

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**KARLA DESYREE DE FREITAS FRANCA**

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PERFIL DOS PACIENTES  
INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE RONDÔNIA NO  
PERÍODO DE 2012-2013**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**KARLA DESYREE DE FREITAS FRANCA**

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PERFIL DOS PACIENTES  
INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE RONDÔNIA NO  
PERÍODO DE 2012-2013**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem-Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra. Fabiana Faleiros Santana Castro

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **AGRADECIMENTO**

A Deus e a Nossa Senhora pela força.

A Dra. Fabiana Faleiros S. Castro por ter acreditado no meu esforço e pelo apoio.

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE RONDÔNIA NO PERÍODO DE 2012 A 2013** de autoria da aluna **KARLA DESYREE DE FREITAS FRANCA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis.

---

**Profa. Dra. Fabiana Faleiros Santana Castro**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>17</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>20</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO 2 .....</b>	<b>41</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Tempo de internação dos internos da clínica médica, HRC, 2012-2013 .....	<b>32</b>
--	-----------

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> Mapa do Estado de Rondônia político e suas cidades .....	<b>23</b>
--	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Idade dos internos da clínica médica, HRC, no período de 2012-2013.....	<b>20</b>
<b>Tabela 2.</b> Cidades de procedência dos internos da clínica médica, HRC, 2012-2013.....	<b>21</b>
<b>Tabela 3.</b> Doenças crônicas não transmissíveis nos internos masculinos, clínicos médica, HRC, 2012-2013.....	<b>24</b>
<b>Tabela 4.</b> Neoplasias nos internos masculinos, clínica médica, HRC, 2012-2013.....	<b>26</b>
<b>Tabela 5.</b> Doenças crônicas não transmissíveis nas internas femininas, clínica médica, HRC, 2012-2013.....	<b>27</b>
<b>Tabela 6.</b> Neoplasias nas internas femininas, clínica médica, HRC, 2012-2013.....	<b>29</b>
<b>Tabela 7.</b> Óbitos dos internos, clínica médica, HRC, 2012-2013.....	<b>34</b>

## RESUMO

O objetivo desse estudo é identificar e caracterizar a ocorrência e os óbitos associados às doenças crônicas não transmissíveis nas hospitalizações da clínica médica de um Hospital Regional do interior de Rondônia. Os dados foram obtidos através do caderno de admissão da clínica médica do Hospital Regional de Cacoal, no período de 13 de abril de 2012 a 31 de dezembro de 2013. De um total de 624 internações masculina e feminina, obteve-se o seguinte resultado: 340 homens e 284 mulheres acometidos por doenças crônicas. As doenças mais frequentes foram: Insuficiência Cardíaca Congestiva ICC, 16,5%, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 12,05%, Câncer de próstata, 2,64% nos homens e Diabetes mellitus 14,5%, Hipertensão arterial sistêmica, 12,5% e Câncer de mama, 3,50%. Os principais óbitos foram devido a Insuficiência Cardíaca Congestiva e Acidente Vascular Encefálico 13,5% nos homens e Câncer de mama 16,% e Insuficiência Cardíaca Congestiva 12% nas mulheres. Os resultados demonstraram que há uma parcela significativa de ocorrência e óbitos atribuídos as doenças crônicas, assim ações que visem o controle e prevenção das complicações associadas a essas doenças devem ser priorizadas.

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) caracterizam-se por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, e também, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais. (BRASIL, 2008).

Atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, principalmente aqueles pertencentes a grupos vulneráveis como idosos de baixa renda e escolaridade. Constituem o problema de saúde de maior de magnitude correspondendo a 72% das causas de mortes. (BRASIL, 2011).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grandes números de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolve também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda, à medida que a doença se agrava. (BRASIL, 2012).

As DCNT são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos no ano de 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem nos países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. No Brasil, são responsáveis por cerca de 70% dos óbitos, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (DAC), câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. (BRASIL, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) as doenças crônicas não transmissíveis caracterizam-se pelas doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas) as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus, desordens mentais, neurológicas, doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. (OMS, 2005).

As doenças crônicas de maior impacto mundial são as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Elas possuem fatores de risco em comum como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação não saudável, o álcool e a obesidade. (BRASIL, 2011).

Os fatores de riscos podem ser classificados em “não modificáveis” (sexo, idade e herança genética) e “comportamentais” (tabagismo, alimentação não balanceada, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de riscos comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais. (BRASIL, 2008).

Em todo o mundo, as taxas de natalidade estão recuando, as expectativas de vida avançando e as populações envelhecendo. Uma consequência dessa mudança demográfica é o aumento concomitante na incidência e prevalência dos problemas crônicos de saúde. Enquanto houve uma queda na taxa de mortalidade infantil e doenças parasitárias e infecciosas, há o aumento na expectativa de vida, maior exposição aos fatores de riscos dos problemas crônicos e desse modo as doenças crônicas tornam-se mais expressivas. (OMS, 2003).

As doenças crônicas possuem características preocupantes tais como:

- Requerem gerenciamento contínuo por um longo período ou por toda a vida;
- Representam um sério desafio para o sistema de saúde;
- Proporcionam graves consequências econômicas e sociais;
- Geram grandes números de internações hospitalares.
- São responsáveis por índices elevados de óbitos (OMS, 2003).

Os indivíduos de condições crônicas tendem a consumir mais serviços de saúde, apresentando taxas de internações bem mais elevadas do que as demais doenças, assim como permanência hospitalar mais prolongada. (AMARAL et al., 2004 apud JOBIM et al 2010).

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de FILHO et al 2004 quando informa que as taxas de hospitalizações das populações dependentes do Sistema Único de Saúde aumentaram em ambos os sexos e faixa etária. (FILHO et al 2004).

A consequência mais danosa e difícil das doenças crônicas não transmissíveis são as incapacidades permanentes e os óbitos. Nessa direção os estudos sobre o perfil dos usuários de serviços de saúde com DCNT se justifica pela magnitude dessas enfermidades, aumento em ritmo alarmante do número de internações, incapacidades e óbitos, além do sofrimento e danos econômicos.

A escolha dessa temática deve-se à relevância da epidemia das doenças crônicas. Fato observado e vivenciado no cotidiano da clínica médica do Hospital Regional de Cacoal em Rondônia.

Assim, essa pesquisa tem como objetivo identificar e caracterizar a ocorrência e os óbitos associados às doenças crônicas não transmissíveis nas hospitalizações da clínica médica de um Hospital Regional do interior de Rondônia. Pressupõe-se que com a elaboração desse estudo, haverá uma maior compreensão a respeito desse fenômeno e com isso poderão surgir novas práticas de cuidados proporcionando melhor assistência, conforto e em alguns casos até mesmo uma morte mais humanizada.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As doenças crônicas integram o conjunto de condições crônicas. Em geral estão relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico incerto, com longa e indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo, que nem sempre leva à cura. (BRASIL, 2013).

A epidemia de doenças crônicas ameaça o desenvolvimento econômico e social, bem como a vida e a saúde de milhões de pessoas. Em 2008, cerca de 36 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de doenças crônicas; é o dobro de mortes por doenças infecciosas (incluindo HIV/AIDS, malária e tuberculose), condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais.(OPAS,2007).

Estima-se que nos próximos dez anos os óbitos devido às DCNT devem aumentar em 17%. Isso significa que da estimativa de 64 milhões de óbitos em 2015, 41 milhões serão decorrentes de uma DCNT, a menos que medidas urgentes sejam tomadas. (ANS, 2007).

O ônus das doenças crônicas não transmissíveis continua aumentando no mundo, enfrentá-las e combatê-las constitui um dos principais e maiores desafios para a saúde no século XXI. (OPAS, 2012).

As condições crônicas levam a várias complicações associadas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, em um ciclo vicioso de sintomas associados, como por exemplo: a condição crônica leva a tensão muscular, que leva a dor, que leva ao estresse e ansiedade, que levam a problemas emocionais, que levam a depressão, que levam a fadiga que realimenta a condição crônica. (MENDES, 2012).

Apresentam-se como as circunstâncias na saúde das pessoas de forma persistente e que exigem respostas sociais reativas, proativas, episódicas, contínuas e integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde, dos usuários, familiares e amigos. (MENDES, 2012).

As doenças crônicas não transmissíveis são em grande medida, preveníveis, e o número total de mortes, em especial as prematuras, pode se reduzir consideravelmente mediante a modificação de quatro fatores de risco comuns: consumo de tabaco, alimentação inadequada:

consumo de excessivo de sal, açúcares, gorduras saturadas, corantes, alimentos processados, baixa ingestão de fibras, legumes, frutas, grãos e cereais. (OPAS, 2012).

A saúde é uma esfera da vida de homens e mulheres em toda a sua diversidade e singularidade. Dessa forma não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas crônicos. (BRASIL, 2010).

As mudanças econômicas, políticas sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado produziram alterações significativas para a vida em sociedade. (BRASIL, 2010).

No Brasil, essa mudança caracterizou-se pela transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças. (MENDES, 2012).

O percentual de jovens brasileiros de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050. (MENDES, 2012).

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, (PNAD) de 2008 demonstrou que na medida em que a idade avança, aumentam as doenças crônicas de tal modo que 80% dos brasileiros de 65 ou mais anos relataram ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas. 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas têm doenças crônicas e 5,9% dessa população tem três ou mais doenças crônicas. (MENDES, 2012).

A maior parte das DCNT não resulta em morte súbita, ao contrário, elas provavelmente levarão as pessoas a tornarem-se progressivamente enfermas e debilitadas, especialmente se não tiverem o tratamento adequado. (OMS, 2005).

Tal fato tende a aumentar a utilização dos serviços de saúde, principalmente os de média e alta complexidade e conseqüentemente onerar a prestação de assistência à saúde. (ANS, 2007).

Resultado semelhante foi encontrado no estudo do Ministério da Saúde do Brasil, (BRASIL, 2005), constatando que as doenças de longa duração como as DCNT estão entre as doenças que mais demandaram ações, procedimentos e serviços de saúde.

A alta prevalência de internações hospitalares tem sido demonstrada por muitos autores. Em estudo com base de dados do Sistema de Internações Hospitalares SIH, do Sistema Único de

Saúde SUS, no ano de 2001, os resultados mostraram que as internações hospitalares concentraram-se nas faixas extremas e aumentaram a partir da quinta década. Foram encontrados como causas mais frequentes de internamento as doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo para homens e mulheres. (LOYOLA FILHO et al., 2004 apud JOBIM et al., 2010).

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de FILHO et al, 2004, quando descreve que as taxas mais altas de internações hospitalares na população geral foram para os idosos de ambos os sexos, aumentando com a idade. Nesse estudo, as doenças do aparelho circulatório, respiratório e sistema digestivo, foram responsáveis por aproximadamente 60% das causas de internação.

As doenças crônicas não transmissíveis produzem elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces e, sobretudo para a sociedade, famílias e indivíduos que possuem essas doenças. (BRASIL, 2006).

A análise da situação de saúde mundial e nacional revela que são enormes os desafios colocados aos governos e aos gestores de saúde para garantir direitos de cidadania e de melhor qualidade de vida às suas populações. (BRASIL, 2008).

Para prestar uma atenção efetiva e eficiente às doenças crônicas, requer-se uma reorientação dos serviços de saúde, normalmente fragmentados e projetados para responder à demanda das doenças agudas. Com a perspectiva de reorientar os serviços de saúde, a OPAS propôs um enfoque de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS). Esse enfoque de rede se baseia na necessidade de superar a fragmentação atual dos serviços de saúde, que dificulta o acesso, resulta em serviços de baixa qualidade, economicamente insustentáveis e ineficientes com um aumento de custos e baixa satisfação dos usuários entre outras deficiências. (OPAS, 2012).

A atenção às doenças crônicas requer uma Atenção Primária sólida e articulada, que trabalhe em coordenação estreita com serviços especializados no segundo e terceiro nível de atenção. A atenção deve utilizar estratégias para melhoria da qualidade técnica, ampliação do acesso e financiamento adequado. (OPAS, 2012).

Como resposta aos desafios das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, tais como:

Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, magnitude e a tendência das doenças crônicas e fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde.

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool.

Programa academia de Saúde, criado em abril de 2011, visando à promoção de atividades físicas.

Ações de enfrentamento do tabagismo, destacando-se as ações regulatórias, como proibição da propaganda do cigarro, advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto.

No campo da alimentação saudável, o incentivo ao aleitamento materno, publicação do Guia alimentar para a População Brasileira, acordos com as indústrias dos alimentos para a eliminação das gorduras trans e redução de sal nos alimentos.

Expansão da Atenção Básica em Saúde, as equipes realizam ações de prevenção, promoção.

Expansão da Atenção Farmacêutica e à distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, entre outros.

Programa Farmácia Popular/Saúde não tem preço, oferta medicamentos para hipertensão e diabetes, mais de 17.500 farmácias estão cadastradas para a distribuição gratuita desses medicamentos.

Programa Brasil Sem Miséria que pretende reduzir a pobreza, destacando ações para o enfrentamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, DCNT no Brasil, 2011-2022, cujo objetivo é preparar o Brasil para enfrentar e deter nos próximos dez anos as doenças crônicas não transmissíveis. (BRASIL, 2011).

O sucesso das intervenções de saúde pública, no que se refere à redução dos fatores de risco e prevalência das DCNT é maior à medida que sejam realizadas de maneira integrada e abrangente as ações de promoção da saúde e de prevenção de DCNT e seus fatores de risco. (BRASIL, 2008).

### **3 MÉTODO**

A tecnologia que melhor define o resultado do estudo é a tecnologia de Concepção: o produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido.

Trata-se de estudo quantitativo e descritivo, com coleta de dados realizada no caderno de registros de admissões da clínica médica do Hospital Regional de Cacoal – Rondônia.

#### **3.1 Local do Estudo**

O estudo foi realizado na enfermaria de clínica médica no Hospital Regional de Cacoal – Rondônia.

A cidade de Cacoal faz parte do estado de Rondônia, localiza-se na porção centro-leste do estado, na mesorregião do leste Rondoniense. Seu território tem como limites as cidades de Presidente Médici ao noroeste, Espigão do Oeste ao leste, Castanheiras e Ministro Andreazza ao oeste, Pimenta Bueno ao sudoeste e Rolim de Moura ao sul. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CACOAL, 2014).

A população de Cacoal é estimada em 78.574 habitantes pelo censo de 2010, de acordo com o IBGE. (IBGE, 2014).

O Hospital Regional de Cacoal (HRC) é um Hospital Geral, Estadual, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e de alta complexidade. O atendimento é por demanda referenciada pelos municípios. O atendimento é contínuo nas 24 horas. (CNES, 2014).

O Hospital Regional de Cacoal atende as populações do centro sul do estado (Espigão do Oeste, São Felipe, Primavera de Rondônia, Pimenta Bueno, Nova Brasilândia do Oeste, Novo Horizonte, Alto Alegre dos Parecis, Alta Floresta, Rolim de Moura, Santa Luzia do Oeste), Cacoal e distritos, além dos municípios de Vilhena e da Zona da Mata (Seringueiras, São Miguel do Guaporé, São Francisco do Guaporé). (SESAU, 2014).

A clínica médica do HRC possui 30 leitos para adultos: feminino e masculino. Desses, 2 são leitos destinados a pacientes em isolamento.

A equipe é formada por 5 enfermeiros, 32 técnicos de enfermagem, 10 médicos clínicos gerais, 2 secretárias administrativas, 8 fisioterapeutas, 5 assistentes sociais, 5 nutricionistas, e 10 técnicos de nutrição.

A média de profissionais resume-se em: 1 enfermeiro, 6 técnicos de enfermagem, 2 clínicos gerais, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 2 técnico de nutrição, além de 1 assistente administrativo. Os fisioterapeutas, assistentes sociais e nutricionista não trabalham no período noturno. A assistente administrativa trabalha de segunda a sexta-feira.

### **3.2. Aspectos éticos**

O estudo foi autorizado pela direção do Hospital Regional de Cacoal (Anexo2). Não foi necessária a submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), uma vez que - não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistências (apenas a tecnologia produzida), não foi realizada consulta aos prontuários e não houve abordagem direta com os usuários.

Assim foram coletados apenas dados de domínio público que não identificaram os participantes da pesquisa, sem envolvimento dos seres humanos, isentando a necessidade de aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP. (CNS, 2014).

### **3.3. Amostra**

A amostra foi coletada no caderno de registros de admissões da clínica médica do hospital Regional de Cacoal.

Critérios de inclusão na amostra: foram selecionados os registros de usuários internos na clínica médica, com pelo menos uma doença crônica e com dados completos e letra legível.

Utilizando-se a definição de doenças crônicas da OMS: “as doenças crônicas são as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. Também estão incluídas as doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias, da sociedade, tais como: desordens mentais e neurológicas, doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas”. (OMS, 2005).

Critérios de exclusão da amostra: registros de indivíduos não internados na clínica médica, ou sem nenhuma doença crônica ou com registros com dados incompletos e letra ilegível.

O período considerado para coleta de dados nos registros foi de 13 de abril de 2012, início do funcionamento da clínica médica com pacientes masculinos e femininos adultos, até o dia 31 de dezembro de 2013.

Nesse período foram realizados 1343 internações. Considerando os critérios de exclusão e inclusão da amostra, foram selecionados ao final 624 registros de internações.

#### **3.4. Instrumento de coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados foi a ficha de coleta de dados individual. (Anexo 1).

O instrumento de coleta de dados foi criado de acordo com as informações contidas no caderno de registros de admissões. Cabe ressaltar que esse caderno de registros existe desde o início do funcionamento das clínicas do hospital.

Assim, as variáveis que compuseram o instrumento foram: número de internações, gênero, cidade de procedência, doença crônica, tempo de internação em dias e óbito.

#### **3.5 Análise dos dados**

Os dados foram organizados em bancos de dados e analisados no Word. Os resultados foram apresentados preferencialmente em tabelas, utilizando percentuais e frequências.

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

Nesse capítulo serão apresentados os resultados seguidos de sua análise, optou-se por esse modo visando dinamizar e facilitar a compreensão dos dados.

Ao término da coleta dos dados foi constatado um total de 1343 internações na clínica médica no período de 13 de abril de 2012 a 31 de dezembro de 2013.

Aplicando os critérios de exclusão da amostra descritos no método, restaram 624 registros de internações. Desse total 624 (100%), 340 (54,5%) do gênero masculino, e 284 (45,5%) do gênero feminino.

Na pesquisa de Santos e Barros (2008), os homens também apresentaram taxas de internações para todas as causas de hospitalização maiores que as mulheres.

**Tabela 1** - Idade dos internos da clínica médica, HRC, no período de 2012-2013.

<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>Internos masculinos</b>	<b>Porcentagem % (masc.)</b>	<b>Internos femininos</b>	<b>Porcentagem % (fem.)</b>
10 a 19	0	0,00%	1	0,35%
20 a 29 anos	3	0,90%	21	7,00%
30 a 39 anos	8	2,35%	23	7,50%
40 a 49 anos	31	9,20%	35	12,00%
50 a 59 anos	68	20,00%	40	14,00%
60 a 69 anos	90	26,50%	68	24,00%
70 a 79 anos	87	25,50%	70	26,65%
80 a 89 anos	45	13,20%	20	6,50%
90 anos ou mais	8	2,35%	6	2,00%
<b>TOTAL</b>	<b>340</b>	<b>100,00%</b>	<b>284</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Caderno de admissão, clínica médica, HRC, 2012-2013.

Conforme a tabela 1 observamos que a faixa etária 60 a 69 anos dos homens foi a que apresentou maior número de internações. Enquanto os das mulheres ficaram em 70 a 79 anos a mais incidente.

A faixa etária dos internos de um modo geral foi mais elevada a partir dos 50 anos até os 79 anos. A partir dos 80 a 89 anos houve uma diminuição do número de internos.

A população idosa, aquela considerada acima de 60 anos ou mais é aquela que mais cresce no país. Essa população quintuplicou entre 1960 e 2000 (passou de 3 para 14 milhões). Esse envelhecimento produz impacto direto nos serviços de saúde, uma vez que os idosos apresentam maiores problemas de saúde, especialmente de longa duração. (FILHO et al, 2004).

Discussão semelhante foi proposta por Jobim et al (2010), ao relatar no seu estudo que o aumento da população idosa se traduz em maior número de problemas médicos crônicos e degenerativos. Sabe-se que o idoso apresenta peculiaridades distintas das outras faixas etárias. Os idosos utilizam os serviços de saúde de maneira mais intensiva que os demais grupos etários.

Na pesquisa de Filho et al(2004), as internações concentraram-se nas faixas etárias extremas e aumentaram gradualmente após a quinta década de vida. Entre os idosos, as internações aumentaram com a idade de 11,8% aos 60-69 anos, para 17,7% aos 70-79 e 24,2% aos 80 anos e mais.

**Tabela 2** – Cidades de procedência dos internos da clínica médica, HRC, 2012-2013.

<b>Cidades</b>	<b>Homens</b>	<b>Porcentagem %</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Porcentagem %</b>
Cacoal	151	44,50%	148	52,50%
Rolim de moura	39	11,50%	39	13,50%
Espigão do oeste	33	9,50%	13	4,50%
Pimenta Bueno	22	7,00%	14	5,00%
Alta Floresta do Oeste	19	5,80%	11	4,00%
Ministro Andreazza	10	3,00%	8	3,00%
São Felipe do Oeste	9	2,50%	6	2,00%
Alta alegre do Parecis	7	2,00%	5	1,70%
Nova Brasilândia	6	1,70%	0	0,00%
Santa Luzia	5	1,40%	0	0,00%
Alvorada do Oeste	5	1,40%	3	1,00%
Primavera do Oeste	4	1,00%	3	1,00%
Jaru	4	1,00%	0	0,00%
São Miguel do Guaporé	0	0,00%	6	2,00%
Vilhena	0	0,00%	3	1,00%
Novo Horizonte	0	0,00%	3	1,00%
Outras	26	7,70%	22	7,80%
<b>TOTAL</b>	<b>340</b>	<b>100,00%</b>	<b>284</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Caderno de admissão clínica médica, HRC, 2012-2013.

As cidades com maiores taxas de internações masculinas e femininas foram Cacoal e Rolim de Moura.



**Tabela 3** – Doenças crônicas não transmissíveis nos internos masculinos, clínicos médica, HRC, 2012-2013.

<b>Doenças crônicas não transmissíveis</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem %</b>
*ICC	56	16,50%
*DPOC	41	12,00%
Diabetes mellitus	35	10,40%
*HAS	24	7,30%
*AVE	22	6,50%
*AVC	16	4,65%
*HAS + DM	13	4,00%
Cardiopatía	11	3,20%
ICC + HAS	8	2,35%
ICC + DPOC	8	2,35%
DPOC + HAS	5	1,40%
Angina	4	1,15%
HAS + AVE	4	1,15%
ICC + DPOC + HAS	4	1,15%
ICC +	3	0,85%
AVE + HAS + ICC	3	0,85%
HAS + DM + AVC	3	0,85%
ICC + Angina	3	0,85%
Endocardite	3	0,85%
ICC + AVE	2	0,55%
Parkison	2	0,55%

HAS + Angina	2	0,55%
DM + HAS + AVE	1	0,30%
Encefalopatia	1	0,30%
HAS + DM + ICC	1	0,30%
DM + HAS + DPOC	1	0,30%
DPOC + Alzheimer	1	0,30%
HAS + Parkison	1	0,30%
Mielite transversa	1	0,30%
Pericardite	1	0,30%
AVC + HAS	1	0,30%
DPOC + Miocardite	1	0,30%
TOTAL	282	83,00%

Fonte : Caderno de admissão da clínica médica, HRC, 2012-2013.

\*ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

\*DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

\*HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

\*AVE – Acidente Vascular Encefálico

\*AVC – Acidente Vascular Cerebral

\*HAS + DM – Hipertensão Arterial Sistêmica + Diabetes Mellitus

**Tabela 4** – Neoplasias nos internos masculinos, clínica médica, HRC, 2012-2013.

Neoplasias	Quantidade	Porcentagem %
Câncer de próstata	9	2,65%
Câncer de Laringe	9	2,65%
Câncer de estômago	9	2,65%
Câncer de cavidade oral	8	2,65%
Câncer de pulmão	7	2,05%
Câncer de mama	3	0,85%
Tumor cerebral	3	0,85%
Câncer peritoneal	2	0,55%
Linfoma	1	0,30%
Câncer de esôfago	1	0,30%
Sarcoma de Ewing	1	0,30%
Câncer Transglótico	1	0,30%
Câncer de Pâncreas	1	0,30%
Câncer de Carótida	1	0,30%
Câncer de Bexiga	1	0,30%
Câncer de canal anal	1	0,30%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>17,00%</b>

Fonte : Caderno de admissão da clínica médica, HRC, 2012-2013.

\*HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

\*DM + HAS – Diabetes Mellitus + Hipertensão Arterial Sistêmica

\*ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

\*DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

\*AVC – Acidente Vascular Cerebral

**Tabela 5** – Doenças crônicas não transmissíveis nas internas femininas, clínica médica, HRC, 2012-2013.

<b>Doenças crônicas não transmissíveis</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem %</b>
Diabetes Mellitus	47	14,50%
*HAS	34	12,50%
*DM + HAS	31	11,50%
*ICC	30	10,60%
*DPOC	13	4,70%
Cardiopatia	13	4,70%
*AVE	11	3,80%
*AVC	8	3,00%
AVE + HAS	7	2,50%
HAS + DPOC	6	2,20%
DM + HAS + ICC	5	2,00%
Alzheimer	4	1,40%
HAS + ICC	4	1,40%
Angina	4	1,40%
Parkison	3	1,05%
DM + HAS + AVE	3	1,05%
Artrose	2	0,70%
Asma	2	0,70%
Miocardiopatia	2	0,70%
Angina + DM	2	0,70%
AVE + ICC	2	0,70%
ICC + HAS + DPOC	2	0,70%
Lupus + DM + HAS	1	0,35%

Arritmia	1	0,35%
Mielopatia	1	0,35%
Pericardite	1	0,35%
Endocardite	1	0,35%
Derrame Pericardio	1	0,35%
Lupus	1	0,35%
DPOC + ICC	1	0,35%
Deformidade Motora +	1	0,35%
Confusão Mental	1	0,35%
Aneurisma Cerebral	1	0,35%
Esclerose Múltipla	1	0,35%
TOTAL	247	87,05%

Fonte: Caderno de admissão clínica médica, HRC, 2012-2013.

**Tabela 6** – Neoplasias nas internas femininas, clínica médica, HRC, 2012-2013.

Neoplasia	Quantidade	Porcentagem %
Câncer de mama	9	3,50%
Câncer de útero	4	1,40%
Câncer de ovário	3	1,05%
Câncer de bexiga	2	0,70%
Câncer de vulva	2	0,70%
Sarcoma retroperitoneal	2	0,70%
Câncer de laringe	2	0,70%
Câncer de reto	1	0,35%
Linfoma não Holding	1	0,35%
Câncer de pulmão	1	0,35%
Neoplasia abdominal	1	0,35%
Câncer de pâncreas	1	0,35%
Câncer das vias biliares	1	0,35%
Câncer gástrico	1	0,35%
Câncer glioblastoma	1	0,35%
Sarcoma de kaposi	1	0,35%
Câncer cervical	1	0,35%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>12,95%</b>

Fonte: Caderno de admissão da clínica médica, HRC, 2012-2013.

Conforme as tabelas 3 e 5 os resultados encontrados indicam que nos homens, as doenças do aparelho circulatório (ICC-16,5%), e doenças do aparelho respiratório (DPOC-12,5%), são as principais causas de hospitalizações.

Enquanto, nas internações femininas prevaleceu a doença metabólica (diabetes mellitus - 14,5%) e doenças cardiovasculares (HAS-12,5%), como mais incidentes.

No estudo de Jobim, et al (2010), as doenças do aparelho circulatório e respiratório foram as principais causas de hospitalização entre a população.

Os resultados reforçam a importância da doença cardiovascular na população e são concordantes com outros estudos brasileiros. (JOBIM et al 2010).

Na pesquisa de Filho et al (2004), o diagnóstico principal das internações hospitalares na população também foram as doenças do aparelho circulatório e respiratório respectivamente. Essas doenças responderam por aproximadamente 60% das causas de internações para ambos os sexos.

No trabalho de Santos e Barros (2008), as quatro principais causas de internações são as doenças do aparelho circulatório, seguidos do aparelho digestivo, respiratório e neoplasias.

Mendes (2011) destacou em seu estudo as internações por faixas etárias mais incidentes, que são idênticas ao resultado encontrado:

- 60 a 69 anos: doenças circulatórias, digestivas e neoplasias.
- 70 a 79 anos: doenças circulatórias, respiratórias e digestivas.
- 80 anos e mais: doenças circulatórias, respiratórias e lesões.

Os resultados reforçam a importância da doença cardiovascular nos indivíduos e são concordantes com outros estudos brasileiros. (JOBIM et al 2010).

Em relação as tabelas 4 e 6, referentes às neoplasias, nos homens, as mais prevalentes foram câncer de próstata -2,65%, laringe-2,65% e estômago-2,65% respectivamente. Nas mulheres, as principais neoplasias verificam se em câncer de mama-3,5%, câncer de útero-1,4% e câncer de ovário-1,05%.

Na pesquisa de Mendes, quando cita as 40 causas mais frequentes de internações, em relação às neoplasias, nas mulheres, a neoplasia de mama está na vigésima posição e trigésima nona neoplasia de cólon. Nos homens, aparecem o câncer de próstata na décima sexta, trigésima sexta, neoplasia de cavidade oral e trigésima sétima neoplasia de estômago.(MENDES, 2011).

Resultado parecido verificou-se em Brasil, quando descreve as maiores ocorrências de neoplasias nas mulheres: mama, 15,2%, seguida de traqueia, brônquios e pulmões 9,7%, e colo do útero 6,4%. Entre os homens: traqueia, brônquios e pulmões 15%, próstata 13,4%, e estômago 9,8%. (BRASIL, 2012).

A incidência de câncer do colo do útero no Brasil ainda permanece alta. Já em relação ao câncer de mama, embora se observe um aumento nas coberturas de mamografias, as taxas mantêm-se elevadas nas capitais e municípios do país. (BRASIL, 20110).

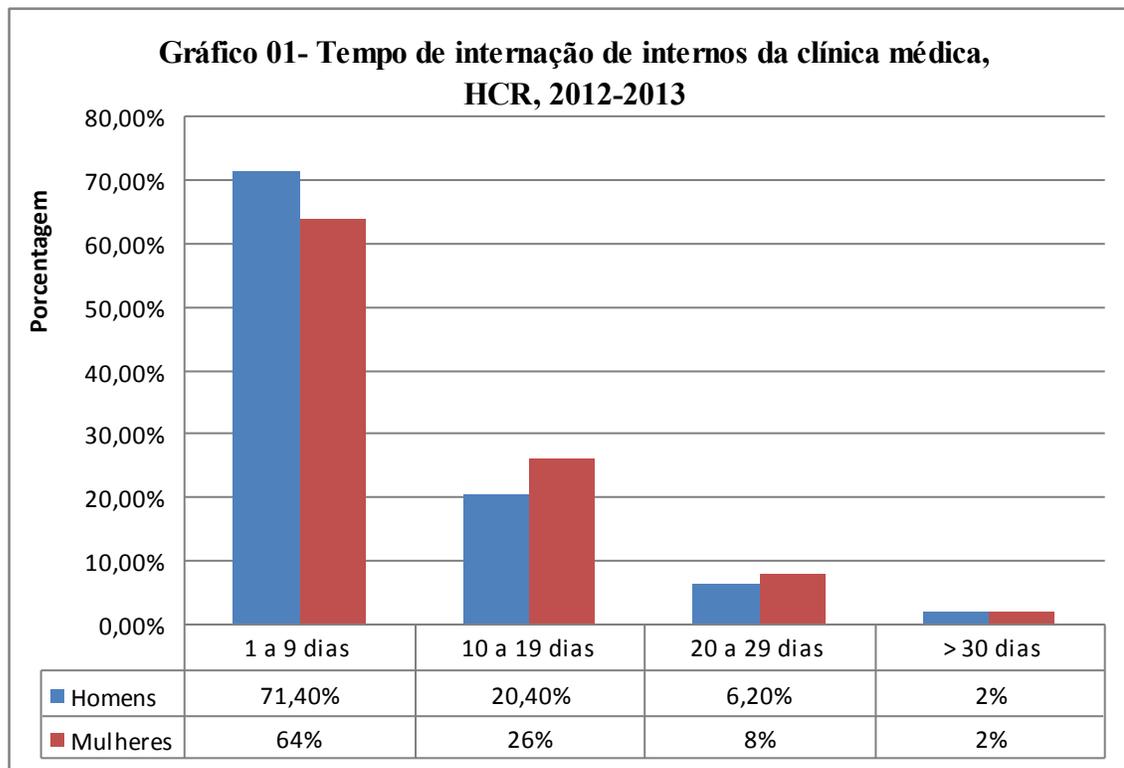
O câncer de ovário na região norte é o oitavo mais frequente, com um risco estimado em 2,52/100 mil. (INCA, 2014).

A taxa de internação hospitalar devido às neoplasias tem aumentado passando de 229/100 mil em 2000 para 301/100 mil em 2009. Entre os homens, as taxas ajustadas por idade segundo a população padrão mundial por câncer de pulmão, próstata e colorretal estão aumentando. Nas mulheres, as taxas de mama, pulmão e colorretal aumentaram enquanto as de câncer de colo de útero e estômago diminuíram. Ressaltando que a queda de incidência por câncer do colo do útero ocorreu nas capitais e regiões mais desenvolvidas, em função do acesso e melhoria da qualidade do exame citopatológico do colo do útero. Todavia, a incidência do mesmo permanece uma das mais altas no mundo. (BRASIL, 2011).

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta a ocorrência de 575mil casos novos de câncer reforçando a magnitude do problema no país. (INCA, 2014).

O câncer de pele do tipo não melanoma 182 mil casos novos será o mais incidente na população Brasileira, seguido pelos tumores de próstata- 69 mil, mama feminina-57 mil, cólon e reto- 33 mil, pulmão- 27 mil, estômago-20mil e colo do útero-15 mil. (INCA,2014).

**Gráfico 1 – Tempo de internação dos internos da clínica médica, HRC, 2012-2013.**



A partir do gráfico 1 observa-se que tanto para os homens, quanto para as mulheres, o maior tempo de internação concentrou-se no período de 1 a 9 dias. No período de 10 a 19 dias e 20 a 29 dias, as mulheres apareceram com maiores taxas de internações do que os homens.

De acordo com Amaral et al apud Jobim et al (2010), a população idosa tende a consumir mais os serviços de saúde, apresentando taxas de internação maior e tempo de hospitalização mais prolongado que os demais grupos etários.

Dos fatores associados à utilização dos serviços de saúde, a necessidade é o fator mais importante e indivíduos idosos utilizam mais os serviços, pela maior ocorrência de doenças crônicas. (PINHEIRO; TRAVASSOS, apud JOBIM et al 2010).

O maior tempo de hospitalização para a população idosa do SUS é decorrente de fatores associados às doenças crônicas como limitações e complicações. Outro fator é que boa parte da população dispõe unicamente do SUS para atendimento em saúde. (FILHO et al,2004).

Opinião parecida constitui o trabalho de Santos e Barros (2008), quando informa que a taxa de internação, tempo de internação e custos são maiores para a população da faixa etária a partir dos 60 anos.

A respeito de transferência hospitalar para outra instituição, aconteceram 7 transferências para hospitais da capital do estado Porto Velho, nos homens.

Entre as mulheres as transferências do mesmo modo, destinaram para a capital, totalizaram-se 3.

Em relação à transferência para outros setores dentro da própria instituição, temos os seguintes resultados: Masculino:

- 47 internos para a UTI (Unidade de Terapia Intensiva)
- 13 internos para a Clínica Cirúrgica
- 03 internos para a Clínica Ortopédica

Feminino:

- 36 internas para a UTI
- 07 internas para a Clínica Cirúrgica
- 01 interna para a Clínica Ortopédica

**Tabela 7** – Óbitos dos internos, clínica médica, HRC, 2012-2013.

Morbidade Masculina	Quantidade	Porcentagem %	Morbidade Feminina	Quantidade	Porcentagem %
ICC	04	13,5%	Câncer de mama	03	16,0%
AVE	04	13,5%	ICC	02	12,0%
Câncer de Prostate	03	10,0%	DPOC	02	12,0%
DPOC	03	10,0%	Câncer de ovário	01	06,0%
AVC	03	10,0%	Câncer de reto	01	06,0%
Câncer de Cavidade oral	02	06,5%	Câncer glioblastoma	01	06,0%
Câncer de estômago	02	06,5%	Câncer de esôfago	01	06,0%
ICC+AVC+HAS	01	03,35%	Neoplasia Abdominal	01	06,0%
Parkison +HAS	01	03,35%	DM+ HAS	01	06,0%
Câncer transglótico	01	03,35%	AVC	01	06,0%
Câncer de bexiga	01	03,35%	HAS+ DPOC	01	06,0%
Câncer de pulmão	01	03,35%	DM+DPOC	01	06,0%
Linfoma	01	03,35%	Alzheimer	01	06,0%
AVE+ HAS	01	03,35%			
Angina + AVE	01	03,35%			
Parkison	01	03,35%			
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>		<b>17</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Caderno de admissão clínica médica, HRC, 2012-2013.

De acordo com a tabela 7, as 3 principais causas de óbitos em homens e mulheres ocorreram devido a ICC 13,5%, AVE 13,5%, câncer de próstata 10,0%, e câncer de mama 16,0%, ICC 12% e DPOC 12,0% respectivamente. As doenças circulatórias, neurológicas, respiratórias e neoplasias permaneceram nas primeiras posições.

Discussão do mesmo modo foi proposta por Santos e Barros (2008), ao relatarem que as causas que levam a população ao óbito, observam-se a importância do aparelho circulatório, respiratório e digestório.

Os resultados do estudo também estão de acordo com Brasil, 2011 ao relatar que em 2008, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram as principais causas de anos potenciais perdidos em ambos os sexos. Nos homens, as maiores taxas de mortalidade devido aos cânceres são: pulmão, próstata e colorretal, nas mulheres, câncer de mama, pulmão e colorretal.

Achado análogo compôs o enunciado de Brasil (2012) em 2009, as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis pelos seguintes óbitos: doenças do aparelho circulatório 29%, neoplasias 16%, causas externas 10%, doenças respiratórias 10%.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou e analisou as doenças crônicas não transmissíveis nos internos da clínica médica do HRC de Cacoal no período de 2012 a 2013.

Os resultados indicaram que há uma parcela significativa de doenças crônicas nos internos: 340 masculinos e 284 femininos.

As idades dos pacientes portadores de doenças crônicas mais incidentes foram de 50 a 79 anos, tanto para homens e mulheres.

As doenças mais incidentes foram as cardiológicas: ICC, HAS, respiratórias: DPOC e metabólicas: DM estão de acordo com todas as pesquisas.

Os óbitos causados pelas doenças crônicas ocorreram devido a ICC, AVE, DPOC e neoplasias: câncer de próstata, câncer de mama, em conformidade com as demais discussões.

As doenças crônicas são muito complexas e debilitantes, no entanto, são passíveis de prevenção e promoção, com a incorporação de hábitos saudáveis. O perfil dos internos proporcionará cuidados mais específicos e qualificados. Sugere-se que novos estudos de monitoração sobre doenças crônicas sejam realizados para melhoramento da assistência aos clientes dos serviços de saúde brasileiros.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar.– 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2007. 168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica do Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 34 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 60p.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. CONEP Conselho Nacional de Ética em Pesquisas. **CNS196/96. Perguntas/respostas**. Disponível em:<

[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/documentos/08\\_set\\_perguntas\\_respostas.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/documentos/08_set_perguntas_respostas.pdf)>. Acesso em 19 de março de 2014.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Estabelecimento de Saúde. **Hospital Regional de Cacoal HRC.** Disponível em:<[http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=1100046599877](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=1100046599877)> Acesso em 16 de março de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde (OMS)– Brasília, 2003.

FILHO, Antônio Ignácio de Loyola et al. Causas de internações entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. De Saúde**, Brasília, v.13, n.4, dez. 2004. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=1679-49742004000400005&Ing=PT&nrm=isso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=1679-49742004000400005&Ing=PT&nrm=isso)>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2014. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742004000400005>.

FURTADO da Cruz Jobim, Eduardo; de Souza, Valdemar Oscar; Sarriá Cabrera, Marcos Aparecido Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais gerais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 32, núm. 1, 2010, pp. 79-83 Universidade Estadual de Maringá, Brasil.

IBGE. Cidades. Rondônia. **Cacoal.** Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=110004&search=rondonia|cacoal>>. Acesso em 16 de março de 2014.

INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p. : il. col., mapas.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde. Washington, 2007.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Melhora dos cuidados crônicos através das redes de atenção a saúde. Washington, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Preventing Chronic Diseases a vital investments. Geneva, 2005. 182 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACOAL. Conheça Cacoal. Sobre o município. **Geografia de Cacoal**. Disponível em:< <http://www.cacoal.ro.gov.br>>. Acesso em 16 de março de 2014.

SESAU. Secretaria de Estado da Saúde. Portal do Governo de Rondônia. Notícia. **Governo cria Comissão para funcionamento do Hospital Regional de Cacoal**. Disponível em:<<http://www.sesau.sefin.ro.gov.br>>. Acesso em 16 de março de 2014.

SANTOS, Juliana Siqueira and BARROS, Maria Dilma de Alencar. **Elderly people of the Municipality of Recife, State of Pernambuco, Brasil: an analysis of morbimortality in hospitals. Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Sept. 2008, vol.17, no.3, p.177-186. ISSN 1679-4974.

## ANEXO 1

<b>FICHA DE COLETA DE DADOS INDIVIDUAL</b>		
Paciente nº:		
Sexo:		
Idade:		
Cidade de procedência:		
Data de admissão:		
Patologia:		
Tempo de internação (dias):		
Transferência para hospital:	( ) sim	( ) não
Transferência para outra clínica:	( ) sim	( ) não
Óbito:	( ) sim	( ) não

## ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Doenças Crônicas não Transmissíveis: perfil dos pacientes internados em um hospital de grande porte de Rondônia no período de 2011 a 2013**

*De acordo,*

*Regina Célia Politano*  
DR.  
Práticas Assistenciais  
HRCISESAUIRO

Cacoal, 08 de janeiro de 2014