

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

BRUNA KNANDA QUEIROZ MACEDO

IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

IMPERATRIZ

2019

BRUNA KNANDA QUEIROZ MACEDO

IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Ms. Anderson Gomes Nascimento Santana

IMPERATRIZ

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Macedo, Bruna Knanda Queiroz.

IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS / Bruna Knanda Queiroz Macedo. - 2019.
37 f.

Orientador(a): Anderson Gomes Nascimento Santana.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz-MA, 2019.

1. Doenças Crônicas. 2. Idoso. 3. Qualidade de Vida.
I. Santana, Anderson Gomes Nascimento. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Bruna Knanda Queiroz Macedo

Título do TCC: Impactos das doenças crônicas na qualidade de vida de idosos

Orientador: Anderson Gomes Nascimento Santana

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Doenças Crônicas E Seus Impactos Na Qualidade De Vida De Idosos Da Casa Do Idoso De Imperatriz, MA

Pesquisador: PEDRO MARTINS LIMA NETO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94044718.4.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.835.583

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1175645.pdf | 14/07/2018 16:10:03 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 14/07/2018 03:57:50 | Bruna Knanda Queiroz Macedo | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 14/07/2018 03:57:42 | Bruna Knanda Queiroz Macedo | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Autorizacao_Casa_do_Idoso.pdf | 14/07/2018 03:57:23 | Bruna Knanda Queiroz Macedo | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Bruna_Knanda_Doencas_Cronicas_E_Qualidade_De_Vida_De_Idosos.docx | 14/07/2018 03:56:34 | Bruna Knanda Queiroz Macedo | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Bruna_Knanda_Doencas_Cronicas_E_Qualidade_De_Vida_De_Idosos.pdf | 14/07/2018 03:56:12 | Bruna Knanda Queiroz Macedo | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf | 14/07/2018 03:49:02 | Bruna Knanda Queiroz Macedo | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 22 de Agosto de 2018

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as graças concedidas e por me permitir estar aqui.

Aos meus pais, Lúcia e Renato, por sempre se fazerem presentes na minha vida e por me apoiarem em todos os caminhos que eu resolvo seguir. Aos meus irmãos Daniel, Renata e Romero, por toda a torcida e companheirismo apesar da distância entre nós, e especialmente a minha irmã mais nova, Luiza Milena, por ser a representação física da minha família em Imperatriz, me apoiando, torcendo e ajudando sempre que possível.

A minha família como um todo (tios, tias, primos, primas e agregados), por serem, junto ao meu núcleo familiar, meu estímulo para melhorar como pessoa diariamente, por apoiarem todos os meus sonhos e me ajudarem a chegar até aqui e enfrentar todas as dificuldades que surgiram ao longo do caminho. Aqui, gostaria de destacar a figura do meu tio Alan, que por muitos anos foi meu companheiro de moradia em São Luís sendo meu maior apoio físico visto a distância que eu estava dos meus pais.

Aos meus padrinhos, Hilarilda e José, por cuidarem de mim e me apoiarem como se eu fosse filha deles.

A todos os professores que passaram na minha jornada até aqui, por todo o conhecimento compartilhado e toda a contribuição na minha formação.

Ao meu orientador, Anderson Santana, por ter assumido minha orientação no meio do caminho e por toda a paciência e atenção comigo. Obrigada por acreditar na realização deste trabalho mesmo quando eu não acreditava, seu apoio foi essencial.

Ao meu primeiro orientador, Pedro Martins, que mesmo não podendo finalizar minha orientação formalmente, manteve toda a preocupação com a finalização, seu apoio foi essencial para este momento.

Ao meu grupo de aula, o G2, que mesmo em meio a discussões e discordâncias intermináveis, sempre foi fonte de apoio diante das dificuldades na jornada acadêmica.

Aos meus amigos de antes da UFMA, representados aqui pelo Breno Mendonça, que muito me apoiaram e acreditaram em mim, mesmo nos meus momentos de ausência, e a todos os amigos que fiz em Imperatriz, por serem meus companheiros de jornada diária, por serem família quando preciso e por serem meu apoio, obrigada por tornarem o dia-a-dia em Imperatriz mais leve.

RESUMO

Objetivo: Avaliar os impactos das doenças crônicas na qualidade de vida (QV) de idosos correlacionando variáveis clínicas e socioeconômicas. **Métodos:** Este estudo é observacional, transversal e analítico, realizado com 138 idosos frequentadores de um centro de convivência para idosos em Imperatriz-MA. Utilizou-se dois questionários, um com variáveis socioeconômicas e o genérico Short-Form 36 itens (SF-36). Foram feitas análises estatísticas para correlacionar os domínios do SF-36 com o sexo e de acordo com as doenças pesquisadas. **Resultados:** 60,9% dos idosos tinham entre 60 e 74 anos, predominantemente do sexo feminino, sendo que estas apresentaram menores índices de QV. Quanto a situação econômica 37% consideraram como “média” e 17,4% exercem atividade remunerada; sobre moradia, 39,9% moram com filhos e 30,4% sozinhos. Quanto a presença de doenças crônicas 33,3% relataram hipertensão, 13,3% diabetes e 13,3% artrite, sendo que a percepção de QV varia de acordo com a morbidade apresentada. **Conclusão:** A QV de idosos depende do equilíbrio em todos os domínios que ela aborda e o número de doenças crônicas é inversamente proporcional a QV. Fatores como convivência social, acompanhamento médico regular e atividades recreativas podem influenciar positivamente na QV.

Descritores: Qualidade de Vida, Idoso, Doenças Crônicas.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact of chronic diseases in elderly quality of life (QL) correlating clinical and socioeconomic variables. **Methods:** This is an observational, transverse and analytical study, conducted with 138 aged people who were regulars in an elderly community center in Imperatriz-MA. Two questionnaires were used, one containing socioeconomic variables and the generic Short-Form 36 (SF-36) items. To correlate the results of SF-36 with sex it was made statistical analysis, given the searched diseases. **Results:** 60,9% were between 60 and 74 years old, the majority being female, whom QL levels were smaller. Regarding the economic situation, 37% considered as “medium” and 17,4% exert paid activities; as to habitation status, 39,9% reside with their children and 30,4% reside by their selves. In the matter of which diseases they were affected by, 33,3% related arterial hypertension, 13,3% reported diabetes and 13,3% arthritis, and is pointed out that the QL perception varied according to the presented morbidity. **Conclusion:** The elderly QL depends of a balance between all the variables that are addressed by it and the chronic diseases are inversely proportional to the QL. Factors as social living, regular medical support and recreational activities may have a positive influence in QL.

Keywords: Quality of Life, Aged, Chronic Disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AR: Artrite Reumatóide

CNDL: Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas

CNS: Conselho Nacional de Saúde

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM: Diabetes Melitus

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

OMS: Organização Mundial da Saúde

QV: Qualidade de Vida

SF-36: Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey

SPC: Serviço de Proteção ao Crédito

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| Introdução | 11 |
| Métodos..... | 14 |
| Resultados e Discussões | 17 |
| Referências | 27 |
| ANEXOS..... | 32 |
| ANEXO A - Normas da revista..... | 32 |
| ANEXO B - Ata de aprovação do colegiado..... | 33 |

IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

The impact of chronic diseases in elderly quality of life

Bruna Knanda Queiroz Macedo¹; Anderson Gomes Nascimento Santana¹

¹ Faculdade de Medicina, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar os impactos das doenças crônicas na qualidade de vida (QV) de idosos correlacionando variáveis clínicas e socioeconômicas. **Métodos:** Este estudo é observacional, transversal e analítico, realizado com 138 idosos frequentadores de um centro de convivência para idosos em Imperatriz-MA. Utilizou-se dois questionários, um com variáveis socioeconômicas e o genérico Short-Form 36 itens (SF-36). Foram feitas análises estatísticas para correlacionar os domínios do SF-36 com o sexo e de acordo com as doenças pesquisadas. **Resultados:** 60,9% dos idosos tinham entre 60 e 74 anos, predominantemente do sexo feminino, sendo que estas apresentaram menores índices de QV. Quanto a situação econômica 37% consideraram como “média” e 17,4% exercem atividade remunerada; sobre moradia, 39,9% moram com filhos e 30,4% sozinhos. Quanto a presença de doenças crônicas 33,3% relataram hipertensão, 13,3% diabetes e 13,3% artrite, sendo que a percepção de QV varia de acordo com a morbidade apresentada. **Conclusão:** A QV de idosos depende do equilíbrio em todos os domínios que ela aborda e o número de doenças crônicas é inversamente proporcional a QV. Fatores como convivência social, acompanhamento médico regular e atividades recreativas podem influenciar positivamente na QV.

Descritores: Qualidade de Vida, Idoso, Doenças Crônicas.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact of chronic diseases in elderly quality of life (QL) correlating clinical and socioeconomic variables. **Methods:** This is an observational, transverse and analytical study, conducted with 138 aged people who were regulars in an elderly community center in Imperatriz-MA. Two questionnaires were used, one containing socioeconomic variables and the generic Short-Form 36 (SF-36) items. To correlate the results of SF-36 with sex it was made statistical analysis, given the searched diseases. **Results:** 60,9% were between 60 and 74 years old, the majority being female, whom QL levels were smaller. Regarding the economic situation, 37% considered as “medium” and 17,4% exert paid activities; as to habitation status, 39,9% reside with their children and 30,4% reside by their selves. In the matter of which diseases they were affected by, 33,3% related arterial hypertension, 13,3% reported diabetes and 13,3% arthritis, and is pointed out that the QL perception varied according to the presented morbidity. **Conclusion:** The elderly QL depends of a balance between all the variables that are addressed by it and the chronic diseases are inversely proportional to the QL. Factors as social living, regular medical support and recreational activities may have a positive influence in QL. **Keywords:** Quality of Life, Aged, Chronic Disease.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) para países em desenvolvimento são considerados idosos os indivíduos com 60 anos de idade ou mais. A quantidade de idosos cresce vertiginosamente no Brasil e no mundo colocando-se em pauta as doenças relacionadas ao envelhecimento. O número de pessoas com mais de 60 anos no mundo se aproxima de 600 milhões e espera-se que, em 2050, esse número se expresse em cerca de 2 bilhões. O Brasil comporta cerca de 2,5% de toda a população idosa do mundo e calcula-se que esse número atinja 13,8% até o ano de 2025, constituindo, dessa forma, a maior população idosa do mundo¹.

Quando se fala no aumento da expectativa de vida, é importante pensar no bem estar da população senil. Neste sentido, qualidade de vida (QV), de acordo com a OMS, é um conceito subjetivo que diz respeito à percepção de cada indivíduo acerca de suas condições de vida associadas a todo o contexto social, envolvendo a capacidade funcional, emocional, intelectual, autocuidado, estilo de vida, satisfação com a realização das atividades da vida diária e estado de saúde^{2,3}.

O acometimento por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é um dos principais fatores associados ao comprometimento da QV em idosos². A presença de mais de uma doença crônica no mesmo idoso não é incomum e como estas se estendem por longos anos, acabam remetendo a um acompanhamento profissional constante, cuidados permanentes e, principalmente, o uso de múltiplos medicamentos o que também interfere diretamente na QV devido aos vários efeitos adversos⁴.

A percepção dos impactos negativos de doenças crônicas na qualidade de vida de indivíduos torna-se útil para avaliar e planejar intervenções que visem à melhoria da qualidade de vida, principalmente no que se refere a idosos portadores de doenças crônicas. Essa avaliação

pode levar a informações necessárias para identificar as necessidades de uma população, delimitando aspectos prioritários, podendo servir como instrumento de análise após intervenções já aplicadas a uma determinada situação⁵.

Neste sentido, o aumento da expectativa de vida da população, aliado a uma transição epidemiológica em que as doenças crônicas são prevalentes, descortina a necessidade de investir em pesquisas que busquem avaliar o impacto das DCNT na QV da população senil⁶. Desta forma, este estudo teve como objetivo avaliar o comprometimento da QV causado por doenças crônicas, correlacionando suas variáveis clínicas e socioeconômicas no Centro de Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos, localizado no município de Imperatriz-MA.

MÉTODOS

Esta pesquisa caracterizou-se como observacional, transversal e analítica, desenvolvida no município de Imperatriz, Maranhão. O município está localizado na região nordeste, latitude 05° 31' 35" Sul, longitude 47° 29' 30" Oeste, a uma altitude 116 m e possui uma área de 1538,1 Km². Com uma população de 258.016 habitantes é a segunda cidade mais populosa do estado⁷.

A amostra constituiu-se de 138 idosos com doenças crônicas que frequentam o centro de convivência, instituição vinculada à prefeitura de Imperatriz. O cálculo amostral foi realizado no software G*Power 3.1⁸, utilizando uma análise de qui-quadrado. O poder foi fixado em 0,80 ou 80% e nível de significância (α) foi mantido em 0,05 ou 5%. A pesquisa obteve a autorização da direção da instituição através de documentação assinada e os dados foram coletados entre março e julho de 2019.

Foram incluídos nesta pesquisa pacientes idosos, com diagnóstico de doença crônica, de ambos os sexos, acompanhados pela equipe de saúde da instituição, tendo como critérios de exclusão pacientes que apresentaram problemas mentais e que impossibilitem a realização de medidas avaliativas e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

Os dados foram coletados utilizando-se dois questionários estruturados, em uma entrevista do pesquisador com o participante, com duração de 20 a 30 minutos cada. Os idosos eram abordados verbalmente e questionados se tinham diagnóstico de alguma doença crônica e, em caso afirmativo, se poderiam colaborar com a pesquisa, seguindo-se da leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com o participante. O primeiro questionário aplicado abordava variáveis socioeconômicas do participante, sendo elas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação econômica, atividade remunerada, com quem mora, qual

DCNT é portador e se realiza tratamento farmacológico. Em seguida, para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey), adaptado e traduzido para o idioma português-brasileiro.

O SF-36 é composto por trinta e seis itens englobados em oito domínios que são analisados separadamente a partir de escores finais que variam de zero a cem, nos quais zero corresponde ao pior estado de saúde e cem corresponde ao melhor estado de saúde, além de uma questão que não se encaixa em nenhum dos oito domínios e serve para comparar as condições de saúde atual com as de um ano atrás, que não foram utilizadas nesta pesquisa por não se enquadrar em nenhum dos domínios. Os domínios do questionário genérico SF-36 são: capacidade funcional (dez itens); aspectos físicos (quatro itens); aspectos emocionais (três itens); dor (dois itens); estado geral de saúde (cinco itens); vitalidade (quatro itens); aspectos sociais (dois itens) e saúde mental (cinco itens).

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel, versão 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, foi realizada uma análise descritiva estatística por meio de frequências relativas e absolutas das características sociodemográficas, clínicas, patológicas e de qualidade de vida.

Testes de normalidade de Shapiro-Wilk e de homogeneidade de variância de Bartlett, ambos a 5% de significância, foram realizados para verificar a possibilidade de se realizar o Teste T de Student independente e Análise de Variância para comparar os domínios do SF-36 quanto as características sociodemográficas e patológicas. As pressuposições foram rejeitadas em todos os casos, logo, utilizou-se testes não paramétricos U de Wilcoxon-Mann-Whitney (amostras independentes) e de Kruskal-Wallis (*post-hoc* de Nemenyi para comparações múltiplas) a 5% de significância.

O presente trabalho cumpre todas as Normas para a Realização de Pesquisa em Seres Humanos, especialmente as presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde

(CNS) 466/2012. O estudo teve seu projeto de pesquisa submetido e aprovado pela Plataforma Brasil. O TCLE foi assinado pelos voluntários do estudo, contendo: objetivo do estudo, procedimentos de avaliação e caráter de voluntariedade da participação do sujeito.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na tabela 1 são apresentados os dados socioeconômicos dos 138 participantes. É possível observar que 60,9% dos entrevistados possuíam entre 60 a 74 anos e 67,4% eram do sexo feminino. Observou-se que a variável do sexo vai de acordo com outros estudos que apontam a menor participação dos homens em atividades de promoção da saúde. De acordo com Queiroz et al.⁹ isto se dá pelo fato de que os homens procuram os serviços de saúde com menos frequência que as mulheres, principalmente quando se trata de prevenção, deixando para procurar ajuda quando já apresentam algum sinal e/ou sintoma.

Em relação ao estado civil, 45,7% são viúvos seguidos por 31,2% de casados/em união estável. Estes dados divergem dos resultados obtidos por Andrade et al.¹⁰ que, em estudo sobre qualidade de vida em idosos, encontrou uma maioria de idosos casados, seguidos daqueles viúvos. Os dados de Dawalibi et al.³ assemelham-se quando comparado a faixa etária e sexo, porém também divergiram quando analisado o estado civil, no qual 47,8% eram casados.

É possível justificar a divergência entre os estudos com a pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que aponta que o Maranhão tem a menor expectativa de vida do Brasil, com 70,6 anos, enquanto a média brasileira é de 76 anos¹¹. Com esta média, o Maranhão amarga o pior lugar no *ranking* das médias de todos os Estados da federação, exemplificando a tendência dos idosos da pesquisa destoarem-se em seus estados civis, constituindo, assim, uma parcela de pessoas mais viúvas que casadas.

Ao analisar os dados referentes à escolaridade, observa-se que 39,9% dos idosos possuíam o ensino fundamental completo, 29,7% apenas sabiam ler e escrever o próprio nome e 13% relataram ser analfabetos. Em estudo realizado em um município de Goiás, Oliveira et al.¹² apontou que 57,1% dos pesquisados possuíam ensino fundamental completo, apresentando uma maior taxa de analfabetismo, tendo em vista que 23,5% relataram não ter nenhuma esco-

laridade. Estes são dados relevantes à medida que a escolaridade influencia diretamente a cognição do paciente e, conseqüentemente, quanto menor a escolaridade, maior o declínio cognitivo, afetando de forma direta a QV desses indivíduos¹³.

Percebe-se que o fato de a região Centro-Oeste apresentar um índice de analfabetismo em idosos de 18,9%, menor que a região Nordeste com 38,6%¹¹, explica o maior índice de idosos com ensino primário completo no estudo de Oliveira et al.¹⁴, resultados diretamente relacionados com as condições socioeconômicas das regiões brasileiras. O fato do estudo de Oliveira et al.¹⁴ não ter dado a opção de “sabe ler e escrever o próprio nome” pode explicar o maior índice de analfabetos em sua pesquisa.

Além disso, uma menor escolaridade foi diretamente associada a uma dificuldade de autocuidado, inclusive com a saúde, como na administração de medicamentos¹⁵. De acordo com Freitas et al.¹⁵, a atual população idosa tem uma característica de baixa escolaridade devido ao difícil acesso ao ensino que encontrou nas décadas passadas, o que é muito evidente no Maranhão devido às condições socioeconômicas do estado, fato elucidado por dados do IBGE de 2017⁷ em que 47,8% dos analfabetos do estado possuíam mais de 60 anos.

Ao serem questionados sobre a situação econômica, 37% consideraram como “média” enquanto 34,8% como “boa”, sendo que, dos 138 idosos entrevistados, apenas 17,4% exercem atividade remunerada. O resultado aproxima-se ao estudo feito pela Confederação Nacional dos Dirigentes Lojistas (CNDL) e pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil)¹⁶ que constatou que 21% dos idosos aposentados continuam exercendo algum tipo de atividade remunerada e destes, 48% apresentou como uma justificativa o fato de continuar a se sentir produtivo e 46% para manter a mente ocupada, mostrando que é um fato importante para a QV destes idosos a realização de algum ofício. A realização de uma atividade remunerada foi demonstrada por Ribeiro et al.¹⁷ como um importante fator para uma melhor satisfação com a

vida, autoestima positiva, assim como uma melhor saúde física, itens indispensáveis na percepção da QV.

Idosos que residem com a família, de uma forma geral, são mais ativos e participativos, mantendo-se mais ocupados em diferentes tarefas, além de o suporte familiar contribuir de forma positiva na integridade física e psicológica do indivíduo idoso¹⁸. Quando questionados sobre moradia, 39,9% relataram morar com filhos, enquanto 30,4% moram sozinhos seguidos por 23,2% daqueles que moram com o cônjuge. Foi possível constatar que uma parcela significativa dos entrevistados reside sozinho, nos levando a refletir que envelhecer em residências unipessoais, sem o apoio de um parentesco próximo, pode associar-se de maneiras diferentes a vários desfechos de saúde, inclusive a morte.

A solidão e a falta de redes pessoais foram relatadas como associadas ao risco de mortalidade em estudos de grande porte mostrando que esses são os idosos que apresentam pior estado de saúde e piores hábitos relacionados à saúde, como os hábitos alimentares¹⁹. Estudo realizado nos EUA revelou maiores dificuldades no que diz respeito às atividades instrumentais da vida diária em idosos que moram sozinhos, correlacionando ao fato de que a convivência interpessoal pode influenciar em hábitos de vida mais saudáveis e na saúde mental desses indivíduos²⁰. De qualquer forma, a perspectiva de arranjos domiciliares para idosos no Brasil é desconhecida, pois esse tema tem sido pouco estudado, o que impede uma clara descrição de suas necessidades e potencial demanda por serviços de saúde e apoio social.

Ao serem questionados sobre quais DCNT possuíam, podendo marcar mais de uma alternativa, 33,3% relataram hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 16,3% diabetes mellitus (DM). Do mesmo modo, Oliveira¹⁴ e Dawalibi³ apontaram a HAS como a DCNT mais prevalente entre os entrevistados em seus respectivos estudos. Os dados de Dawalibi³ corroboram, ainda, com a prevalência de 13,7% de DM. Ainda neste sentido Pereira²¹ encontrou dados que trouxeram HAS e DM como as DCNT mais prevalentes.

Percebe-se que são dados importantes em um contexto em que as doenças cardiovasculares (DCV) correspondem a uma das principais causas de mortalidade e geram maiores gastos com internação no sistema de saúde brasileiro, estando entre elas a HAS⁶. Da mesma forma, a DM aparece como patologia de alta morbimortalidade, sendo uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores e DCV²².

Ao analisarmos a presença de doenças articulares, observa-se uma prevalência de 16,3% de artrite reumatoide (AR), dados semelhantes ao estudo de Pimenta et al.²³ em que 20% dos participantes relataram ter problemas articulares. Por ser uma doença com uma predominância significativa na população idosa, a AR tem importância pois pode resultar em incapacidade funcional significativa, interferindo negativamente na QV de seus portadores²⁴.

Destes idosos, apenas 10,1% relataram não realizar nenhum tratamento farmacológico para o tratamento dos distúrbios apresentados. O uso correto das medicações prescritas é fundamental no controle das DCNT e na melhoria da QV dos indivíduos²⁵. Desta forma, percebe-se que devido a 89,9% dos idosos realizarem tratamento farmacológico regular, esta é uma variável importante para este estudo por influenciar diretamente na QV dos pesquisados.

Tabela 1. Dados sociais, demográficos e econômicos dos idosos da Casa do Idoso Feliz em Imperatriz, MA. 2019, (n=138).

| | | n | % |
|-----------------------------------------|--------------------------------|-----|------|
| Idade | 60 a 74 anos | 84 | 60,9 |
| | 75 a 84 anos | 43 | 31,1 |
| | 85 anos ou mais | 11 | 8,0 |
| Sexo | Feminino | 93 | 67,4 |
| | Masculino | 45 | 32,6 |
| Estado Civil | Solteiro(a) | 18 | 13,0 |
| | Casado(a)/ União estável | 43 | 31,2 |
| | Viúvo(a) | 63 | 45,7 |
| | Outro | 14 | 10,1 |
| Escolaridade | Analfabeto(a) | 18 | 13,0 |
| | Sabe ler e escrever o nome | 41 | 29,7 |
| | Ensino primário | 55 | 39,9 |
| | Ensino secundário | 17 | 12,3 |
| | Ensino superior | 7 | 5,1 |
| Situação econômica | Ruim | 37 | 26,8 |
| | Média | 51 | 37,0 |
| | Boa | 48 | 34,8 |
| | Muito boa | 2 | 1,4 |
| Atividade remunerada | Sim | 24 | 17,4 |
| | Não | 114 | 82,6 |
| Mora com quem? | Cônjuge | 32 | 23,2 |
| | Filhos | 55 | 39,9 |
| | Sozinho | 42 | 30,4 |
| | Outros | 9 | 6,5 |
| É portador de alguma doença crônica?* | Diabetes Mellitus | 40 | 16,3 |
| | Hipertensão Arterial Sistêmica | 82 | 33,3 |
| | Artrite Reumatóide | 40 | 16,3 |
| Realiza algum tratamento farmacológico? | Sim | 124 | 89,9 |
| | Não | 14 | 10,1 |

*Cada indivíduo pôde citar mais de uma doença. Fonte: Autoria Própria (2019).

A tabela 2 apresenta a avaliação da perspectiva de QV nos 8 domínios avaliados comparando os sexos. Percebe-se, então, que houve significância estatística ($p < 0,05$) nos domínios “capacidade funcional” e “saúde mental”; o sexo masculino apresentou uma melhor avaliação, sendo a diferença menor quando se trata de “saúde mental”. Resultados semelhantes foram encontrados por Azevedo⁵ que, ao comparar a percepção de QV entre os sexos feminino e masculino, percebeu que o sexo masculino demonstrou, de uma forma geral, ter uma melhor percepção de QV. Azevedo⁵ correlaciona isso ao fato de mulheres procurarem mais os serviços de saúde e conseguirem expressar melhor seus sintomas e, apesar de terem melhores taxas de

sobrevivência que o homem, são mais afetadas por limitações funcionais e portanto maior morbidade.

Tabela 2. Comparação geral da pontuação dos domínios do SF-36 de acordo com o sexo, (n=138)

| DOMÍNIOS | Sexo | | p-valor** |
|-------------------------------|-----------------|------------------|-----------|
| | Feminino (n=93) | Masculino (n=45) | |
| | Média±DP* | Média±DP | |
| Capacidade funcional | 53,5±33,0 | 74,1±25,6 | <0,001 |
| Limitação | 50,3±43,1 | 60,6±41,5 | 0,198 |
| Dor | 38,4±29,6 | 27,3±22,2 | 0,054 |
| Estado geral | 65,5±27,4 | 59,0±23,6 | 0,081 |
| Vitalidade | 72,5±22,9 | 78,0±19,0 | 0,227 |
| Aspectos sociais | 51,6±14,7 | 50,0±5,3 | 0,512 |
| Limitação aspectos emocionais | 69,2±42,6 | 79,3±36,4 | 0,188 |
| Saúde mental | 75,3±23,3 | 84,4±17,9 | 0,015 |

*DP = desvio-padrão. **Teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney a 5%. Fonte: Autoria própria (2019).

A tabela 3 aborda a comparação entre os domínios daqueles que relataram ter DM e aqueles que não possuem a patologia. Percebeu-se significância estatística nos domínios “capacidade funcional” e “estado geral”, e, em ambos, aqueles que relataram não serem portadores de DM apresentaram um maior índice de QV.

Neste sentido, Prazeres e Figueiredo²⁶, ao pesquisar a QV em idosos portadores de DM, verificou que os domínios mais afetados, de acordo com o instrumento validado utilizado por ele, foram “saúde mental” e “bem estar”. Levando-se em consideração que o domínio “bem estar” do estudo de Prazeres e Figueiredo²⁶ é equivalente ao “estado geral” deste estudo, podemos ver que são resultados equivalentes.

No que se trata de “capacidade funcional”, os dados são semelhantes ao estudo de Santos⁴ em que, avaliando-se o domínio “físico” do seu instrumento de avaliação, que aborda a “capacidade funcional”, os indivíduos apresentaram uma menor percepção de QV. Essas alterações encontradas em “capacidade funcional” e “bem estar” nestes estudos podem ser explicadas pelo alto índice de morbimortalidade que a DM possui²².

Em seu estudo, Souza⁶ encontrou alterações significativas no que se refere à “saúde mental” de diabéticos, divergindo do que aponta o presente estudo. Diante disso, pode-se atribuir o resultado ao local em que o estudo foi feito, visto que este envolveu idosos que participam de um centro de convivência e que a saúde mental é diretamente influenciada pelo convívio social²⁷.

Tabela 3. Comparação geral da pontuação dos domínios do SF-36 de acordo com a Diabetes Mellitus, (n=138)

| DOMÍNIOS | Diabetes Mellitus | | p-valor** |
|-------------------------------|-------------------|------------|-----------|
| | Não (n=98) | Sim (n=40) | |
| | Média±DP* | Média±DP | |
| Capacidade funcional | 63,7±32,7 | 51,8±29,7 | 0,045 |
| Limitação | 57,7±43,0 | 43,8±40,7 | 0,095 |
| Dor | 33,9±29,0 | 37,0±24,8 | 0,434 |
| Estado geral | 66,4±26,0 | 56,0±26,1 | 0,025 |
| Vitalidade | 75,7±20,9 | 70,9±23,7 | 0,312 |
| Aspectos sociais | 50,9±11,0 | 51,6±15,6 | 0,946 |
| Limitação aspectos emocionais | 74,5±39,7 | 67,5±43,7 | 0,419 |
| Saúde mental | 78,5±22,1 | 77,7±22,2 | 0,808 |

*DP = desvio-padrão. **Teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney a 5%. Fonte: Autoria própria (2019).

Na tabela 4 encontra-se a comparação entre portadores e não portadores de HAS. Os domínios “limitação” e “estado geral” foram os que apresentaram significância estatística, sendo relatado, em ambos, um maior índice de QV por aqueles que eram portadores da doença.

Apesar de surpreendente, o resultado obtido pode ser consequência do fato dos pacientes estarem diagnosticados, orientados, em uso de terapia medicamentosa e em processo de mudança de hábitos de vida, o que envolve fatores nutricionais, prática de atividades físicas e controle de estresse, medidas preconizadas pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial²⁸, que afirma que o tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso influencia, diretamente, no curso da doença e na forma como ela afetará os portadores.

Tabela 4. Comparação geral da pontuação dos domínios do SF-36 de acordo com a Hipertensão Arterial Sistêmica, (n=138)

| DOMÍNIOS | Hipertensão Arterial Sistêmica | | p-valor** |
|-------------------------------|--------------------------------|------------|-----------|
| | Não (n=56) | Sim (n=82) | |
| | Média±DP* | Média±DP | |
| Capacidade funcional | 54,2±31,2 | 64,4±32,4 | 0,066 |
| Limitação | 41,5±41,9 | 61,9±41,4 | 0,009 |
| Dor | 35,0±25,6 | 34,6±29,4 | 0,772 |
| Estado geral | 58,4±26,4 | 66,9±25,9 | 0,051 |
| Vitalidade | 75,3±19,9 | 73,6±23,0 | 0,834 |
| Aspectos sociais | 52,5±12,5 | 50,2±12,3 | 0,865 |
| Limitação aspectos emocionais | 68,5±42,8 | 75,2±39,5 | 0,356 |
| Saúde mental | 79,0±18,4 | 77,8±24,3 | 0,669 |

*DP = desvio-padrão. **Teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney a 5%. Fonte: Autoria própria (2019).

Na tabela 5 encontra-se a QV em relação à artrite. Percebe-se que apenas não houve significância estatística do domínio “aspectos sociais”, havendo diferença da percepção de QV entre aqueles que tem artrite e aqueles que não tem. O domínio “dor” foi o único em que os portadores da doença apresentaram maior índice, nos outros domínios, a QV foi mais baixa que aqueles que não eram portadores. Em seu estudo, Oguro²⁹, ao avaliar a QV com o SF-36 em portadores de AR obteve resultados semelhantes nos domínios “capacidade funcional”, “estado geral” e “aspectos sociais”. Enquanto isso, em “vitalidade”, “limitação aspectos emocionais” e “saúde mental”, os indivíduos desta pesquisa apresentaram maiores índices de QV, enquanto em “limitação” e “dor” foi relatada uma menor QV.

Nota-se que os participantes apresentaram menores índices quando se trata dos domínios “limitação” e “capacidade funcional”, dado semelhante aos do estudo de Roma³⁰ em que além destes dois, “estado geral” também apresentou baixa média de QV, todos estes relacionados aos componentes físicos da avaliação. Isto pode ser explicado pela própria fisiopatologia da doença e sua forma de apresentação com danos ao sistema musculoesquelético, envolvendo pequenas e grandes articulações.

A dor, apesar de ser uma característica marcante da doença, foi um domínio que não influenciou negativamente a QV neste estudo. Os participantes eram frequentadores de uma instituição que tem uma equipe multidisciplinar, com objetivo de oferecer um cuidado integral, disponibilizando atenção e orientação à saúde destes pacientes, o que pode melhorar a função

articular e reduzir a progressão dos danos, ajudando no controle da doença³¹, o que pode diminuir os impactos da AR na QV, inclusive no quesito “dor”.

Tabela 5. Comparação geral da pontuação dos domínios do SF-36 de acordo com a Artrite, (n=138)

| DOMÍNIOS | Artrite | | p-valor** |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------|
| | Não (n=98) Média±DP* | Sim (n=40) Média±DP | |
| Capacidade funcional | 67,0±29,4 | 43,6±33,0 | <0,001 |
| Limitação | 61,5±40,6 | 34,4±41,9 | 0,001 |
| Dor | 28,2±24,6 | 51,0±28,7 | <0,001 |
| Estado geral | 69,4±23,3 | 48,7±27,8 | <0,001 |
| Vitalidade | 77,8±20,1 | 65,6±23,4 | 0,003 |
| Aspectos sociais | 49,9±10,7 | 54,1±15,6 | 0,094 |
| Limitação aspectos emocionais | 77,9±37,1 | 59,2±46,8 | 0,023 |
| Saúde mental | 81,6±20,1 | 70,1±24,5 | 0,003 |

*DP = desvio-padrão. **Teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney a 5%. Fonte: Autoria própria (2019).

CONCLUSÃO

A QV de idosos depende do equilíbrio de saúde em todos os domínios que ela aborda além de variáveis clínicas de cada um, e, quanto maior o número de morbidades, menor é a percepção de QV do indivíduo. Este estudo, por ter sido realizado em um centro de convivência com idosos que possuem acompanhamento co, atividades físicas e recreativas, além de convivência social, apresentou um melhor índice de QV em alguns aspectos que divergiram de estudos semelhantes, demonstrando a importância do convívio social no processo de envelhecimento saudável.

Dessa forma, a avaliação da QV de idosos com DCNT mostra-se útil para a saúde pública a partir do momento em que informa características clínicas dos portadores e o que pode reduzir a morbidade que estas doenças causam, e permite, assim, desenvolver estratégias que visem a melhoria da QV desses indivíduos visto que constitui uma população cada vez mais crescente, aumentando suas demandas e trazendo novos desafios para a saúde pública no que se refere as pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Cypel MC, Salomão SR, Dantas PEC, Lottenberg CL, Kasahara N, Ramos LR, et al. Vision status, ophthalmic assessment, and quality of life in the very old. *Arq Bras Oftalmol*. 2017;80(3):159–64.
2. Su SW, Wang D. Health-related quality of life and related factors among elderly persons under different aged care models in Guangzhou, China: a cross-sectional study. *Qual Life Res* [Internet]. 2019;28(5):1293–303. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-019-02107-x>
3. Dawalibi NW, Goulart RMM, Prearo LC. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(8):3505–12.
4. SANTOS K de L, EULÁLIO M do C, SILVA JÚNIOR EG da, PESSOA MCB, MELO RLP de. Elderly individuals in primary health care: Quality of life and associated characteristics. *Estud Psicol*. 2019;36:1–14.
5. de Azevedo ALS, da Silva RA, Tomasi E, Quevedo L de Á. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica*. 2013;29(9):1774–82.
6. Souza DP de, Melo TS, Reis LA dos, Lima PV. Qualidade de vida em idosos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Id Line Rev Psicol* [Internet]. 2016 Nov 2;10(31):56. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/547>
7. IBGE. Relatório IBGE, Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS). *Inst Bras Geogr e Estatística*. 2018;
8. Erdfelder E, Faul F, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149–60.

9. Queiroz TS, Rehem TCMSB, Stival MM, Funghetto SS, Lima LR De, Cardoso BG, et al. How do old men take care of their own health in Primary Care? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(suppl 1):554–61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700554&lng=en&tlng=en
10. Andrade JS, Brito MFSF, Souza LPS e, Guimarães ALS, D'Angelo MFSV, Silva CS de O e. Qualidade de vida de idosos atendidos em um centro de referência em Minas Gerais, Brasil. *Rev Med da UFC*. 2018;58(1):26.
11. IBGE. Tábuas Completas de Mortalidade por sexo e idade, para o Brasil, para o ano de 2017. Inst Bras Geogr e Estatística [Internet]. 2018;28. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2017/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf
12. Campos de Oliveira B, Moreira Barbosa N, Saint'Clair Mattioda de Lima M, Silva Guerra H, Magno Nrvs C, Boaventura Avelar J. Avaliação da qualidade de vida em idosos da comunidade. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2017;30(3):1–10.
13. Domiciano BR, Peixoto Braga DKA, Da Silva PN, De Vasconcelos TB, Maia Macena RH. Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Neurociencias*. 2014;22(3):330–6.
14. Campos de Oliveira B, Moreira Barbosa N, Saint'Clair Mattioda de Lima M, Silva Guerra H, Magno Nrvs C, Boaventura Avelar J. Avaliação da qualidade de vida em idosos da comunidade. *Rev Bras em Promoção da Saúde* [Internet]. 2017 Sep 29;30(3):1–10. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5879>
15. Queiroga Freitas FF, Feitosa Beleza CM, Correa Garchet Furtado IQ, Kallás Fernandes A da R, Soares SM. Análise temporal do estado funcional de idosos do estado da Paraíba. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(suppl 2):960–6. Available from:

- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=131234480&site=ehost-live>
16. Giardino A, Bruno V, Wall A. Mesmo aposentados, 21% dos idosos continuam trabalhando, revela pesquisa CNDL/SPC Brasil.
 17. Ribeiro PCC, Almada DSQ, Souto JF, Lourenço RA. Permanence in the labour market and life satisfaction in old age. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(8):2683–92.
 18. Moliterno ACM, Faller JW, Borghi AC, Marcon SS, Carreira L. Viver em família e qualidade de vida de idosos da universidade aberta da terceira idade. *Rev Enferm*. 2012;20(2):179–84.
 19. Negrini ELD, Nascimento CF do, Silva A da, Antunes JLF. Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2018 Oct;21(5):523–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101>
 20. Henning-Smith C, Shippee T, Capistrant B. Later-Life Disability in Environmental Context: Why Living Arrangements Matter. *Gerontologist*. 2018;58(5):853–62.
 21. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB da. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2015 Dec;18(4):893–908. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400893&lng=en&tlng=en
 22. Corrêa K, Gouvêa GR, Silva MAV da, Possobon R de F, Barbosa LF de LN, Pereira AC, et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Mar;22(3):921–30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300921&lng=pt&tlng=pt

23. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho AC de C. Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(8):2489–98.
24. Campos APR, Silva CM, Castro SS de, Graminha CV. Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. *Fisioter e Pesqui* [Internet]. 2013 Dec;20(4):401–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000400016&lng=pt&tlng=pt
25. Mendes L, Emmerick I, Luiza V. Uso de medicamentos entre portadores de doenças crônicas: um estudo observacional no estado do Espírito Santo. *Rev Bras Farm*. 2014;95(2):732–47.
26. Prazeres F, Figueiredo D. Measuring quality of life of old type 2 diabetic patients in primary care in Portugal: A cross-sectional study. *J Diabetes Metab Disord*. 2014;13(1):1–6.
27. Mari F, Alves G, Aerts D, Camara S. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016;19(1):35–44. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403844773004.pdf>
28. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, Bortolotto LA, Franco RJS, Figueiredo CEP, Jardim PCBV, Amodeo C, Barbosa ECD, Koch V, Gomes MAM, Paula RB, Póvoa RMS, Colombo FC, Ferreira Filho S, Miranda RD, Machado CA, Nobre MJH. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107.
29. Oguro N, Yajima N, Miwa Y. Age and quality of life in patients with rheumatoid arthritis treated with biologic agents. *Mod Rheumatol* [Internet]. 2018;0(0):1–6. Available from:

- <https://doi.org/10.1080/14397595.2018.1551274>
30. Roma I, Almeida ML de, Mansano N da S, Viani GA, Assis MR de, Barbosa PMK. Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol [Internet]. 2014 Jul;54(4):279–86. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S048250041400120X>
31. Nagayoshi BA, Lourenção LG, Kobayase YNS, Paula PM da S, Miyazaki MC de OS. Rheumatoid arthritis: profile of patients and burden of caregivers TT - Artrite reumatoide: perfil de pacientes e sobrecarga de cuidadores. Rev Bras Geriatr e Gerontol [Internet]. 2018;21(1):44–52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000100044&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n1/pt_1809-9823-rbgg-21-01-00044.pdf%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n1/1809-9823-rbgg-21-01-00044.pdf

Endereço para correspondência:

Bruna Knanda Queiroz Macedo

E-mail: brunamacedo10@hotmail.com

ANEXOS

ANEXO A - Normas da revista



Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

ANEXO B - Ata de aprovação do colegiado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 Fundação Instituída nos termos da Lei nº 6.162, de 21/10/1988 – São Luis - Maranhão.
 CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS SAÚDE E TECNOLOGIA
 COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA



CCSST – Campus
 Avançado Bom Jesus

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO OU ACEITE
 DO COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA
 IMPERATRIZ EM 2019**

Declara-se para os devidos fins que todos os projetos abaixo foram aprovados em reunião do colegiado:

TÍTULO DO PROJETO: CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE INAPTIDÃO SOROLÓGICA EM DOADORES DE SANGUE EM UM HEMONÚCLEO NO INTERIOR DO MARANHÃO

NOME DO ALUNO: ANNA KLICIA SOUSA SANTOS

TÍTULO DO PROJETO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS DISCENTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, CAMPUS IMPERATRIZ

NOME DO ALUNO: RUBENS HENRIQUE DA SILVA BARRETO

TÍTULO DO PROJETO: ADEQUAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA DE PACIENTES COM LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA) NA REGIONAL DE IMPERATRIZ-MA

NOME DO ALUNO: ANA LUIZA NUNES MARTINS

NOME DO ALUNO: CAYO FERNANDO DE ARAÚJO SOUSA

TÍTULO DO PROJETO: PREVALÊNCIA DE ANAFILAXIA NA CIDADE DE IMPERATRIZ - MA

NOME DO ALUNO: FABRÍCIO SILVA SOUZA

TÍTULO DO PROJETO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA LEUCEMIA INFANTIL EM IMPERATRIZ – MA

NOME DO ALUNO: GABRIELA ALENCAR DE LIMA MOTA

TÍTULO DO PROJETO: PREVALÊNCIA DOS SINAIS DE ANGIOPATIA PERIFÉRICA EM PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE DO INTERIOR DO MARANHÃO

NOME DO ALUNO: IGOR ASSUNCAO PEREIRA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO CENTRO DE CIÊNCIAS, SOCIAIS,
 SAÚDE E TECNOLOGIA -CCSSTCURSO DE MEDICINACAMPUS DE
 IMPERATRIZ AVALIAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

NOME DO ALUNO: MARIANA SILVA RIBEIRO TÍTULO DO PROJETO: PERFIL
 EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE DOENÇA CAROTÍDEA NA REGIÃO
 SUL DO MARANHÃO

NOME DO ALUNO: KATTÚSSIA VALÉRIA PONTES DOS SANTOS

TÍTULO DO PROJETO: PREVALENCIA DE HIPERPARATIREOIDISMO
 SECUNDÁRIO EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA DIALÍTICA
 NAS CLÍNICAS DE HEMODIALISE DE IMPERATRIZ/MA E SUA RELAÇÃO COM
 QUALIDADE DE VIDA

NOME DO ALUNO: LEONARDO JOSE BRANCO PORTELA

TÍTULO DO PROJETO: AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO EM PACIENTES
 DIABÉTICOS EM IMPERATRIZ MA

NOME DO ALUNO: LETICIA CAETANO DOS SANTOS

TÍTULO DO PROJETO: LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRAU

EDUARDO DA SILVA PEREIRA A ATENÇÃO BÁSICA IMPACTA
 POSITIVAMENTE NA CONDUTA DE ARMAZENAMENTO E DESCARTE DE
 MEDICAMENTOS DA POPULAÇÃO ADSCRITA?

LEONARDO SILVA NOBREGA PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE
 PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

JOAQUIM JOSE DA SILVA NETO VOCAÇÃO NA MEDICINA: AVALIAÇÃO
 MOTIVACIONAL NA ESCOLHA DA RESIDÊNCIA MÉDICA ENTRE
 ESTUDANTES DE MEDICINA NO MARANHÃO

BRUNA KNANDA QUEIROZ MACEDO DOENÇAS CRÔNICAS E SEUS
 IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DA CASA DO IDOSO FELIZ
 DE IMPERATRIZ MA

JOAO FELIPE PASSOS MURICY TÍTULO DO PROJETO: FATORES QUE
 DETERMINAM O CONSUMO E A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ENTRE
 UNIVERSITÁRIOS DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Fundação Instituída nos termos da Lei nº 6.162, de 21/10/1988 – São Luís - Maranhão.
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA



CCSST – Campus
Avançado Bom Jesus

SILVA BARRETO TÍTULO DO PROJETO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS DISCENTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, CAMPUS IMPERATRIZ.

Atenciosamente,

William da Silva Lopes

Professor William da Silva Lopes
Coordenador do Curso de Medicina
Universidade Federal do Maranhão Campus Imperatriz

1966 • 2016

Avenida da Universidade, s/n – Dom Afonso Felipe Gregori – Imperatriz/MA
FAX: 99 3529-6000
e-mail: medinacosst@ufma.br