

FATORES ASSOCIADOS À INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM CLIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Carla Lube de Pinho Chibante*
 Fátima Helena do Espírito Santo**
 Thayane Dias dos Santos***
 Luana Cardoso Pestana****
 Analyane Conceição Silva dos Santos*****
 Fernanda Machado Pinheiro*****

RESUMO

Objetivou-se descrever o perfil de clientes adultos e idosos hospitalizados por agravamento de uma DCNT. Estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado nos meses de janeiro e março de 2012 com 60 adultos e idosos nas enfermarias de clínica médica feminina e masculina de um Hospital Universitário, no Estado do Rio de Janeiro. Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: um para as variáveis sociodemográficas e outro para avaliar os hábitos de vida considerados inadequados para as DCNT. Os dados foram organizados em tabelas com distribuição de frequências absolutas e relativas. A maioria dos participantes era do sexo masculino (58,33%). A faixa etária predominante era de 61 a 70 anos (25%). Quanto ao perfil antropométrico e os hábitos de vida considerados inadequados, 66,7% estavam com sobrepeso, 50% eram etilistas, 26,7% tabagistas e 78,3% sedentários. A hospitalização constitui um momento importante para o enfermeiro fornecer informações sobre o controle da doença crônica, pois elas apresentam etiologia multifatorial.

Palavras-chave: Hospitalização. Doença Crônica. Enfermagem. Educação em Saúde. Fatores de Risco.

INTRODUÇÃO

As transformações sociais e econômicas das últimas décadas e suas conseqüentes alterações nos estilos de vida das sociedades contemporâneas, como mudanças dos hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse, e o aumento da expectativa de vida da população, colaboraram para o aumento da incidência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), tais como: as cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus, obesidade e respiratórias⁽¹⁾.

As DCNT apresentam início gradual, com duração longa, que, em geral, tem múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças do estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. Estas doenças representam as principais causas de

morte e incapacidades no mundo, sendo responsáveis por 72% dos óbitos no Brasil^(2,3).

Diante disso, as DCNTs representam um problema de saúde pública, acarretando inúmeros custos de natureza social e para as instituições de saúde. Entretanto, existem meios para evitá-las, principalmente por meio de ações de prevenção e promoção da saúde, além do controle dos fatores de risco ou de comportamentos que minimizem as suas complicações por meio de tratamentos e controles adequados.

Destarte, alguns fatores de risco para as DCNT, como o excesso de peso, a hipertensão arterial, o tabagismo, a inatividade física, o consumo inadequado de frutas, verduras e legumes, o consumo excessivo de álcool e a hiperglicemia são responsáveis por 45,9% da carga mundial de doenças^(4,5).

As DCNT, em sua maioria, quando não tratadas adequadamente, podem se tornar

*Enfermeira. Doutoranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense/UFF, Niterói, RJ, Brasil. Email: carla-chibante@hotmail.com

**Profª Drª do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF); Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Gerontológica/UFF, Niterói, RJ, Brasil. Email: fatahelen@terra.com.br

***Enfermeira. Mestranda em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense/UFF, Niterói, RJ, Brasil. Email: thayanedosantos@hotmail.com

****Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde. Hospital Federal Cardoso Fontes, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: luana.pestana@uol.com.br

*****Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde. Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: analyane@hotmail.com

*****Enfermeira. Mestranda em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense/UFF, Niterói, RJ, Brasil. Email: fernada_macpinheiro@hotmail.com

descompensadas, trazendo sérios problemas ao indivíduo, os quais interferem em seu cotidiano e o impossibilita de realizar suas atividades habituais, repercutindo, portanto, na sua autonomia, independência e capacidade funcional⁽⁶⁾.

Então, a presença de alguma DCNT torna o indivíduo mais vulnerável, constituindo-se em um fator decisivo para o seu adoecer. O modo de viver, o estilo de vida e as escolhas de cada indivíduo podem indicar fatores de risco e vulnerabilidade à questão do adoecimento e o risco potencial para o processo da hospitalização. Assim, este estudo tem como objetivo descrever o perfil de clientes adultos e idosos hospitalizados por agravamento de uma DCNT.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um Hospital Universitário, localizado no Estado do Rio de Janeiro, cujo cenário envolveu as enfermarias de clínica médica feminina e masculina, cada qual composta por 23 leitos, perfazendo um total de 46 leitos.

A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2012, a seleção foi por amostra consecutiva, teve como participantes 60 pacientes internados nas enfermarias com base nos seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais; ter diagnóstico médico registrado em prontuário de alguma DCNT. E como critério de exclusão: pacientes cujo prontuário não estava acessível no período de coleta de dados. Entretanto, não houve nenhuma perda durante o período da coleta.

Para a coleta de dados, utilizou-se dois instrumentos: o primeiro para a identificação das variáveis sociodemográficas e o segundo para avaliar a história de saúde pregressa juntamente com a avaliação dos hábitos de vida pessoal, dados antropométricos e hábitos de vida considerados inadequados às DCNT.

A coleta de dados foi realizada em três etapas: no primeiro momento, foram triados todos os pacientes internados com DCNT nas enfermarias; na segunda etapa, os prontuários foram selecionados para preenchimento do

formulário, e por fim, os pacientes selecionados foram solicitados para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O formulário foi preenchido na enfermaria pela pesquisadora, conforme análise documental em prontuário e respostas referidas pelos pacientes hospitalizados.

Na tabulação dos dados, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2007®. Sendo que as variáveis do estudo foram divididas em: 1) dados biológicos: sexo e idade; 2) dados de natureza antropométrica: peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC); 3) dados da história de saúde: história prévia de ocorrências de sobrepeso e obesidade; alterações do perfil lipídico e níveis elevados de pressão arterial; 4) dados da história familiar: entre parentes de primeiro e segundo grau; 5) hábitos de vida relacionados ao estilo de vida: padrão alimentar, prática de atividade física e prática do tabagismo. Após as análises, os achados foram apresentados em tabelas com distribuição de frequências absolutas e relativas, sendo utilizadas medidas de posição e dispersão.

Os dados biológicos (sexo e idade) e as alterações do perfil lipídico (colesterol e triglicérideo) foram extraídos dos prontuários dos pacientes. Os dados antropométricos foram coletados pela pesquisadora, com o paciente descalço e pijama da instituição. Mediu-se o peso e altura em uma balança mecânica disponível na enfermaria. O IMC foi calculado com as medidas de peso e altura ($IMC = \text{Peso (kg)} / \text{altura em m}^2$), considerando os seguintes parâmetros: abaixo do peso ($<18,5 \text{ Kg/m}^2$); normal ($18,5-24,9 \text{ Kg/m}^2$); sobrepeso ($25-29,9 \text{ Kg/m}^2$); e obesidade ($\geq 30 \text{ Kg/m}^2$)⁽⁷⁾.

A aferição da pressão arterial foi realizada em membro superior, com o paciente na posição sentada. Utilizou-se esfigmomanômetro e estetoscópio. A classificação dos valores pressóricos está de acordo com as determinações do Ministério da Saúde⁽⁸⁾, para maiores de 18 anos: Normal (PA sistólica < 130 e PA diastólica < 85); Limítrofe (PA sistólica entre 130-139 ou PA diastólica entre 85-89); Hipertensão estágio 1 (PA sistólica entre 140-159 ou PA diastólica entre 90-99); Hipertensão estágio 2 (PA sistólica 160-179 ou PA diastólica 100-109) e Hipertensão estágio 3 (PA sistólica ≥ 180 ou PA diastólica ≥ 110).

Com relação à prática de atividade física, foi considerado como sedentário o indivíduo que não realizava no mínimo 30 minutos diários, por pelo menos cinco dias na semana, de atividade leve ou moderada; ou 20 minutos diários de atividade vigorosa, em três ou mais dias da semana⁽⁹⁾.

Quanto ao tabagismo, os pacientes foram classificados em três categorias: fumantes, os que fumavam, pelo menos, um cigarro por dia; não fumantes, os pacientes que relataram nunca ter fumado; e os ex-fumantes, aqueles que haviam deixado de fumar há pelo menos um mês.

Quanto ao consumo de álcool, os pacientes foram classificados em três categorias: os que consomem bebida alcoólica, pelo menos, uma dose na semana; os que não bebem e os que relataram nunca ter consumido bebida alcoólica;

e os que pararam de consumir bebida alcoólica há pelo menos um mês.

Como esta pesquisa envolveu seres humanos, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parte dele, incluindo o manejo de informações, torna-se de fundamental importância assegurar e respeitar os direitos dos sujeitos do estudo, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Desta forma, o Protocolo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, sendo aprovado em outubro de 2011 sob o CAAE: 0277.0.258.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características Demográficas

A Tabela 1 refere-se às características demográficas dos indivíduos da pesquisa.

Tabela 1. Distribuição de adultos e idosos com DCNT em condição de admissão hospitalar, segundo as características demográficas. Niterói (RJ), 2012.

| VARIÁVEIS | N | % | Média ± DP |
|------------------------------------|----|-------|----------------------|
| Sexo (n= 60) | | | |
| Homens | 35 | 58,33 | |
| Mulheres | 25 | 41,67 | |
| Distribuição etária (n= 60) | | | 53,20 ± 16,34 |
| 18 + 30 anos | 09 | 15,00 | |
| 31 + 40 anos | 03 | 5,00 | |
| 41 + 50 anos | 10 | 16,70 | |
| 51 + 60 anos | 14 | 23,30 | |
| 61 + 70 anos | 15 | 25,00 | |
| 71 + 80 anos | 07 | 11,70 | |
| >80 anos | 02 | 3,30 | |

Fonte: As autoras (2012).

Com relação aos dados demográficos, os pacientes hospitalizados com DCNT são, em sua maioria, do sexo masculino, com faixa etária predominante de 61 a 70 anos.

A prevalência de pacientes do sexo masculino é corroborada por pesquisas que demonstram que internações hospitalares são maiores em homens com DCNT, principalmente pela dificuldade em realizar o acompanhamento de seu estado de saúde, gerando uma pré-disposição para os eventos agudos e, como consequência, um maior número de internações^(10,11).

Em um estudo⁽¹²⁾ que investigou como se dão as práticas de promoção da saúde por homens adultos, identificou-se que a adoção

de práticas preventivas pode ser reforçada pelas redes de apoio, favorecendo a socialização das necessidades masculinas, uma vez que os homens tendem a retardar ao máximo a busca por assistência e só procuram quando não conseguem lidar sozinhos com seus sintomas.

Nesse sentido, inserir o homem em ações de saúde no nível da atenção básica e implementar intervenções que visem atender suas demandas específicas tornam-se um desafio. Porém, é necessário para que esses indivíduos sejam vistos pelos profissionais da saúde como seres dotados de necessidades, que precisam ser incluídos nessas ações, seja para a promoção da saúde e/ou prevenção de agravos⁽¹³⁾.

Característica da internação hospitalar

A tabela 2 refere-se às características da internação hospitalar, no que diz respeito ao

tempo de permanência hospitalar, à readmissão hospitalar no período de 12 meses e ao intervalo entre as admissões.

Tabela 2. Distribuição de adultos e idosos em condição de admissão hospitalar, segundo as características das internações hospitalares, HUAP. Niterói (RJ), 2012.

| VARIÁVEIS | n | % | MÉDIA ± DP |
|---|----|-------|----------------------|
| Permanência hospitalar (n=60) | | | 21,33 ± 19,05 |
| 1 + 7 dias | 16 | 26,70 | |
| 8 + 30 dias | 33 | 55,00 | |
| ≥ 31 dias | 11 | 18,30 | |
| Hospitalização prévia em 12 meses (n=60) | | | |
| Sim | 42 | 70,00 | |
| Não | 18 | 30,00 | |
| Intervalo entre as duas últimas internações (n=42) | | | 135,83 ± 85,12 |
| 1 + 30 dias | 0 | 0 | |
| 31 + 90 dias | 17 | 40,48 | |
| 91 + 180 dias | 10 | 23,9 | |
| 181 + 270 dias | 10 | 23,9 | |
| 271 + 365 dias | 05 | 11,9 | |

Fonte: as autoras (2012).

A média de permanência hospitalar foi de 21,33 ± 19,05 dias, sendo que 33 (55%) dos pacientes permaneceram de oito a trinta dias internados. Com relação à hospitalização prévia nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista, 42 (70%) dos pacientes referiram readmissão hospitalar. Quanto ao intervalo entre as duas últimas internações, a média foi de 135,83 ± 85,12 dias, tendo como menor intervalo 32 dias e o maior de 287 dias. Entre os pacientes, 17 (40,48%) tiveram a readmissão hospitalar de 31 a 90 dias.

A presença das DCNT, somada às múltiplas comorbidades, está relacionada a uma maior permanência hospitalar. Além disso, clientes readmitidos são os que permanecem mais tempo hospitalizados, e que esta readmissão está associada às complicações da doença original. Estudos realizados com idosos hospitalizados com DCNT evidenciaram média de 15,2 ± 10,1 dias e 19,9 ± 18,8 dias de internação^(14,15).

Características dos clientes portadores de DCNTs em situação de internação hospitalar

A tabela 3 refere-se aos fatores de risco relacionados às DCNTs e que constituem fatores potenciais para uma possível readmissão hospitalar.

Neste estudo, identificou-se que a maioria dos indivíduos apresentava pressão arterial (PA), colesterol e triglicérideo dentro dos parâmetros de

normalidade. Isto pode ser justificado pelo fato dos clientes hospitalizados fazerem uso de medicações para o controle destas variáveis. Não foram encontrados estudos que avaliem o valor destas variáveis no processo da hospitalização. Contudo, a PA e a dislipidemia são citados em investigações que avaliam o perfil de exposição populacional aos fatores de risco para as DCNTs^(16,17).

A obesidade e o excesso de peso são fatores de risco importantes para o aparecimento de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cânceres⁽¹⁸⁾. Nesta pesquisa, a maioria dos pacientes foi classificada, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), em sobrepeso. Estes resultados também foram encontrados em outros estudos que avaliaram os fatores de risco relacionados às DCNT^(16,17). Outra investigação⁽⁵⁾ identificou a relação entre os limites da PA e sua relação com o IMC, evidenciando que os indivíduos com maior valor de PA apresentaram as medidas mais elevadas para o IMC.

A associação do sedentarismo com uma maior ingestão de alimentos com alto teor calórico, ricos em açúcares e gorduras saturadas, são uma das principais causas da obesidade e do excesso de peso⁽¹⁸⁾. Este fato pode ser justificado pelo processo da industrialização e urbanização, em que há uma maior oferta de alimentos e uma diminuição no gasto de energia, levando a

mudanças nos padrões comportamentais da sociedade.

Tabela 3. Fatores de risco de adultos e idosos com DCNTs em condição de admissão hospitalar. Niterói (RJ), 2012.

| VARIÁVEIS | N | % |
|-----------------------------------|----|-------|
| Pressão arterial (n= 60) | | |
| Normal | 31 | 51,60 |
| Limítrofe | 07 | 11,80 |
| Elevada | 22 | 36,60 |
| IMC (n= 60) | | |
| Abaixo do peso (<18,5) | 02 | 3,33 |
| Peso normal (18,5+24,9) | 15 | 25,00 |
| Sobrepeso (25+29,9) | 40 | 66,70 |
| Obesidade (30+34,9) | 03 | 5,00 |
| Consumo de álcool (n= 60) | | |
| Sim | 30 | 50,00 |
| Não | 20 | 33,30 |
| Parou | 10 | 16,70 |
| Tabagismo (n= 60) | | |
| Sim | 16 | 26,70 |
| Não | 27 | 45,00 |
| Parou | 17 | 28,30 |
| Atividade física (n= 60) | | |
| Sim | 13 | 21,70 |
| Não | 47 | 78,30 |
| Teor de colesterol (n= 60) | | |
| Normal (<200) | 37 | 61,70 |
| Fora da faixa (≥200) | 23 | 38,30 |
| Triglicerídeos (n= 60) | | |
| Normal (<150) | 31 | 51,70 |
| Fora da faixa (≥150) | 29 | 48,30 |

Fonte: as autoras (2012).

Neste estudo, houve prevalência de relatos no consumo de bebida alcoólica (50%) e, dentre os que disseram ser ex-etilista (16,7%), foi justificado pelo estado de saúde e a agudização da doença crônica.

No que diz respeito ao consumo de álcool, estudos indicam que o seu uso moderado é fator de proteção para mortalidade por seu efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares. Entretanto, o seu consumo abusivo traz consequências negativas para a saúde e qualidade de vida, aumentando as morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como a cirrose, alguns tipos de câncer, Acidente Vascular Cerebral (AVC), transtornos mentais, entre outros^(17,19).

Quanto ao tabagismo, os resultados mostram que 26,7% das pessoas são fumantes e 28,3% parou de fumar, sendo um fator de risco relacionado ao aumento da morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, AVC, bronquite, enfisema e câncer. Além disso, o hábito de fumar juntamente com a inatividade física são

preditores significativos para o alto custo no sistema de saúde. Em uma investigação sobre os fatores associados ao risco para as DCNT em adultos brasileiros, foi identificado que 20,8% dos participantes disseram consumir cigarros⁽¹⁷⁾.

Portanto, é preciso que, durante a internação hospitalar, o enfermeiro realize intervenções voltadas ao planejamento da alta hospitalar, educação em saúde e orientações voltadas para o autocuidado e cuidado de si dos indivíduos no ambiente hospitalar, uma vez que as escolhas de cada pessoa podem desencadear fatores de risco para o processo de adoecimento e, consequentemente, a hospitalização.

O Ministério da Saúde⁽⁷⁾ propõe que as intervenções em saúde ampliem os seus resultados, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde, além dos seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem além dos muros da

unidade de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação das escolhas saudáveis de vida por parte dos sujeitos.

As intervenções realizadas pelo enfermeiro são direcionadas aos pacientes hospitalizados e à família, que participa ativamente do processo saúde-doença. Então, é fundamental que ele desenvolva estratégias para mudanças dos hábitos de vida e comportamento, habilidades para o autocuidado e o cuidado de si, ensino aos familiares e equipe, gerando educação em saúde e promovendo a qualidade de vida ao indivíduo com DCNT e às pessoas envolvidas no cuidado deste.

CONCLUSÃO

Este estudo teve por objetivo descrever o perfil dos clientes adultos e idosos hospitalizados por agravamento de uma DCNT. Diante disso, foram identificados os fatores de risco não modificáveis, como o sexo, idade, e os modificáveis, que são passíveis de intervenção ou controle, como o excesso de peso pelo IMC, o sedentarismo, o padrão alimentar inadequado, taxas de colesterol e triglicérides elevados, tabagismo e etilismo, e a PA.

No que se refere aos fatores de risco dos pacientes com DCNT, verificou-se que a PA, as taxas de colesterol e de triglicérides estavam dentro dos parâmetros de normalidade. Entretanto, evidenciou-se pacientes com sobrepeso, sedentários e uso de álcool.

A presença dos fatores de risco relacionados às DCNT podem tornar estes indivíduos mais vulneráveis ao fator adoecimento e propensos à internação hospitalar, interferindo na capacidade funcional, autonomia e independência.

Diante disso, torna-se necessária a elaboração de um programa de gerenciamento de crônicos na instituição de forma a identificar a população alvo por meio de parâmetros epidemiológicos adequados, além de viabilizar estratégias que contribuam para a adesão destes indivíduos ao programa por meio de ações de educação em saúde tanto para os clientes como para seus familiares.

Destaca-se que, é fundamental que este tema seja amplamente abordado e discutido na formação acadêmica e profissional, o que incluiu investimentos em programas de educação continuada para atualizar e melhorar a capacitação dos profissionais que lidam com pacientes com DCNT no cotidiano das instituições de saúde.

PROFILE OF ADULT PATIENTS HOSPITALIZED FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

ABSTRACT

The aim is to describe the profile of adult and elderly patients hospitalized for aggravation of NCD. A descriptive and cross sectional study with quantitative approach, carried out in the months of January and March 2012 with 60 adults and elderly inpatients in the general medical male and female wards of a University Hospital in the State of Rio de Janeiro. Two instruments were used for data collection: one for the socio-demographic variables and other to evaluate the habits of life considered inappropriate to the NCD. The data were organized into tables with absolute and relative frequency distribution. Most of the participants were male (58.33%). The prevailing age group ranges from 61 to 70 years (25%). As for the anthropometric profile and habits of life considered inappropriate, 66.7% were overweight, 50% were drinking, 78.3% smokers and 26.7% sedentary. Hospitalization constitutes an important moment so the nurse may provide information on chronic disease control, since they present multifactorial etiology and improper living habits will be subject to modification.

Keywords: Hospitalization. Chronic Disease. Nursing. Health Education. Risk Factors.

FACTORES ASOCIADOS A LA HOSPITALIZACIÓN POR CLIENTES COM ENFERMEADES CRÓNICAS

RESUMEN

El objetivo es describir el perfil de clientes adultos y ancianos hospitalizados por empeoramiento de una ECNT. Estudio descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo, realizado en los meses de enero y marzo de 2012 con 60 adultos y ancianos en las enfermerías de la clínica médica de mujeres y hombres de un hospital universitario en el estado de Río de Janeiro. Para recoger los datos se utilizaron dos instrumentos: Una de las variables sociodemográficas y otra para evaluar los hábitos de vida considerado inadecuado para la ECNT. Los datos fueron organizados en tablas con la distribución de frecuencias absoluta y relativa. La mayoría de los participantes eran masculina (58,33%). El grupo de edad predominante en 61-70 (25%). Como para el perfil antropométrico y hábitos de vida considerado inadecuado, 66.7% tenían sobrepeso, 50% bebían, 78.3% fumadores y 26.7% sedentarios. La hospitalización es un importante

para las enfermeras que proporcionan información sobre la gestión del tiempo de una enfermedad crónica debido a que presentan una etiología multifactorial y hábitos de vida incorrectos estarán sujetos a modificación.

Palabras clave: Hospitalización. Enfermedad Crónica. Enfermería. Educación en Salud. Factores de Riesgo.

REFERÊNCIAS

1. Neves PS, Espírito Santo FH, Chibante CLP. Saberes do cliente sobre os fatores de risco para doença coronariana: ações educativas do enfermeiro. *Rev. Enf. Profissional*. 2014 jan/abr; 1(1): 222-35.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília-DF, Diário Oficial da União; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade por doenças crônicas no País. 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/11/taxa-de-mortalidade-por-doencas-cronicas-no-pais-cai-26-aponta-estudo>. Acesso em: 20/10/2014.
4. Ducan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46 (Supl.):126-34.
5. Tavares RS, Silva DMGV, Sasso GTMD, Padilha MICS, Santos CRM. Fatores de riscos cardiovasculares: estudo com pessoas hipertensas, de um bairro popular na região Amazônica. *Cienc. Cuid Saúde*. 2014 Jan/Mar; 13(1): 4-11.
6. Chibante CLP. Hospitalização e DCNTs: perspectivas educativas do enfermeiro. 2012. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Niterói (RJ). Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal Fluminense. 2012. 81f
7. Brasil. Ministério da 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-DF: Ministério da Saúde; 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2013.
9. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1
10. Lins SMSB, Espírito Santo FH, Fuly PSC, Fialho LFG. Diagnósticos de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em unidade coronariana. *Cienc Cuid Saúde*. 2013 abr/jun; 12(2): 219-25.
11. Costa JSD, Reis MC, Silveira CV, Linhares RS, Piccinini F, Fantinel E. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados em Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública* [on-line]. 2010. [citado em 25 mai 2013]; 44(5): 923-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000500018&lng=en
12. Arruda GO, Barreto MS, Marcon SS. Percepção de homens adultos sobre suas práticas preventivas e redes de apoio em saúde. *Rev. Rene* [on-line]. 2015 mai-jun. [citado em 17 jul 2015]; 16(3): 363-73. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2018/pdf>
13. Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc. Anna Nery* [on-line]. 2014 oct/dec; 18(4): 615-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400615
14. Sales FM, Santos I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de Enfermagem: identificação de necessidades. *Texto contexto- enferm.* [on-line]. 2007 jul/set. [citado em 25 mai 2013]; 16(3): 495-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000300016&lng=en
15. Pestana LC. Perfil de idosos em situação de readmissão hospitalar: implicações para enfermagem gerontológica. 2011. [Dissertação de mestrado]. Niterói (RJ). Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. 2011. 87f
16. Peixoto MRG, Monego ET, Alexandre VP, Souza RGM, Moura EC. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [on-line]. 2008 jun. [citado em 10 jun 2013]; 24(6): 1323-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600013&lng=en
17. Costa LC, Thuler LCS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev. Bras. Estud. Popul.* 2012; 29 (1): 133-45.
18. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília; 2011.
19. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. de Cancerol.* 2009; 55(4):379-88.

Endereço para correspondência: Carla Lube de Pinho Chibante. Rua Silveira Martins, 164/905. Catete/RJ. Brasil. E-mail: carla-chibante@hotmail.com

Data de recebimento: 15/09/2014

Data de aprovação: 09/11/2015