

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

GABRIELA ROCHA SANTOS

**INFLUÊNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA QUALIDADE
DE VIDA DE PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA
MELHOR EM CASA DO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB**

CUITÉ - PB

2020

GABRIELA ROCHA SANTOS

**INFLUÊNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA DO
MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mayara Queiroga Estrela Abrantes Barbosa.

Cuité - PB

2020

S237i Santos, Gabriela Rocha.

Influência das doenças crônicas na qualidade de vida de pacientes atendidos pelo programa melhor em casa do município de Cuité-PB. / Gabriela Rocha Santos. – Cuité: CES, 2020.

48 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2020.

Orientadora: Mayara Queiroga Estrela Abrantes Barbosa.

1. Estado de saúde. 2. Questionário SF-36. 3. Atendimento domiciliar. I. Título.

Biblioteca do CES – UFCG

CDU 616-039.33

GABRIELA ROCHA SANTOS

**INFLUÊNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA DO
MUNICÍPIO DE CUITÉ – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mayara Queiroga Estrela Abrantes Barbosa.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Mayara Queiroga Estrela Abrantes Barbosa
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Prof. Dra. Nilcimelly Rodrigues Donato
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Prof. Dra. Ana Paula de Mendonça Falcone
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Cuité-PB
2020

S237i Santos, Gabriela Rocha.

Influência das doenças crônicas na qualidade de vida de pacientes atendidos pelo programa melhor em casa do município de Cuité-PB. / Gabriela Rocha Santos. – Cuité: CES, 2020.

48 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2020.

Orientadora: Mayara Queiroga Estrela Abrantes Barbosa.

1. Estado de saúde. 2. Questionário SF-36. 3. Atendimento domiciliar. I. Título.

Biblioteca do CES – UFCG

CDU 616-039.33

Aos meus pais, Evanilde Rocha e Nilson Carvalho; as minhas irmãs,
Michele Rocha e Milena Rocha; a minha filha Clarice Rocha e ao meu
namorado Erik Gomes.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** por ter me dado forças para superar todas as dificuldades da vida acadêmica e pessoal.

Aos meus pais, **Evanilde Rocha Santos** e **Nilson Carvalho Santos** que são a minha base, sempre fizeram de tudo para me darem a melhor educação e nunca me deixaram desistir dos meus sonhos, agradeço a eles por serem um espelho de humildade, honestidade e perseverança; obrigada por serem os melhores pais que alguém poderia ter.

À minha filha **Clarice Rocha Gomes**, que foi a maior benção da minha vida, que todos os dias me ensina algo novo, que me faz querer ser uma pessoa melhor a cada dia e assim ser a melhor mãe possível para ela; obrigada por me apresentar esse amor sem igual.

As minhas irmãs, **Michele Rocha** e **Milena Rocha** a quem amo com todo o meu amor, agradeço por estarem sempre comigo e nunca negarem a me ajudar e em especial a Michele por cuidar tão bem da minha filha, sendo meu suporte nessa nova fase da minha vida que é a maternidade.

À minha sobrinha **Larissa Santos**, que está sempre a disposição para me auxiliar com a minha filha e por ser essa sobrinha tão meiga, carinhosa e amorosa principalmente com Clarice.

À minha família que sempre foi unida e pronta a ajudar em qualquer situação, obrigado por serem meu ponto de refúgio e paz.

Ao meu namorado, **Erik Gomes**, que ao longo desses 6 anos de namoro foi o meu amigo, cúmplice, namorado e por muitas vezes meu porto seguro; agradeço por ter me dado minha maior benção que é a minha filha, por sempre me incentivar e estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

À minha sogra, **Marlene Gomes** e meu sogro, **Edilson Sampaio** pela ajuda com a minha filha para que assim fosse possível escrever esse trabalho, agradeço por todo carinho, dedicação e amor dado a Clarice.

Aos meus amigos, **Danielly Nayara**, **Nágila Medeiros**, **Ana Alice** e **Edson Douglas** que estiveram comigo durante esses 4 anos, formando um grupinho titulado “Os 5 mosqueteiros” que perdurou inseparáveis ao longo de todo o curso e permaneceram ao meu

lado mesmo à distância; obrigada pelas risadas, pelos momentos nos corredores, pelas palavras de apoio e pelos ensinamentos.

As minhas amigas **Wedja Marcelino, Madriana Tavares e Ana Maria** com quem dividi moradia no tempo que permaneci em Cuité-PB, sendo amigas para todas as horas e estendendo a mão quando mais precisei; obrigada pelo carinho.

À minha orientadora **Mayara Queiroga** por todo carinho, atenção e ensinamentos nesse tempo que compartilhamos juntas na construção desse trabalho.

Um agradecimento especial para algumas professoras que passaram pela minha vida nesses longos 4 anos; **Vanessa Bordin, Alynne Nagashima, Francilnalva Medeiros, Gracielle Malheiro, Ana Paula Mendonça e Nilcimelly Donato**, estas que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

“Se você não arrumar tempo para cuidar de sua saúde, um dia terá que arrumar tempo para cuidar de sua doença”

Lair Ribeiro.

SANTOS, G. R. Influência das doenças crônicas na qualidade de vida de pacientes atendidos pelo programa melhor em casa do município de Cuité-PB. 2020. 48 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2020.

RESUMO

Muitos dos pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa possuem como patologia primária as doenças crônicas não transmissíveis, que quando não bem tratadas, podem gerar uma série de consequências diminuindo a qualidade de vida dos pacientes pelo surgimento de complicações secundárias. O presente trabalho teve por objetivo identificar as doenças crônicas não transmissíveis e seu impacto na qualidade de vida de pessoas atendidas pelo programa melhor em casa do município de Cuité-PB. Foram avaliados dados socioeconômicas e aplicado questionário o SF-36, que avalia a qualidade de vida, ferramenta altamente viável, de aplicação em qualquer população, considerando a avaliação simultânea da capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, limitação por aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais assim como saúde mental do paciente. Os resultados demonstram que os pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa apresentam baixos scores para os domínios de capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde e saúde mental, cujos valores médios dos sumários físico e mental, na maioria foram abaixo de 50, indicando precariedade e má qualidade de vida. Os valores de scores baixos são decorrentes principalmente pela baixa capacidade funcional e limitações físicas, que consequentemente repercutem nos aspectos emocionais.

Palavras-chaves: Estado de saúde. Questionário SF-36. Atendimento domiciliar.

SANTOS, G. R. Influência das doenças crônicas na qualidade de vida de pacientes atendidos pelo programa melhor em casa do município de Cuité-PB. 2020. 48 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2020.

ABSTRACT

The majority of patients assisted by the Best at Home program have chronic non-communicable diseases (NCD'S) as primary pathologies, in which inadequately treated, can result in consequences leading to a decrease in patients' life quality due to the onset of secondary complications. This study aimed to identify the NCD'S and its impacts in life qualities of individuals assisted by the Melhor em Casa program in the city of Cuité-PB. Socio-economic data were evaluated and questionnaires SF-36 applied, which evaluates the life quality, high viability tool, with application in any population, considering the functional capacity simultaneous evaluation, limited by physical, pain, health state, vitality aspects, limitation by social aspect, emotional aspect limitation as well as patient's mental health. The results showed that Best at Home assisted patients present low scores for functional capacity domains, limited by physical aspects, general health state and mental health, whose average values of mental and physical summaries, in their majority were less than 50, indicating poor life quality and precariousness. The low score values are due mainly by low functional capacity and physical limitations, which consequently impact on emotional aspects.

Key-words: Health state. SF-36 Questionnaire. Residential Assistance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio demográficas dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa.....	20
Tabela 2 - Características clínicas dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa.....	22
Tabela 3 - Média dos domínios e sumários do SF-36 de pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa – Cuité/PB.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AS	Aspectos Sociais
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CF	Capacidade Funcional
D	Dor
DM	Diabetes Mellitus
DR^a	Doutora
DV	Desvio Padrão
EFC	Ensino Fundamental Completo
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
EGS	Estado Geral de Saúde
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
ESC	Ensino Superior Completo
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Muscular
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LAE	Limitação por Aspectos Emocionais

LAF	Limitação por Aspectos Físicos
PB	Paraíba
PROF^a	Professora
QV	Qualidade de vida
SF-36	Short Form Health Survey 36
SM	Saúde Mental
UBS	Unidade Básica de Saúde
V	Vitalidade

LISTA DE SÍMBOLOS

mmHg Milímetros de Mercurio

XX Vinte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E QUALIDADE DE VIDA	17
3.1.1 Obesidade e doenças cardiovasculares.....	18
3.1.2 Diabetes Mellitus.....	18
3.1.3 Hipertensão Arterial	19
3.1.4 Câncer	19
3.1.5 Qualidade de vida.....	20
3.2 MELHOR EM CASA: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	20
4 MATERIAL E METODOS	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	22
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	23
4.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	23
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	24
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	24
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	37
ANEXO B- Variáveis Socioeconômicas	41
ANEXO C- Ponderação dos dados.....	42
ANEXO D- Cálculo dos escores do SF-36.....	44
ANEXO E- Aprovação do Comitê de Ética	45

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida está relacionada não somente com o impacto ocasionado no estado de saúde, mas também sobre a capacidade do indivíduo de viver integralmente, estão incluídas nessa definição uma variedade de condições de saúde e bem-estar, baseando-se assim na percepção que o indivíduo; e quando se trata de idosos tem-se a visão da relação da saúde contribuir para o prolongamento da vida e assim buscando cada vez mais uma melhor qualidade de vida (SOUSA et al., 2019; CAMÕES et al., 2016; PIMENTEL et al., 2015).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por sua etiologia múltipla, por serem irreversíveis e de origem não infecciosa, terem diversos fatores de risco, curso prolongado e sendo também associada a deficiências, e incapacidades funcionais; a sua ocorrência pode ser influenciada por múltiplas causas e etiologias, dependendo de fatores genéticos assim como do tempo que foi exposto ao agente causador (LOPES et al., 2017; SMELTZER., 2010; SILVA., 2013).

A transição demográfica que acarretou na transição demográfica também tem forte influência no crescimento do aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, como também influencia a ampliação que ocorreu na população idosa e esse crescimento está relacionado ao avanço nas práticas de saúde, tanto no diagnóstico como no tratamento, melhores condições materiais de sobrevivência e ao acesso a informação e aos meios de comunicação (TOLDRA et al, 2014).

Segundo Rodrigues (2019), para que seja possível um envelhecimento saudável é necessário que haja uma série de debates político, realizando assim implementações de ações que torne isso possível, pensando que o envelhecimento nos dias atuais tem expectativa de vida entre 70 a 80 anos.

Com o objetivo de expandir e melhorar o atendimento domiciliar auxiliando assim em uma melhor qualidade de vida do paciente, o programa Melhor em Casa foi instituído em 2011 e foi integrado ao Programa SOS Emergências na Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, através da Portaria ministerial nº 1.208 de 18 de junho de 2013. De acordo com a portaria, a atenção domiciliar é interpretada como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013). O objetivo do programa Melhor em Casa é levar atendimento médico às casas de pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-

cirúrgica, evitando internações hospitalares desnecessárias e as filas dos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2013).

Segundo Grincenkov et al., (2011); Chow et al., (2003), quanto maior o número de DCNT o paciente apresenta, escores mais baixos para qualidade de vida é observado, portanto maior o impacto dessas doenças sobre o cotidiano da população, sendo necessário intervenções que melhorem as condições clínicas e QV dos pacientes, como por exemplo, o atendimento de visitas domiciliares, proposto pelo Programa Melhor em Casa. Neste sentido, como está a qualidade de vida dos pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa Cuité/PB acometidos por doenças crônicas não transmissíveis? A avaliação da qualidade de vida pode ser realizada utilizando ferramentas validadas, se torna viável e executável para identificarmos o padrão de qualidade de vida da amostra avaliadas e pode fornecer informações para tomada de decisões para desenvolvimento de estratégias de intervenção para melhorar o suporte aos pacientes.

Considerando a importância de se avaliar o perfil de doenças crônicas não transmissíveis apresentadas pela população de sua repercussão na qualidade de vida do paciente, o presente trabalho propõe fazer o levantamento dessas doenças que acometem a população atendida pelo programa Melhor em Casa da cidade de Cuité-PB, buscando avaliar a qualidade de vida dessas pessoas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com os aspectos de qualidade de vida das pessoas que são atendidas pelo programa melhor em casa do município de Cuité - PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Fazer o levantamento das doenças crônicas não transmissíveis dos pacientes atendidos pelo programa melhor em casa e suas patologias;
- ✓ Avaliar o perfil socioeconômicos dos pacientes que recebem assistência do Programa Melhor em Casa;

- ✓ Aplicar o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida;
- ✓ Contribuir com o conhecimento sobre a qualidade de vida dos pacientes atendidos pelo programa melhor em casa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E QUALIDADE DE VIDA

São elencadas 4 doenças crônicas não transmissíveis de maior impacto no mundo, são as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratória crônica, devido terem quatro fatores de risco em comum como o tabaco, falta de alimentação saudável, a falta de prática de exercícios físicos e o consumo elevado de álcool, estas são responsáveis na maioria das vezes pela quantidade de pessoas com sobrepeso, obesidade e uma grande prevalência de hipertensão e colesterol alto (DAUDT, 2013; MALTA et al., 2006).

Na metade do século XX ocorreu uma transição epidemiológica e nutricional, onde houve a diminuição de doenças como desnutrição e um grande aumento das doenças crônicas não transmissíveis, relacionado com o aumento excessivo ou desbalanceado de alimentos e a prática insuficiente de atividade física (CLARO et al., 2015; WHO, 2003). Essa mudança passou a ser um grande desafio para a saúde pública sendo que dentre as DCNT estão diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônica, câncer, entre outras, estas, responsáveis por 68% dos óbitos; pesquisas apontam que 75% das mortes por essas doenças ocorrem em países de baixa e média renda, no Brasil por exemplo, em 2007, 75% das mortes eram atribuídas as mesmas (TAVARES et al., 2015; WHO, 2014; DUNCAN., 2012; SCHMIDT, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, estas que vem tornando crescente o número de mortes prematuras a cada ano, assim como tem um impacto direto na qualidade de vida das pessoas, levando-as a um elevado grau de limitação e incapacidade para a realização de suas atividades diárias como também afetam a economia de famílias, comunidades e sociedade em geral (MALTA et al., 2015; BRASIL, 2011; WHO, 2011).

3.1.1 Obesidade e doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares é uma das doenças crônicas não transmissíveis que apresenta como a principal causa de mortalidade e morbidade em todo o mundo; Apesar das alternativas para a diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares, existem diversos fatores de risco que são responsáveis pelo aumento da prevalência das DCV, estas são, a hipertensão arterial, diabetes, obesidade, dislipidemia, tabagismo (PINTO., 2018; TIMMIS., 2018).

Segundo Linhares et al (2012); Guh et al (2009) alguns sinais apontam que o IMC está positivamente relacionado com a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis; Além dele é de suma importância considerar a distribuição da gordura corporal, pois o acúmulo excessivo da mesma causa deposição de gordura nas vísceras, denominada obesidade visceral, estando ligada diretamente com o aumento de risco cardiovasculares (LINHARES et al., 2012; BOSELLO; ZAMBONI., 2000; DESPRÉS., 1998; GRAY., 1999).

Além de risco cardiovascular, a obesidade tem um papel extremamente importante na patogenia da diabetes mellitus, devido que 80% das pessoas portadoras de DM estão acima do peso e mesmo quando se fala de indivíduos normais, o aumento de peso acaba induzindo a intolerância a carboidratos, níveis elevados de insulina e uma diminuição da resposta tecidual à insulina (JÚNIOR et al., 2012; GROSS et al., 2001).

3.1.2 Diabetes Mellitus

A patogênese da diabetes se baseia apenas nas alterações glicêmicas que ocorrem, mesmo que esteja ligada a uma série de manifestações clínicas e condições associadas a mesma; é sugerido em alguns estudos que existem alguns mecanismos etiologicamente diferentes que possuem um papel muito importante na patogênese, esses são genéticos, ambientais e imunológicos (SBD, 2019-2020).

O aumento e prevalência da DM nos países mais desenvolvidos ocorre principalmente por essa DCNT se encontrar mais em indivíduos na faixa etária mais avançadas, isso se dá devido ao aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional, no Brasil, por exemplo, estimou-se até o final da década de 1980, a prevalência de DM na população adulta em 7,6% (SBD, 2019-2020; MORAES, 2010).

Independentemente do grau de desenvolvimento a diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde mundialmente, seu aumento está associado a diversos fatores entre eles está a transição epidemiológica, a urbanização, o estilo de vida sedentário de grande parte

da população, excesso de peso, crescimento e envelhecimento da população, assim como ao aumento da sobrevivência de pessoas portadoras de diabetes mellitus (SBD, 2019-2020).

3.1.3 Hipertensão Arterial

Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão (2017) a hipertensão é uma condição clínica multifatorial onde o indivíduo já é considerado pré hipertenso com níveis arteriais de 121-139mmHg de pressão sistólica e 81- 89mmHg de pressão diastólica e em fase de hipertensão estágio 1 com a manutenção dos níveis de pressão arterial acima de 140-159mmHg de PAS e de 90-99mmHg de PAD.

A diversidade de consequências da HA, juntamente com os efeitos colaterais dos medicamentos, denomina-a como uma das maiores causadoras de redução da qualidade e expectativa de vida das pessoas (CAMPOS; NETO., 2012).

O acidente vascular cerebral é hoje a terceira causa de morte no mundo, sendo ela causada não só por hipertensão arterial sistêmica como também diversos fatores que podem ser prevenidos, relacionados com o seu surgimento e a sua evolução. Entre os dois milhões de pessoas que sobreviveram ao AVC, 40% delas perderam sua capacidade funcional se tornando dependentes para realização de atividades diárias. Essa doença é denominada como comprometimento súbito da função cerebral por diversas alterações envolvendo um ou vários vasos sanguíneos intracranianos, portanto, a HAS é um importante fator para o desencadeamento do AVC por virtude de ocasionar irrigação sanguínea insuficiente (LIMA et al., 2012; SMELTZER et al., 1998).

3.1.4 Câncer

O câncer é uma doença que acomete milhões de pessoas todos os anos, sendo a segunda DCNT que mais mata em todo o mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, no Brasil em 2012 estima-se que foram 518.510 casos novos; o tratamento mais comum para essa doença é a quimioterapia essa que é composta por várias drogas que atingem tanto as células malignas como também as benignas, ocasionando fadiga, anemia, leucopenia, perda de peso, perda do apetite, entre outras, todos esses fatores são causadores de desconforto, estresse e sofrimento (RUBIRA et al., 2012; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER., 2012; CAMARGO., 2010; PEDRO., 2005).

As perdas causadas pelo câncer vão desde alterações físicas como a alterações emocionais por desconforto, dor, desfiguração, perda da autoestima; os pacientes acometidos por essa enfermidade percebem uma grande perda da qualidade de vida em um curto espaço de tempo (SCHLOSSER; CEOLIM, 2014).

3.1.5 Qualidade de vida

A qualidade de vida (QV) é reconhecida como um importante indicador de saúde pública, sendo cada vez mais utilizada para controlar o impacto da doença em uma população. Todavia, estudos deixam claro a ligação entre baixos níveis de qualidade de vida, doenças crônicas e fatores de risco (CAMPOS et al, 2013; BROWN., 2003; MORIARTY; ZACK., 2003; JIANG; HESSER., 2008; WANG; BEYER; GENSICHEN; GERLACH., 2008).

A qualidade de vida ligada à saúde é definida como valor atribuído à vida, ponderando pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial (AUQUIER et al. 1977). Já Gianchello et al. (1996) conceituou-a como o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Os instrumentos genéricos utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionados à saúde tem como vantagem poder avaliar diferentes aspectos da QV que são afetados pelas condições de saúde ou de doença/tratamento em qualquer população. Podem ser usados em populações gerais ou específicas para avaliar diversos domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde. São exemplos dessa categoria o Medical Outcomes Short-Form Health Survey – SF-36, na qual foi utilizado no presente estudo e será descrito detalhadamente, nos próximos parágrafos.

O SF-36, por ser um instrumento genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, permitindo, portanto, comparações entre diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos (HAYES et al., 1995).

3.2 MELHOR EM CASA: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Devido a necessidade de um atendimento com melhorias na atenção e cuidado total da saúde, assim como a demanda devido o envelhecimento humano em conjunto com a transição epidemiológica que vem ocorrendo no País, foi-se pensado em práticas inovadoras para o cuidado em saúde, o serviço de atendimento domiciliar terapêuticos, este que é para pacientes com HIV/Aids, propostas de cuidados paliativos domiciliares, entre outros (BRASIL., 2013; MERHY, 2010).

O programa foi instituído em 2011 e foi integrado ao Programa SOS Emergências na Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, através da Portaria ministerial nº 1.208 de 18 de junho de 2013. De acordo com a portaria, a atenção domiciliar é interpretada como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

O objetivo do Melhor em Casa é levar atendimento médico às casas de pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, evitando internações hospitalares desnecessárias e as filas dos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2013).

A atenção domiciliar é organizada em três modalidades, sendo estas AD1, a mesma destinada para usuários da unidade básica de saúde que possuem problemas de saúde controlados/ compensados, que possuam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade, as visitas para essas pessoas devem ser ao menos 1 vez na semana sendo responsáveis por essa visita equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família; o AD2 destina-se ao mesmo público do AD1 com o diferencial de que necessitam de visitas com maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo estes ser provenientes de diferentes serviços da rede de atenção, sendo da responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade. Já o AD3 está destinado ao mesmo público do AD2 assim como a responsabilidade, porém, diferencia-se que além do que é exigido para o cuidado da saúde no anterior eles necessitam também de usos de equipamentos (BRASIL, 2013).

Na realização do cadastro é exigida a indicação de um cuidador, que poderá ser ou não membro da família. O cuidador será a referência da família para as equipes do Melhor em Casa. A presença do familiar/cuidador facilita novas formas de produção do cuidado e de interações com a equipe de saúde. Além disso, traz tensões ao disputar os planos de cuidados com a equipe, ao mesmo tempo em que contribui para o aprimoramento da produção do cuidado, uma vez que também é portador de saberes (CARVALHO, 2009).

4 MATERIAL E METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa trata-se de um estudo transversal, do tipo observacional, envolvendo pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis atendidas pelo programa Melhor em Casa do município de Cuité – PB.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Cuité (6028'53,94" S e 36008'58,87" W) que está localizado na mesorregião do Agreste Paraibano e na microrregião do Curimataú Ocidental, com população de 20.312 habitantes em 2014, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sua área territorial é de 758 km², densidade 26,3 hab./km² ficando distante da capital do estado, João Pessoa, 235 km e da cidade de Campina Grande, 117 km. Em relação ao nível do mar, a altitude é de 667 m (IBGE, 2019). Em 2019 o município de Cuité apresentava população estimada de 20.334 pessoas, com renda média salarial dos trabalhadores formais (IBGE, 2018) de 1,7 salários mínimos e 15 estabelecimentos de saúde vinculados ao Sistema Único Saúde (IBGE, 2016b; IBGE, 2016c).

Participaram da pesquisa todos os pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa do município de Cuité – PB, que eram portadores de doenças crônicas não transmissíveis; o programa realiza o atendimento de pessoas que necessitam de uma equipe multiprofissional em seus domicílios. A assistência das equipes do Melhor em Casa acontece de modo intercalado, tendo o dia específico de cada profissional de saúde para visitar determinado paciente e assim dar o suporte necessário ao mesmo, seja ele físico e/ou psicológico.

As visitas da equipe multiprofissional do programa melhor em casa, são realizadas de segunda a sexta, das 7:00 às 17:00 dando suporte com trocas de curativos, fisioterapia, assistência social, atendimento psicológico, atendimento e orientação nutricional e prescrição de medicações e exames quando necessário.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes foram todas as pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, de ambos os sexos e sem determinação para idade, que estavam sendo atendidas pelo Programa Melhor em Casa do município de Cuité-PB e se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão tiveram como exigências que, as pessoas devem estar sendo atendidas pela equipe multiprofissional do programa melhor em casa, portadores de doença crônica não transmissível e que aceitaram participar da pesquisa e segundo os critérios de exclusão não puderam participar pessoas que não recebiam mais a assistência do programa melhor em casa, pessoas que não tinha DCNT e as que não desejaram participar do estudo.

4.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

O SF-36, por ser um instrumento genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, permitindo, portanto, comparações entre diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos. O questionário Short Form Health Survey 36 (SF-36) é uma ferramenta utilizada para avaliar a qualidade de vida sendo amplamente utilizado; este instrumento vem com a intenção de detectar as diferenças clínicas e socialmente relevantes para a saúde tanto da população em geral como de indivíduos que são acometidas por enfermidades, bem como perceber as mudanças na saúde ao longo do tempo (LAGUARDIA et al., 2013; TAFT et al., 2001; MCHORNEY et al., 1994; WILSON et al., 2000).

Esta ferramenta possui 36 perguntas, dividida em 8 domínios e é um questionário de fácil aplicação sendo que o mesmo leva de 5 a 10 minutos para ser aplicado (Anexo A), ao ser analisado o questionário, quanto mais altas as pontuações, melhor é o estado de saúde (LAGUARDIA et al, 2013).

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito componentes domínios correspondentes ao questionário são: capacidade funcional (CF), limitação por aspectos físicos (LAF), dor (D), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (V), aspectos sociais (AS), limitação por aspectos emocionais (LAE) e saúde mental (SM) e estes domínios podem ser agrupados em dois sumários, um físico e um mental, onde os domínios que fazem parte do físico são CF, LAF, D e EGS e o sumário mental é composto dos domínios

V, AS, LAE e SM (ALCÂNTARA., 2005; CICONELLI., 1999). O cálculo dos domínios é realizado primeiramente com o somatório das questões correspondentes a cada domínio (ANEXO C) e logo em seguida aplica-se a fórmula:

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

O valor obtido nas questões correspondentes, juntamente com o limite inferior dado para cada domínio e a variação (Score Range) está no anexo D.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista direta com o paciente ou cuidador responsável, sendo realizada a coleta de dados na residência do mesmo, pois a coleta foi feita juntamente com as visitas da equipe multiprofissional aos pacientes, acompanhando primeiro o trabalho deles e logo em seguida realizando a aplicação dos instrumentos.

As perguntas que não foram compreendidas na primeira vez que foram perguntadas ou por motivo de muitas delas estarem na 1º pessoa foram repetidas quantas vezes fossem necessárias e reformuladas na 3º pessoa facilitando a compreensão dos pacientes, com muita calma e paciência buscando sempre o conforto do entrevistado perante os questionamentos. Primeiramente foi aplicado o questionário que se refere aos dados sociodemográficos (ANEXO B) e logo em seguida aplicado o segundo questionário, referente a qualidade de vida do instrumento SF-36 (ANEXO A).

Para obtenção da informação do tempo de doença dos entrevistados, considerou-se a doença crônica não transmissível de base que acometia o paciente a mais anos, sendo importante ressaltar que 50% dos pacientes que apresentavam sequelas, estas foram decorrentes de complicações da doença de base. O tempo de doença deles é uma média de quantos anos mais ou menos essa DCNT faz parte de sua vida, tendo em vista que nem sempre os entrevistados tinham certeza de quanto tempo exatamente já vivia com essa enfermidade.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram sumarizados em planilhas de Excel. Os resultados foram apresentados na forma de média e desvio padrão para as variáveis contínuas e sob porcentagem para as variáveis categóricas. Foi feita a análise qualitativa sendo analisado alguns relatos feitos pelos pacientes e a análise quantitativa onde foi realizada o cálculo das respostas dadas no questionário SF-36. Os resultados do questionário SF-36 foram apresentados em valores médios, mínimos e máximos com seus respectivos desvios-padrão. Utilizou-se o programa Excel, versão 14.0 para a análise descritiva e inferencial.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Nº 3.749.616 (ANEXO E) Plataforma Brasil de acordo com as normas contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação do estudo. Assim como, foi realizado solicitação e autorização prévia do município onde foi realizado o estudo por meio de Carta de Anuência pela Secretaria municipal de Saúde devidamente assinado, o Termo de Autorização Institucional para a realização da pesquisa.

Os pacientes e cuidadores foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e responderam o questionário que aborda aspectos, capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, limitação por aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Para assegurar a fidedignidade dos dados, todos os integrantes da pesquisa receberam treinamento e orientação sobre os procedimentos e a rotina de desenvolvimento da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 14 pacientes que estavam sendo atendidos pelo programa melhor em casa, dentre estes, 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino, estes eram idosos, aposentados, com renda mediana e já carregando alguma comorbidade, sendo em sua maioria diabetes mellitus e/ou hipertensão, entre outras. Todos os participantes concordaram em participar do estudo, abrangendo o total de pacientes atendidos pelo programa melhor em casa.

Conforme pode ser observado na tabela 1, os dados sócio- demográficos dos pacientes atendidos pelo programa melhor em casa, demonstram que 92,9% dos mesmos tinham mais de 60 anos, 100% eram aposentados, e 100% dos participantes estava sob cuidados de um cuidador, destes, 57,1% era seu companheiro (a). Em relação ao nível de escolaridade dos participantes, 71,42% tinha ensino fundamental incompleto, 14,3% não possuíam escolaridade e apenas 7,1%, possuía ensino superior.

Tabela 1 - Características sócio demográficas dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa

	n % ou média (DP)
Idade	
N	14
18- 30	0
30- 60	1 (7,1%)
> 60	13 (92,9%)
Sexo	
Feminino	7 (50%)
Masculino	7 (50%)
Escolaridade	
Sem escolaridade	2 (14,3%)
EFI	10 (71,42%)
EFC	0
EMI	0
EMC	1 (7,1%)
ESC	1 (7,1%)
Renda Familiar	
Até ½ salário mínimo	0
½ a 1 salário mínimo	9 (64,3%)
1 a 2 salários mínimos	4 (28,7%)
2 a 3 salários mínimos	1 (7,1%)
Situação no mercado de trabalho (n %)	
Aposentado	14 (100%)
Desempregado	0
Com auxílio doença	0
Estado civil	
Solteiro	0
Casado	8 (57,1%)
União estável	0
Divorciado	1 (7,1%)
Viúvo	5 (35,7%)
Presença de cuidador (n %)	
Sim	14 (100%)
Não	0

Fonte: Santos (2020); Tabela adaptada de Campolina et al (2010);

A idade e escolaridade são condições que podem influenciar diretamente na qualidade de vida de um indivíduo quando não orientados adequadamente. Pesquisa utilizando o questionário SF-36 tanto em idosos como em pessoas com idade menor que 60 anos verificaram menores scores para as pessoas maiores de 60 anos, mostrando como a idade também é um fator que influencia na qualidade de vida das pessoas (SERVELHERE et al., 2011).

Tabela 2 - Características clínicas dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa

Características clínicas	
	Nº absoluto / % ou média (DP)
Tempo de doença (anos)	
N	14
Média (DP)	29,6 ± 22,3
Mínima	5
Máximo	60
Presença de sequelas (n %)	
Não	7 (50%)
Sim	7 (50%)
DCNT presente	
Hipertensão/Diabetes/AVC	1 (7,1%)
Hipertensão	5 (35,7%)
Diabetes	3 (21,4%)
Diabetes/ Problema Renal	1 (7,1%)
Hipertensão/Alzheimer	1 (7,1%)
Doença cardiovascular / Diabetes/ osteoporose/ depressão	1 (7,1%)
Hipertensão/Diabetes/Trombose	1 (7,1%)
Hipertensão/IRC	1 (7,1%)

Fonte: Santos (2020); Tabela adaptada de Campolina et al (2010);

A escolaridade no Brasil no ano de 2017 foi de 11, 3 anos para alunos de 18 a 29 anos e esses números variam também de acordo com a região que vivem, tendo uma diferença de 1 ano a mais de escolaridade para a região sudeste em relação com as regiões norte e nordeste (CRUZ, 2019). Levantamentos no território brasileiro relatam o aumento da frequência da obesidade com o decorrer do avanço da idade, assim como a frequência dessa DCNT diminui quando o nível de escolaridade aumenta (BRASIL 2019). Dados como esses mostram a possibilidade de regiões como norte e nordeste onde a escolaridade se encontra mais baixa, terem um maior crescimento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e suas consequências afetando assim a qualidade de vida dos mesmos.

Assim como pode existir uma maior relação entre a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e menor qualidade socioeconômica. Esses achados foram verificados na pesquisa de Silqueira (2005), que observou maior prevalência da hipertensão em participantes com rendas menores, níveis de escolaridade baixo, como agentes causadores de estresse social e

econômico. Assim como foi relatado como um dos fatores de risco mais importante a baixa escolaridade, pois quando se compara pessoas analfabetas com os que tem nível superior de ensino, foi constatado entre 1,4 e 1,7 mais risco de portar a DCNT, hipertensão (SILQUEIRA., 2005; BRASIL., 2001; LESSA., 1998; LÓLIO., 1990).

Corroborando assim, com o perfil da população do nosso estudo (tabela 2), na qual observou-se que as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população foram hipertensão arterial e diabetes mellitus, sem e com complicações associadas tais como acidente vascular cerebral, trombose, insuficiência renal, entre outras.

Alguns participantes do presente estudo se encontravam acamados, sendo assim, para os domínios de capacidade funcional e limitação por aspectos físicos acabaram sendo gerados valores mínimos (0) para a maioria das questões, pois eles não possuíam mais capacidade de fazer as atividades descritas pelo questionário como varrer uma casa ou andar alguns bairros, banhar ou vestir-se sozinhos, entre outras. Tal fato, nos levou a cogitar a limitação do uso do instrumento para este público, uma vez que, não encontramos na literatura trabalhos utilizando a ferramenta SF-36 com pacientes acamados. Porém, também não foram encontrados na literatura pesquisas demonstrando limitações do uso do questionário para este público. Pelo contrário, ele é considerado um instrumento genérico utilizados para avaliar a qualidade de vida em afetados pelas condições de saúde ou de doença/tratamento em qualquer população. Podem ser usados em populações gerais ou específicas para avaliar diversos domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde. Além disso, o questionário dá opção de considerar notas de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio há uma avaliação desses indivíduos nessas condições e como sua capacidade funcional está completamente ou parcialmente comprometida, acarretando em um resultado de uma pior qualidade de vida para essas pessoas.

Levando em consideração que o questionário aplicado é dividido em 8 domínios variando de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. Foi observado scores menores, ou seja, piores scores para capacidade funcional (CF) limitação por aspectos físicos (LAF) e limitação por aspectos emocionais (LAE), tendo pontuações de $5,1 \pm 7,2$ e $1,8 \pm 3,3$ e $23,8 \pm 30,6$ respectivamente (tabela 3).

Tabela 3. Média dos domínios e sumários do SF-36 de pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa – Cuité/PB

	Média ± DP	Mínimo	Máximo
DOMÍNIO¹			
Capacidade Funcional	5,1 ± 7,2	0	30
Limitação por aspectos físicos	1,8 ± 3,3	0	25
Dor	41,4 ± 28,1	0	100
Estado geral de saúde	43 ± 22,9	0	90
Vitalidade	54,6 ± 23,9	0	95
Limitação por aspectos sociais	24,1 ± 22,3	0	100
Limitação por aspectos emocionais	23,8 ± 30,6	0	100
Saúde mental	56,3 ± 20,3	0	92
SUMÁRIO²			
Físico	22,8 ± 24,6	0	100
Mental	39,7 ± 28,1	0	100

Fonte: Santos (2020); Adaptado de Campolina et al (2010); ¹ 0 = pior estado de saúde e 100 = melhor estado de saúde; ² média da população americana = 50, DP = 10;pc

Pesquisa realizada por Braga et al., (2011), verificou que idosos com idades acima ou igual a 60 anos em hemodiálise, apresentaram também menores escores para os domínios de capacidade funcional e limitação por aspectos físicos. Os autores ainda relacionaram o pior escore desses domínios com a idade avançada e presença de três ou mais doenças crônicas.

Os resultados obtidos nesse presente trabalho para os domínios de capacidade funcional (CF) e limitação por aspectos físicos (LAF) são semelhantes ao estudo de Campolina et al., (2010) que avaliaram pacientes idosos portadores de artrite reumatoide, pois possuem pontuações médias abaixo de 50. Pontuação essa, provavelmente justificada para esta pesquisa devido os pacientes em sua maioria estarem acamados, impossibilitados de fazerem suas funções normalmente no tempo que ocorreu a coleta de dados; Os pacientes que apresentavam a pior qualidade de vida eram os que possuíam severa ou moderada incapacidade funcional (BENTO; SANTOS., 2017; CAROD ARTAL et al., 2000).

Para Toldrá (2014); Galisteu (2006), a qualidade de vida é a capacidade de desenvolver movimentos corporais de forma eficiente, ou seja, se houver uma limitação motora há também um grande impacto na qualidade de vida desse indivíduo, diminuindo-a consideravelmente.

A redução da capacidade funcional e limitação dos aspectos físico também pode influenciar piora da saúde mental e psicológica do paciente, uma vez que geram tristeza, frustrações e podem estar relacionadas com desenvolvimento de quadro depressivos. Uma das falas mais marcantes dos entrevistados durante a coleta de dados foi de uma senhora que falava muito da tristeza que sentia por não conseguir mais varrer o terreiro de manhã cedo, como a mesma costumava dizer, fazer sua comida e por muitas vezes nem ao menos tomar seu próprio banho sozinha; mostrando assim, além da perda da capacidade funcional, a repercussão direta

na qualidade de saúde emocional por se sentir incapaz de fazer atividades que eram de seu costume e tão simples para a maioria das pessoas.

Quando o estado funcional é ruim, se encontra um maior sofrimento psicológico, afetando diretamente a qualidade de vida do mesmo, por isso, se vê a necessidade de adotar mudanças de comportamentos durante a vida, tornando possível uma boa capacidade funcional quando a velhice chegar, mantendo uma excelente relação com a saúde mental e consequentemente obtendo uma qualidade de vida melhor (FERREIRA; MEIRELLES; FERREIRA., 2018; ATKINS., 2013).

Em relação ao domínio de dor (D), houve queixas pela maioria dos entrevistados, principalmente dores musculares, sendo notável que a média obtida foi baixa, estando abaixo de 50 pontos ($41,4 \pm 28,1$). No domínio de estado geral de saúde foi encontrado valores baixos também, de $43 \pm 22,9$ pontos, considerando assim uma baixa qualidade de vida.

A dor é um fator que tem uma grande influência na vida da população idosa, sendo que a mesma quanto mais intensa é, pior se torna a qualidade de vida (TOLDRÁ., 2014; VIDMAR., 2011).

No geral quase todos os domínios tiveram scores médios abaixo de 50, apenas vitalidade e saúde mental que constatou valores um pouco acima, $54,6 \pm 23,9$ e $56,3 \pm 20,3$ respectivamente. No entanto, esses valores, não é indicação de uma boa qualidade de vida e saúde mental para os pacientes, pois no momento do preenchimento do questionário onde para estes domínios havia perguntas como “quanto tempo você tem se sentido deprimido que nada pode animá-lo?” ou “quanto tempo você tem se sentido desanimado, abatido?” e as respostas variavam entre “uma boa parte do tempo” até mesmo o “tempo todo se sentindo assim” .

Termos como vigor e força utilizados no questionário na parte dos domínios de vitalidade e saúde mental foram termos que acabaram confundindo os entrevistados; assim como no trabalho de Silqueira (2005), neste estudo houve dificuldade para diferenciar os termos para os pacientes, até porque segundo o dicionário de Aurélio Buarque de Holanda o significado de vigor é força e grande energia e o termo energia tem como significado vigor e força (SILQUEIRA., 2005; HOLANDA, 1999).

Quanto aos domínios de Limitação por aspectos sociais (LAS) e limitação por aspectos emocionais (LAE) também foram observados scores baixos com valores de $24,1 \pm 22,3$ e $23,8 \pm 30,6$ respectivamente. Tais resultados podem ser consequências das limitações funcionais e físicas da maioria dos pacientes em fazer suas atividades, tais como: não poder executar suas atividades rotineiras, não poderem sair sozinhos, dar uma volta, visitar amigos, afetando diretamente seu emocional. Identificada na fala e relato deles, na forma de queixas, de “sentir

saudade de sair de manhã cedo”, “caminhar pela praça”, “visitar amigos” e “voltar na hora de fazer o almoço” e a tarde “arrumar sua casa” ou “tirar um cochilo”. Outro relato impactante foi a de uma senhora que com lágrimas nos olhos contava da saudade que tinha da visita dos filhos que só a visitava uma vez ao ano, pois não moravam em Cuité-PB – solidão.

Com o avanço da idade (maiores de 50 anos) o ser humano começa a apresentar doenças que afetam a capacidade física, anormalidades psicológicas e/ ou mudanças neurológicas, enfermidades estas que podem levar a quadros depressivos, afetando sua vida como um todo (NEVES et al., 2013; PHILLIP & ZEHANAH., 2012). Apesar de apenas um paciente ter o diagnóstico comprovado de depressão, os escores de aspectos emocionais demonstram que, tal domínio impacta na qualidade de vida e saúde emocional; valores baixos assim foram encontrados também com o estudo de pessoas com sintomas graves de depressão (BENTO; SANTOS., 2017; CAROD- ARTAL et al., 2000).

É importante elucidar que em nosso estudo, maior prevalência de pacientes hipertensos com presença de outra comorbidade, sugerindo assim, que quanto mais presentes estas comorbidades, maiores as chances de diminuição da qualidade de vida. Resultados assim também foram encontrados no estudo de Anghinoni., (2011); enquanto no trabalho de Lima et al., (2011) o mesmo considerou que o estado emocional dos pacientes é afetado pelas complicações e comorbidades da doença crônica não transmissível e com a dificuldade que sentem em fazer o controle dessa enfermidade.

O sumário físico e o sumário mental consolidam e comprova o nível de qualidade de vida e saúde dos indivíduos. No presente estudo, os resultados confirmam a precariedade da situação da QV dos pacientes que participaram do estudo, tendo médias muito baixas sendo $22,8 \pm 24,6$ para o físico e $39,7 \pm 28,1$ para o sumário mental, tendo como parâmetro para esses sumários, média de 50 para a população americana.

Diante dos resultados, observa-se que a população avaliada não apresenta boa qualidade de vida e saúde, constatado pelos valores médios dos domínios e sumários, não havendo médias próximas de 100. Os valores de scores baixos são decorrentes principalmente pela baixa capacidade funcional e limitações físicas, que conseqüentemente repercutem nos aspectos emocionais. Neste sentido, tais resultados, demonstram a importância do educação e saúde para prevenção do acometimento de comorbidades e complicações associadas as doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica, assim como, indica que a importância do trabalho da

equipe multidisciplinar do Programa Melhor em Casa na assistência, orientações e suporte clínico, nutricional e na saúde mental desses pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados, a ferramenta SF-36 se mostrou eficiente em realizar a avaliação da qualidade de vida dos pacientes do melhor em casa, sendo possível através da aplicação desse questionário coletar dados importantes sobre como as doenças crônicas não transmissíveis e outros fatores interferem nessa QV.

A qualidade de vida da população estudada encontra-se significativamente baixa, tendo como possíveis agentes causadores, a idade, a escolaridade, esta que é o único fator modificável e que talvez afete e a agrave as doenças crônicas não transmissíveis, as DCNT, suas sequelas e limitações físicas.

A avaliação da qualidade de vida nesse estudo pode auxiliar os profissionais que trabalham no programa melhor em casa, identificando os domínios que mais afetam a qualidade de vida do mesmo, que tem mais impacto em seu dia a dia, com os relatos, por exemplo, a psicóloga tem mais informações para saber por qual caminho e quais métodos ela pode usar para melhorar o emocional daqueles pacientes assim como os outros profissionais podem enxergar que às vezes uma conversa, a atenção dada aos pacientes é mais importante do que cuidar da hipertensão do mesmo.

Destaca-se a necessidade de outros estudos com esse tipo de população, utilizando-se de outras ferramentas, seja elas para avaliar a alimentação desses indivíduos, a saúde mental individualmente, a alimentação e/ou a antropometria, entre outros, para que haja cada vez mais maneiras de colaborar com a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, E. C. **Qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio: avaliação com os questionários Mac New QLMI e SF-36**. 2005. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.
- ANGHINONI, V. **Importância da atenção farmacêutica na melhora da qualidade e vida de pacientes com síndrome metabólica em unidades básicas de saúde do município de Francisco Beltrão – PR**. Dissertação; Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/96078>>. Acesso em: 07 novembro 2020.
- BENTO, H. N; SANTOS, C. B. A. A Relação da gravidade da depressão com qualidade de vida em pacientes pós acidente vascular encefálico. **Projeto de pesquisa**, 2017.
- BERGMAN, R. N.; STEFANOVSKI, D.; BUCHANAN, T. A.; SUMNER, A. E.; REYNOLDS, J. C.; SEBRING, N. G.; XIANG, A. H.; WATANABE, R. M. A. Better index of body adiposity. **Obesity**, v. 19, n. 5, p. 1083-1089, 2011.
- BRAGA, S. F. M et al. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 1127-1136, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Instrutivo do melhor em casa. **Brasília – DF**, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Departamento de programa a saúde. Coordenação de programas de Doenças Cardiovasculares. Doenças Cardiovasculares no Brasil. Sistema único de Saúde- SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. M. S; **Brasília –DF**, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. **Brasília – DF**, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Brasília- DF**, 2019.
- CAMPOLINA, A. G et al. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3103-3110, 2011.
- CAMPOS, M. O et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 873-882, 2013.
- CAMPOS, M. O; NETO, J. F. R. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 561, 2012.
- CAROD-ARTAL, J; EGIDO, J.A; GONZALEZ, J.L; VARELA, S.E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. **Stroke**, v. 31, n. 12, p. 2995-3000, 2000.

- CICONELLI, R. M; FERRAZ, M. B; SANTOS, W; MEINAO, I; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF 36. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.
- CLARO, R. M. et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 257-265, 2015.
- CRUZ, P et al. Anuário Brasileiro da Educação Básica. **Editora Moderna**, p. 180. São Paulo - SP, 2019.
- DAUDT, C. V. G. **Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis em uma Comunidade Universitária do Sul do Brasil (UFRGS)**. Tese de Doutorado, 2013.
- FERREIRA, L. K; MEIRELES, J. F. F; FERREIRA, M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de Literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 21, n.5, p. 639-651, 2018.
- GRINCENKOV, F. R. S et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes incidentes em diálise peritoneal no Brasil (BRAZPD). **J Bras Nefrol**, v. 33, n. 1, p. 38-44, 2011.
- HOLANDA, A. B. Dicionário da língua portuguesa. **Academia Brasileira de letras**. 6º, 1200p, 1999.
- LAGUARDIA, Josué et al. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. **Rev. Bras. Epidemiol**, 2013.
- LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade; epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Hucitec. **São Paulo- SP**, 1998.
- LIMA, I. F; AZEVEDO, R. C. S; REINERS, A. A. O; SILVA, A. M. C; SOUZA, L. C; ALMEIDA, N. A. Fatores associados à independência funcional de mulheres idosas no município de Cuiabá -MT. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. p. 827-37, 2016.
- LIMA, V. et al. Fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. **Revista brasileira em promoção da saúde**, v. 19, n. 3, p. 148-154, 2012.
- LIMA, V. R; BALDISSERA, V. D. A; JAQUES, A. E. A. Vivência com a hipertensão arterial sistêmica e a utilização de estratégias de enfrentamento. **Arq Ciênc Saúde UNIPAR**. P. 219-226, 2011. 219-226. Disponível em:<<http://revistas.unipar.br/saude/article/view/4085>>. Acesso em: 12 nov 2020.
- LINHARES, R. S. et al. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 438-447, 2012.
- LIPSCHITZ, DA. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.
- LÓLIO, C. A. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Saúde Pública**, 1990.

- LOPES, P. D. et al. **Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em estudantes universitários após um ano de curso.** 2017. 11F. Trabalho de conclusão de Curso, 2017.
- MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3-16, 2015.
- MENDES, G. S; MORAES, C. F; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.
- NAJAS, M. S.; NEBULONI, C. C. Avaliação Nutricional In: RAMOS, L. R.; TONIOLO NETO, J. (Org.). **Geriatrics e Gerontologia**. 1. ed. Barueri: Manole, p. 299, 2005.
- NEVES, R. T et al. Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 2, p. 72-98, 2013.
- PINTO, F. J. Cardiovascular diseases in portuguese: the importance of preventive medicine. **Arq Bras Cardiol**, v. 110, n. 6, p. 512-3, 2018.
- PHILLIP, W. & ZEHANAH, I. Continuation and maintenance treatments for depressive disorder in older adults (Protocol for a Cochrane Review). **The Cochrane Library**, 2012.
- PROTHRO, J. Protein and amino acid requirements of the elderly. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 561, n. 1, p. 143-156, 1989.
- RIBEIRO, C. G; FERRETTI, F; DE SÁ, C. A. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 330-339, 2017.
- RODRIGUES, R. A. P. Envelhecimento saudável e o exercício de direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 30-43, 2019.
- SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. Princípios básicos avaliação, diagnóstico e metas de tratamento do diabetes *mellitus*. **Editora Clanad**, v. 1, P. 449, 2019-2020.
- SBH, Sociedade Brasileira de Hipertensão. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** 2017; 107(3Supl.3):1-83.
- SCHLOSSER, T. C. M; CEOLIM, M. F. Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, 2014.
- SERVELHERE, K. R. et al. Aplicação da escala SF-36 em pacientes operados de tumores da base do crânio. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery**, v. 30, n. 02, p. 69-75, 2011.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos.** 2005. 112f. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2005.

SIZER, R. **Standards and guidelines for nutritional support of patients in hospitals.** Woreestershire: British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, 1996.

SOUSA, C. M. S et al. Qualidade de vida dos idosos e os fatores associados: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Mult. Psic.** V.13, N. 47, p. 320-326, Outubro/2019.

TAVARES, N. U. L. et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 315-323, 2015.

TRINDADE, J. Perfil da atividade física habitual de idosos residentes na zona urbana e rural do município de São Jerônimo da Serra – PR. **Monografia.** Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação Física e Esporte. Londrina: UEL; 2012.

TOLDRA et al. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. **Rev. O Mundo da Saúde**, v. 38, p. 159-168, 2014.

ANEXOS

ANEXO A- Questionário Short Form Health Survey 36 (SF-36)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B- Variáveis Socioeconômicas

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	CATEGORIAS
Nome:		
Idade	Idade cronológica em anos (FAO/WHO, 2001)	18 a 30 anos 30 a 60 anos > 60 anos
Escolaridade	Números de anos completos de estudo (MEC, 2001).	Sem escolaridade Ensino fundamental incompleto (EFI) Ensino fundamental completo (EFC) Ensino médio incompleto (EMI) Ensino médio completo (EMC) Ensino superior incompleto (ESI) Ensino superior completo (ESC)
Renda Familiar	Renda dos membros da família que residem no mesmo domicílio expressa em salário mínimo. Inclusive pessoas que recebem benefício do governo (POF, 2009).	Sem rendimento Até ½ salário mínimo Mais de ½ até 1 salário mínimo Mais de 1 a 2 salários mínimos Mais de 2 a 3 salários mínimos Mais de 3 a 5 salários mínimos Mais de 5 a 10 salários mínimos Mais de 10 salários mínimos
Profissão:		
Qual doença acomete?		() Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Obesidade () Câncer () Doença Cardiovascular () Outra _____ _____

ANEXO C- Ponderação dos dados

Questão	Pontuação
01	Se a resposta for: 01 5,0 02 4,4 03 3,4 04 2,0 05 1,0
02	Manter o mesmo valor
03	Soma de todos os valores
04	Soma de todos os valores
05	Soma de todos os valores
06	Se a resposta for: 01 5,0 02 4,0 03 3,0 04 2,0 05 1,0
07	Se a resposta for: 01 6,0 02 5,4 03 4,2 04 3,1 05 2,2 06 1,0
08	A resposta da questão 8 depende da resposta da questão 7 Se 7=1 e se 8=1 o valor da questão é 6,0 Se 7=2 a 6 e se 8=1 o valor da questão é 5,0 Se 7=2 a 6 e se 8=2 o valor da questão é 4,0 Se 7=2 a 6 e se 8=3 o valor da questão é 3,0 Se 7=2 a 6 e se 8=4 o valor da questão é 2,0 Se 7=2 a 6 e se 8=5 o valor da questão é 1,0 E se a questão 7 não for respondida os valores da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for 1 a pontuação será 6 Se a resposta for 2 a pontuação será 4,75 Se a resposta for 3 a pontuação será 3,5 Se a resposta for 4 a pontuação será 2,25 Se a resposta for 5 a pontuação será 1,0
09	Nesta questão a pontuação para os itens a, d, e, h deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1 o valor será 6 Se a resposta for 2 o valor será 5 Se a resposta for 3 o valor será 4

	<p>Se a resposta for 4 o valor será 3 Se a resposta for 5 o valor será 2 Se a resposta for 6 o valor será 1</p> <p>Para os demais itens (b,c,f,g,i) o valor será mantido o mesmo.</p>
10	Considerar o mesmo valor
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém nos itens b, d deve-se seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1 o valor será 5 Se a resposta for 2 o valor será 4 Se a resposta for 3 o valor será 3 Se a resposta for 4 o valor será 2 Se a resposta for 5 o valor será 1</p>

ANEXO D- Cálculo dos escores do SF-36

Domínio	Pontuação das questões correspondentes	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+ 08	2	10
Estado geral de saúde	01+ 11	5	20
Vitalidade	09 somente os itens (a+ e+ g+ i)	4	20
Aspectos sociais	06+ 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 somente itens (b+ c+ d+ f+ h)	5	25

ANEXO E- Aprovação do Comitê de Ética

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA DO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB

Pesquisador: MAYARA QUEIROGA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24998319.2.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.749.616

Apresentação do Projeto:

A pesquisa trata-se de um estudo transversal, do tipo clínico observacional, envolvendo pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis atendidas pelo programa Melhor em Casa do município de Cuité – PB. Participarão do estudo pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis atendidas pelo programa Melhor em Casa do município de Cuité - PB. Com o aumento de doenças crônicas não transmissíveis no mundo, percebe-se que juntamente à ela está ocorrendo uma diminuição da qualidade de vida das pessoas, devido a ocasionar uma série de eventos que mexem com o indivíduo como um todo, em sua saúde física e mental; Com isso, gerou-se um grande número de casos de indivíduos que são acometidos por essas doenças e assim foi criado o programa melhor em casa, este que tem como intenção proporcionar um atendimento de qualidade para indivíduos que estão impossibilitados de se locomoverem até uma unidade básica de saúde da família (UBSF) para receber o atendimento preciso. O presente estudo tem como objetivo identificar as doenças crônicas não transmissíveis e suas consequências no estado nutricional e qualidade de vida de pessoas atendidas pelo programa melhor em casa do município de Cuité- PB. Serão analisadas as variáveis antropométricas, socioeconômicas, além dos presentes no questionário de qualidade de vida SF-36, ferramenta altamente viável, de aplicação em qualquer população, a qual se destaca por avaliar a qualidade de vida do público-alvo

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

UF: PB

Telefone: (83)2101- 5545

Município: CAMPINA GRANDE

Fax: (83)2101-5523

CEP: 58.107-670

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG**



Continuação do Parecer: 3.749.616

considerando a avaliação simultânea da capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, limitação por aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais assim como saúde mental do paciente. O projeto se torna bastante aplicável por avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, considerando vários parâmetros, e assim poder detectar as fragilidades presentes no indivíduo a ponto de tomar as medidas cabíveis, seja no tratamento, quando o problema já gerou uma doença, ou na prevenção, englobando toda a equipe multiprofissional

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar as doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com os aspectos de qualidade de vida das pessoas que são atendidas pelo programa melhor em casa do município de Cuité - PB.

Objetivo Secundário: Fazer o levantamento dos pacientes atendidos pelo programa melhor em casa e suas patologias; Aplicar o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

É informado pela pesquisadora que “Trata-se de uma pesquisa que utilizará questionários como instrumento de coleta de dados, portanto, representa transtornos na interrupção de algumas atividades de cuidadores e pacientes para este momento e também o risco do constrangimento em realizar determinadas perguntas, por isso os questionários poderão ser aplicados em local isolado e individualmente. Além disso, será realizado um pré-agendamento com os cuidadores e pacientes a fim de minimizar esses transtornos”

Benefícios:

É informado pela pesquisadora que: “Os resultados do presente estudo fornecerá informações sobre a percepção dos pacientes acerca da sua qualidade de vida, aspectos emocionais e que poderão ser subsídios para elaboração de plano de intervenção da equipe do Melhor em Casa.”.

De acordo com a RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012, item V – DOS RISCOS E

BENEFÍCIOS; Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

Município: CAMPINA GRANDE

CEP: 58.107-670

UF: PB

Telefone: (83)2101- 5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
 UNIVERSITÁRIO ALCIDES
 CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
 FEDERAL DE CAMPINA
 GRANDE / HUAC - UFCG**



Continuação do Parecer: 3.749.616

risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico. Assim, a presente pesquisa atende a este critério.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa identificará as doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com os aspectos de qualidade de vida das pessoas que são atendidas pelo programa melhor em casa do município de Cuité - PB

Trata-se de pesquisa relevante para a sociedade e portanto todas as exigências dos CEPs acerca da documentação a ser apresentada devem ser contempladas. O cumprimento das exigências atenua possíveis atrasos no desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação: 1-Projeto de Pesquisa;
 2- Informações Básicas do Projeto de Pesquisa;
 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE; 4- Termo de anuência;
 5- Termo de Compromisso do Pesquisador;
 6- Instrumento de coleta de dados (Roteiro da entrevista); 7 – Folha de rosto;
 8. Orçamento
 9 - Cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos encaminhados, não foi verificado pendências e todos os preceitos éticos foram atendidos

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUAC/ UFCG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução N° 466, de 12 Dezembro de 2012, bem como embasado na carta circular número 122/2012 CONEP/CNS/MS, manifesta-se pela aprovação do projeto.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

CEP: 58.107-670

Bairro: São José

Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Telefone: (83)2101- 5545

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG**



Continuação do Parecer: 3.749.616

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1457818.pdf	22/10/2019 18:06:09		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	22/10/2019 18:01:57	GABRIELA ROCHA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/10/2019 17:15:21	MAYARA QUEIROGA BARBOSA	Aceito
Outros	Termoanuenciasecretaria.PDF	22/10/2019 17:12:51	MAYARA QUEIROGA	Aceito
Outros	Termocompromissopesquisador.pdf	22/10/2019 17:09:27	MAYARA QUEIROGA	Aceito
Outros	Termoanuenciainstitucional.PDF	22/10/2019 17:07:31	MAYARA QUEIROGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.docx	22/10/2019 17:06:48	MAYARA QUEIROGA BARBOSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisadores.pdf	22/10/2019 17:04:38	MAYARA QUEIROGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 06 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Andréia Oliveira Barros Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

CEP: 58.107-670

Bairro: São José

Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Telefone: (83)2101- 5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br