado	Jan.	Fev.	Mar.	Total	Percentual (%)
Total de pacientes classificados na MH	29	21	24	74	100,00
Grau 0	16	11	8	35	47,30
Grau 1	0	0	1	1	1,35
Grau 2	11	4	8	23	31,08
Grau 3	1	5	3	9	12,17
Grau 4	1	1	4	6	8,10

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Assim, observou-se que não houve diferenças significativas em relação ao gênero, considerando o grau de dependência dos pacientes para o autocuidado, mas apenas maior número de internações de mulheres em relação aos homens no período estudado.

No estudo, mostrou-se que o número de dias de internação dos pacientes nas clínicas médicas (MM e MH), que são setores que recebem maior número de pacientes com DCNT, variou, no primeiro trimestre de 2011, entre 2 e 48 dias. Observou-se que os pacientes com graus de dependência menores (“0” e “1”) referiam-se a casos agudos para investigação diagnóstica e coincidiam com curta permanência no setor, enquanto pacientes com graus de dependência maiores (“2”, “3” e “4”)

caracterizavam os casos de DCNT que coincidiam com longa permanência hospitalar.

Os agravos que ocasionaram as internações em ambas as clínicas médicas (MM e MH), no período pesquisado, conforme o CID-10,<sup>21</sup> podem-se observar, na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes na Medicina de Mulheres e Medicina de Homens, segundo as patologias ou agravos mais incidentes do CID-10 – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, 1º trimestre, 2011

Clínicas médicas	Medicina de Mulheres (MM)	Medicina de Homens (MH)
Total	119	74
Pneumopatias	20	16
Transtornos gastrintestinais	18	14
Nefropatias	14	6
Cardiopatias	15	5
Doenças neurológicas	15	6
Infecções (estafilocóccias)	3	7
Doenças relacionadas ao HIV	14	3
AVE isquêmico	6	6
Doenças hematológicas	6	5
Câncer	2	3
Distúrbios metabólicos	2	2
Vasculopatias	2	1
Doenças reumáticas	2	0

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Cabe destacar que, no referido trimestre, observou-se maior número de mulheres hospitalizadas cujos motivos das internações, segundo o CID-10, foram, respectivamente: pneumopatias, transtornos gastrintestinais, cardiopatias e doenças neurológicas, seguidas das internações para tratamentos de nefropatias e doenças relacionadas ao HIV. Já os homens, conforme os mesmos critérios, foram internados pelas seguintes causas, respectivamente: pneumopatias, transtornos gastrintestinais, infecções, nefropatias e doenças neurológicas. Não foi observada internação de homens com agravos reumatológicos.

Nos grupos de causas de internação identificados entre homens e mulheres, destacaram-se as DCNTs, evidenciando maior morbidade entre as mulheres. Ao analisar o perfil de internações nas unidades de clínica, no contexto da rede SUS, deve-se considerar que o Ministério da Saúde (MS), por meio de seu plano de enfrentamento das DCNTs, mostrou que existem no Brasil significativas diferenças regionais na distribuição dessas doenças, relacionadas a gênero, a grupos étnico-raciais, ciclos de vida e de estrato socioeconômico, assim como ao acesso à sua prevenção e controle, constituindo importante fator de iniquidade em saúde que precisa ser superado.<sup>4</sup>

Outro fator a considerar é o de que essas internações integram um hospital federal de ensino e pesquisa que é referência macrorregional. Com isso, na rede de atenção existe uma tendência de encaminhar para esse hospital os pacientes que demandam maiores investimentos de recursos diagnósticos e terapêuticos. Finalmente, deve-se reconhecer a existência da política de “desospitalização”, que estimula a internação apenas dos casos considerados mais graves, cujo tratamento seria inviabilizado ambulatorialmente ou em ambiente domiciliar.

A capacidade para o autocuidado relacionada à faixa etária constituiu uma relevante variável na pesquisa, podendo ser observada a diferença entre os gêneros na MM e na MH.

Das 119 mulheres selecionadas no período, 53% (63 mulheres) foram classificadas com grau de dependência “0”, ou independentes para o autocuidado. Entretanto um número elevado, ou 47% (56 mulheres), apresentou algum grau de dependência para o autocuidado. Dessas, 60,7% (34 mulheres) apresentaram grau de dependência “2”, sendo dependentes do auxílio de outras pessoas. Nos graus de dependência “3” e “4”, de maior complexidade, que vão desde o uso de equipamentos e auxílio de outros até a dependência total, classificaram-se 17,85% (10 mulheres). Apenas 3,6% (2 mulheres) evidenciaram o grau “1”, ou seja, eram dependentes de algum tipo de equipamento auxiliar (Tabela 4).

Tabela 4 - Relação entre a faixa etária e o grau de dependência para o autocuidado na Medicina de Mulheres – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, 1º trimestre de 2011

Grau de dependência para o autocuidado	Faixa etária na Medicina de Mulheres (em anos) n = 119			
	18 a 29	30 a 59	≥ 60	Total
Total	8	68	43	119
Grau 0	4	48	11	63
Grau 1	1	1	0	2
Grau 2	3	11	20	34
Grau 3	0	5	5	10
Grau 4	0	3	7	10

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Em relação aos homens selecionados no mesmo período, constatou-se que a maioria deles, ao contrário das mulheres, apresentava algum grau de dependência para o autocuidado. Dos 74 homens, 47,3% (35 homens) apresentavam a capacidade para o autocuidado preservada, entretanto 52,7% (39 homens) evidenciaram algum grau de dependência. Dos homens que apresentavam dependência, apenas 1 (2,6%) apresentou grau de dependência “1”, sendo dependente de equipamento auxiliar. Cabe destacar que 56,4% (22 homens) manifestaram o grau de dependência “2”, que segue sendo, também entre

os homens, o maior quantitativo. Em segundo lugar, identificaram-se 25,6% (10 homens) com o grau de dependência "3", ou seja, que dependiam do auxílio de outras pessoas e de equipamentos, e 6 homens, ou 15,4% dentre os que evidenciaram algum tipo de dependência, foram classificados como totalmente dependentes (Tabela 5).

Tabela 5 - Relação entre a faixa etária e o grau de dependência para o autocuidado na Medicina de Homens – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, 1º trimestre de 2011

Grau de dependência para o autocuidado	Faixa etária na Medicina de Homens (em anos) n = 74			
	18 a 29	30 a 59	≥ 60	Total
Total	10	32	32	74
Grau 0	5	25	5	35
Grau 1	0	1	0	1
Grau 2	2	5	15	22
Grau 3	2	1	7	10
Grau 4	1	0	5	6

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Observou-se que o maior número de mulheres e homens hospitalizados, classificados como independentes para o autocuidado (grau "0"), concentrava-se na faixa etária entre 30 e 59 anos. Já os pacientes com os maiores graus de dependência (graus "2" a "4") encontravam-se na faixa etária a partir dos 30 anos, com maior concentração entre os idosos (a partir de 60 anos), o que mostrou que o aumento da idade influenciou no grau de dependência.

Independentemente de gênero e idade, desenvolvem-se propostas de intervenções coordenadas tanto para a redução quanto pela morbidade relacionada às DCNTs, mediante uma articulação das ações de epidemiologia com as ações de assistência e promoção da saúde, com o objetivo de superar a fragmentação das ações. Essas intervenções visam, também, à redução das desigualdades em relação ao acesso a ambientes, práticas e oportunidades de vida saudáveis, além da promoção da autonomia de sujeitos e coletividades na conquista do direito à saúde e à qualidade de vida.<sup>1</sup>

Neste estudo mostrou-se que de 193 pacientes classificados, 98 eram independentes (50,78%), enquanto 95 apresentavam algum tipo de dependência para o autocuidado (49,22%). Dos 95 pacientes dependentes, 3 foram classificados como grau de dependência "1" (1,55%); 57 como grau de dependência "2" (29,53%); 19 com grau de dependência "3" (9,84%); e 16 com grau de dependência "4" (8,30%).

A diferença percentual entre os pacientes independentes e os dependentes pode ser considerada desprezível, tratando-se da complexidade que o progressivo aumento do grau de dependência acarreta para o autocuidado e da sobrecarga de

trabalho que passa a representar para a equipe de enfermagem. Segundo essa escala de avaliação, os pacientes classificados com o grau de dependência "2" passam a demandar, de modo progressivo, do auxílio de outros, e a enfermagem incumbe-se da responsabilidade dos cuidados no período de hospitalização.

No momento da alta, existem demandas para o sistema de saúde que incluem, além de equipamentos, medicação, exames e controles em outros pontos da rede, os cuidados domiciliares. Esses, quase sempre, ficam a cargo da família, destacando-se a figura do cuidador familiar, que é quem passa a assumir os cuidados no domicílio, sobretudo quando não é possível à família, do ponto de vista econômico, contratar um profissional.<sup>15</sup>

Mediante os achados deste estudo, enfatizou-se que, para o sistema de cuidados de enfermagem compensar o autocuidado, as ações de supervisão e de apoio-educação precisam sobressair ao longo de todo o período de internação de homens e mulheres. Considerando-se o percentual de pacientes classificados como independentes, reforça-se a importância da educação em saúde e das orientações para o autocuidado que devem ocorrer durante todo o período de hospitalização, e não somente no momento da alta. As ações de educação em saúde devem se estender após a alta, estimulando-se o vínculo do paciente usuário do SUS com a equipe de saúde da atenção primária.

Da mesma forma, considerando o elevado percentual de pacientes dependentes entre os sujeitos pesquisados (49,22%), evidenciou-se a necessidade de alertar a enfermagem para, no âmbito de seu processo de trabalho, dimensionar o aporte de cuidados que compensam, parcial ou totalmente, a capacidade de autocuidado. Deve-se pensar que, para além de apenas suprir as necessidades de autocuidado, será necessário que o enfermeiro identifique o cuidador na família, planejando com ele a educação em saúde por meio de práticas educativas para a manutenção dos cuidados após a alta, sobretudo se a atenção de enfermagem domiciliar não for desenvolvida de modo sistemático.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível classificar e avaliar adultos e idosos hospitalizados para o tratamento clínico de patologias ou agravos crônicos quanto à capacidade de autocuidado, identificando a diferença entre os gêneros e evidenciando o grupo com grau de dependência que necessita da presença de um cuidador familiar. Considerando os sistemas de enfermagem propostos por Dorothea Orem, tanto o adulto ou o idoso hospitalizado quanto o seu cuidador familiar precisam passar pelo processo de apoio-educação do profissional enfermeiro para que possam dar continuidade ao autocuidado após a alta hospitalar.

Com a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, é importante a realização de educação em saúde, que deve ser vista como uma dimensão do processo de

cuidar pelo enfermeiro, sobretudo pela convivência direta com a população, tanto no ambiente hospitalar quanto na comunidade, incluindo a orientação quanto aos comportamentos de risco, de forma a promover a saúde e prevenir as doenças crônicas.

Depois de instaladas as DCNTs, o enfermeiro deve agir de forma a orientar sobre os cuidados, tanto aos pacientes quanto aos cuidadores familiares, visando minimizar o grau de dependência que tende a aumentar a morbimortalidade da população. E considerando o contexto assistencial do SUS, são ações nas quais o profissional deve investir para além dos limites institucionais.

Dessa forma, entende-se que os programas de preparo para a alta hospitalar, como uma estratégia de educação em saúde, devem ser incentivados, contribuindo para a integralidade do cuidado, a fim de que a pessoa dependente receba um tratamento resolutivo e humanizado, reduzindo a possibilidade de reinternações.

Deve-se salientar, ainda, que a educação em saúde por meio de práticas educativas precisa ser desenvolvida em todos os âmbitos de atenção à saúde de forma articulada, seja na atenção terciária, por meio da preparação do paciente e familiar durante toda a internação para o momento da alta; seja na atenção secundária, pelas consultas ambulatoriais, onde os profissionais de saúde e, em especial o enfermeiro, devem aproveitar a oportunidade para ensinar e esclarecer dúvidas por meio de consultas de enfermagem; e na atenção primária, por meio de visitas domiciliares, aproveitando a ESF a fim de monitorar os cuidados realizados.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Brasília: MS, 2005.
2. Assis M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: Saldanha AL, Caldas CP. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 11-21.
3. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS; 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Declaração brasileira para a prevenção e controle das doenças e agravos crônicos não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Feliciani AM, Santos SSC, Valcarengui RV. Funcionalidade e quedas em idosos institucionalizados: propostas de ações de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(4):615-21.
6. Neves BN, Guedes HM, Barbosa SP, Aredes VTO. A atuação da equipe de enfermagem na vacina do idoso institucionalizado: o caso de um município da região do vale do aço. *REME Rev Min Enferm.* 2009; 13(3):416-22.
7. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(1):117-21.
8. Foster PC, Bennett AM, Dorothea E. Orem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 83-102.
9. Mcewen M, Wills EM. Bases teóricas para Enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
10. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
11. Costa EFA, Galera SC, Porto CC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto, CC. Semiologia médica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 159-93.
12. Duca GFD, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(5):796-805.
13. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3ª ed. St. Louis: Mosby; 1994.
14. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):861-6.
15. Castro EAB. Tecendo a rede de proteção após a queda: o cuidado depois da alta. In: Camargo Junior KR. Por uma filosofia empírica da atenção à saúde: olhares sobre o campo biomédico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 155-87.
16. Gomes WD, Resck ZMR. A percepção dos cuidadores domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas. *Rev Enferm UERJ.* 2009; 17(4):496-501.
17. Silva L; Silva MCLSR, Bousso RS. Perfil de famílias de idosos frágeis atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *REME Rev Min Enferm.* 2010; 14(1):52-8.
18. Piovesan A, Temporini E. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública.* 1995; 29(4):318-25.
19. Hospital Universitário UFJF. Institucional. Juiz de Fora: UFJF; c2009-2010. [Citado 2011 jan. 11]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/hu/institucional/>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.
21. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/ Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo FSP-USP. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10. 10ª ed. São Paulo: CIBCD; 2008.