
Perfil nosológico e estudo da qualidade de vida de pacientes comórbidos em atendimento domiciliar

Nosological profile and study of the quality of life of comorbid patients in home care

Letícia Cristina Alves de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9608-6675>

Universidade Estadual de Goiás, Brasil

E-mail: leticia.cristina@ueg.br

Bruno Rogério Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1586-2255>

Universidade Estadual de Goiás, Brasil

E-mail: dermatofarma@gmail.com

Kennia Rodrigues Tassara

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5435-4320>

Universidade Estadual de Goiás, Brasil

E-mail: enfkeniatassara@gmail.com

Pedro Alexandre Sampaio Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2197-5304>

Universidade Estadual de Goiás, Brasil

E-mail: pedrosampaio@ueg.br

Jonathan Ballico de Moraes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0021-3714>

Universidade Estadual de Goiás, Brasil

E-mail: jonbmoraes@gmail.com

Isabela Jubé Wastowski

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5441-4186>

Universidade Estadual de Goiás, Brasil

E-mail: wastowski@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se analisar o perfil nosológico e se houve alteração da qualidade de vida entre os pacientes comórbidos atendidos pelo MemC. Foram avaliados, em quatro etapas, 28 pacientes em atendimento pelo MemC, dezembro de 2020 a julho de 2021. Na primeira e terceira etapa houve a avaliação de QV através dos questionários WHOQOL versão BREF e OLD. Na segunda etapa, a análise dos prontuários médicos dos pacientes e avaliados comorbidades, presença ou não do tabagismo e do etilismo. Na quarta etapa, a análise estatística. Os resultados indicaram que a maioria dos pacientes são idosos. A média de comorbidades foi de $4,5 \pm 2,0$ patologias/paciente. As comorbidades mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial (53,6%), AVC (46,4%) e Diabetes Mellitus (35,7%). A dificuldade de locomoção, dores crônicas, além de outras deficiências são consequências da multimorbidade, e que pode levar o paciente ao isolamento social e possível aparecimento de doenças mentais como depressão e ansiedade.

Palavras-chave: Doenças não Transmissíveis, Epidemiologia, Multimorbidade.

ABSTRACT

The aim was to analyze the nosological profile and whether there was a change in quality of life among comorbid patients treated at MemC. A total of 28 patients treated by the MemC were assessed in four stages, from December 2020 to July 2021. In the first and third stages, QoL was assessed using the WHOQOL BREF and OLD questionnaires. In the second stage, patients' medical records were analyzed and comorbidities, smoking and alcohol consumption were assessed. The fourth stage included statistical analysis. The results showed that the majority of patients were elderly. The average number of comorbidities was 4.5 ± 2.0 pathologies/patient. The most prevalent comorbidities were hypertension (53.6%), stroke (46.4%) and diabetes mellitus (35.7%). Difficulty walking, chronic pain and other disabilities are consequences of multimorbidity, which can lead to social isolation and the possible onset of mental illnesses such as depression and anxiety.

Keywords: Non-communicable diseases, epidemiology, multimorbidity.

INTRODUÇÃO

O atendimento domiciliar é uma prática antiga, sendo praticado, inclusive no âmbito familiar. Na Europa, a primeira experiência formal teve lugar em Paris, em 1957, o chamado *Santé Service* ainda presta assistência a pacientes crônicos e com enfermidades sem cura (STELMAKE; NOGUEIRA, 2010). No Canadá, os serviços de AD, orientados para a alta precoce de pacientes cirúrgicos, funcionam desde os anos 60 (REHEM; TRAD, 2005). No Brasil, o Samdu – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência foi a primeira experiência de cuidado domiciliar (STELMAKE; NOGUEIRA, 2010).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é o serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016).

A atenção domiciliar é a modalidade de maior amplitude [...] é uma atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área da saúde, como também o paciente e sua família, visando ao estabelecimento da saúde como um todo. Permite que os profissionais desenvolvam atividades de modo que o paciente perceba que a sua participação no processo saúde-doença é de fundamental importância [...] Complementa-se que a atenção domiciliar envolve a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, para reduzir os riscos de os indivíduos adoecerem; a fiscalização e o planejamento dos programas de saúde; e a execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas (LACERDA *et al.*, 2006).

A assistência domiciliar no sistema público apresenta-se como inovação que requer novas tecnologias de cuidados (BÔAS; SHIMIZU, 2015). Os cuidados hospitalares domiciliares fornecem cuidados intensivos em nível de hospital na casa do paciente como um substituto para o atendimento hospitalar tradicional e menor probabilidade de readmissões hospitalares, de emergência e internações (FEDERMAN *et al.*, 2018).

Os gestores compreendem que a atenção domiciliar atua como abreviação ou substituição da internação hospitalar, proporcionando diminuição dos custos (CASTRO *et al.*, 2018; WHO, 2016). De acordo com Rehem e Trad (2005) a assistência hospitalar tem sido questionada por apresentar uma abordagem tecnicista, descontextualizada da história de vida dos usuários. Embora a atenção domiciliar à saúde esteja em processo de ascensão nas práticas de saúde, ela ainda não está completamente inserida nos sistemas

de atendimento à saúde e na formação e/ou capacitação dos profissionais de saúde (LACERDA et al., 2006).

Fleck, Chachamovich, Trentini (2006) explicam que estudar a qualidade do envelhecimento é tão importante como investigar e determinar o ritmo do envelhecimento da população, para projetar intervenções capazes de causar impacto em direção a um processo de envelhecimento. Se a população está envelhecendo, que ela envelheça com qualidade e que haja possibilidade de intervenções para diminuir o avanço das patologias crônicas e comorbidades. As teorias médicas de qualidade de vida têm por base a cura e sobrevivência das pessoas e pelo fato que muitas intervenções médicas causam efeitos colaterais desagradáveis, considerar a qualidade de vida durante o tratamento também é importante (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Motta, Aguiar, Caldas (2011) explicam que o envelhecimento não é um processo homogêneo. As necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. O aparecimento de patologias é inevitável ao longo da vida e, em alguns casos, a internação faz-se necessária. A internação hospitalar recorrente e/ou por períodos extensos pode acarretar prejuízos ao paciente. Porém, se há a possibilidade que o atendimento seja realizado e mantido em casa, o paciente se sente mais confortável, diminui o risco de infecção hospitalar e inclusive melhora a qualidade de vida do paciente.

Carlos e Pereira (2015) citam a hipertensão arterial, o infarto, a angina, a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral (AVC), o Alzheimer, o Parkinson, a osteoporose e osteoartrose, a pneumonia, o enfisema, o câncer, o diabetes como as principais doenças crônicas que acometem a terceira idade. Importante ressaltar que as doenças crônicas são desenvolvidas ao longo da vida e, que alimentação balanceada e a prática regular de atividades físicas reduzem a chance de desenvolvê-las.

A multimorbidade, definida como a presença de duas ou mais condições de saúde de longo prazo (WHO, 2019a), principalmente entre os idosos, contribui com a prática da polifarmácia e, podendo ocasionar o aumento de intervenções e internações. A multimorbidade tem um impacto negativo significativo na Qualidade de Vida e é mais comum em idades mais avançadas (KLOMPSTRA *et al.*, 2019). Além disso, a multimorbidade pode ocasionar situações mais complexas. Por exemplo, o tabagismo, a hipertensão, a hiperlipedemia, a diabetes e o sedentarismo podem levar a aterosclerose,

que diminui a perfusão sanguínea para órgãos essenciais, como coração, cérebro, olhos, rins predispondo à isquemia local (JAUL *et al.*, 2018).

O cuidado ideal para pacientes multimorbidade com polifarmácia requer compartilhamento de informações entre vários prescritores, entrada de conhecimento farmacológico na tomada de decisão clínica, monitoramento contínuo e aconselhamento de pacientes (JÄGER *et al.*, 2017). No início da idade adulta, a capacidade funcional atinge níveis máximos e diminui gradativamente com a idade, atingindo o nível de incapacidade, sendo que a taxa de declínio da capacidade funcional depende de fatores intrínsecos, como a existência de doenças e de fatores ambientais, incluindo fatores sociais e econômicos (GIANNOPOULOU, 2017).

No entanto, cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (CARLOS; PEREIRA, 2015). Existem diversos meios viáveis para retardar o processo de envelhecimento do organismo que juntos garantem um envelhecimento sadio e bem-sucedido, o que inclui a prática regular de atividades físicas, o bem-estar social e psicológico e principalmente a alimentação (LIMA; SANTOS; LIMA, 2017).

O objetivo do presente artigo foi analisar o perfil nosológico e se houve alteração da qualidade de vida entre os pacientes comórbidos atendidos pelo MemC.

METODOLOGIA

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética, sob o número 4.348.814. Foram avaliados 28 pacientes em atendimento pelo MemC na cidade de Goiatuba-GO, no período de dezembro de 2020 a julho de 2021. Os pacientes e responsáveis foram informados sobre o objetivo da pesquisa e solicitado aos mesmos a assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE), sendo o último assinado na impossibilidade do próprio paciente assinar.

A pesquisa foi realizada em 4 (quatro) etapas. Na primeira e terceira etapa foram utilizados os questionários validados para qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS, no inglês WHO) WHOQOL-BREF, para todos os pacientes, e o WHOQOL-OLD para pacientes com mais de 60 anos. Na segunda etapa foi analisado os

prontuários médicos dos pacientes e avaliados comorbidades, presença ou não do tabagismo e do etilismo. Na quarta etapa foi realizada a análise estatística.

O WHOQOL se concentra na qualidade de vida "percebida" dos entrevistados, não se espera que forneça um meio de medir os sintomas de forma detalhada, doenças ou condições, nem deficiência tão objetivamente julgados, mas sim os efeitos percebidos das intervenções de doença e saúde na qualidade de vida do indivíduo. O WHOQOL é, portanto, uma avaliação de um conceito multidimensional que incorpora a percepção do indivíduo sobre o estado de saúde, estado psicossocial e outros aspectos da vida (WHO, 2012).

Devido a pandemia de Covid-19, as entrevistas foram previamente agendadas e utilizados os Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) máscara, protetor facial, jaleco descartável, com distanciamento de 2m e uso de álcool 70% para assepsia das mãos, prancheta e caneta.

Os dados das entrevistas e os escores foram realizados através do Excel, por uma ferramenta desenvolvida por (PEDROSO *et al.*, 2010; PEDROSO; PILATTI; GUTIERREZ, 2010). Com essa ferramenta é possível analisar as facetas, realizar a análise descritiva e determinar os escores de Qualidade de Vida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 28 (vinte e oito) pacientes e, durante a pesquisa 5 (cinco) pacientes faleceram (17,24%). Entre os pacientes, 64,3% são do sexo feminino (n=18) e 35,7% do sexo masculino (n=10). A maioria dos pacientes (n=20) são idosos, com 60 anos ou mais, sendo a idade média de $67,3 \pm 19,0$ anos. A média de comorbidades foi de $4,5 \pm 2,0$ patologias/paciente, sendo maior entre os pacientes idosos, $4,7 \pm 2,1$. Quanto ao estilo de vida progresso, 25% (n=7) dos pacientes são ex-tabagistas e 17,9% (n=5) são ex-etilistas. Não há pacientes tabagistas ou etilistas ativos no programa MemC.

Para verificar se houve associação entre idade e quantidade de comorbidades foi calculada a correlação de Spearman. Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre idade e quantidade de comorbidades, $\rho = -0,07$ e $p = 0,741$.

As análises demonstraram 50 comorbidades diferentes entre os voluntários usuários do serviço MemC (Tabela 1).

Tabela 1: Prevalência de comorbidades dos 28 pacientes em atendimento pelo programa MemC.

| Comorbidade/patologia | n | % |
|------------------------------------------------------------|----------|----------|
| Alzheimer | 4 | 14.3% |
| Amputação | 3 | 10.7% |
| Anemia | 2 | 7.1% |
| Aneurisma cerebral | 5 | 17.9% |
| Arritmia | 3 | 10.7% |
| Artrite reumatóide | 1 | 3.6% |
| Atrofia Muscular | 1 | 3.6% |
| AVC | 13 | 46.4% |
| Câncer | 2 | 7.1% |
| Chagas | 1 | 3.6% |
| Demência | 1 | 3.6% |
| Depressão | 2 | 7.1% |
| Diabetes | 10 | 35.7% |
| Dislipidemia | 4 | 14.3% |
| Diverticulite | 1 | 3.6% |
| Doença arterial periférica crônica | 2 | 7.1% |
| DPOC | 5 | 17.9% |
| Epilepsia | 2 | 7.1% |
| Complicações circulatórias periféricas do Diabetes Melitus | 2 | 7.1% |
| Erisipela | 1 | 3.6% |
| Esclerose múltipla | 1 | 3.6% |
| Escoliose | 2 | 7.1% |
| Esquizofrenia | 1 | 3.6% |
| Esteatose hepática | 1 | 3.6% |
| Furunculose de repetição | 1 | 3.6% |
| Gota | 1 | 3.6% |
| Hipertensão arterial | 15 | 53.6% |
| Hipertrofia prostática | 2 | 7.1% |
| Hipotireoidismo | 4 | 14.3% |
| Infarto Agudo do Miocárdio | 2 | 7.1% |
| Infecção do Trato Urinário | 2 | 7.1% |
| Insônia | 1 | 3.6% |
| Insuficiência cardíaca | 3 | 10.7% |
| Insuficiência renal | 2 | 7.1% |
| Insuficiência venosa | 2 | 7.1% |
| Neuralgia do ciático | 1 | 3.6% |
| Obesidade | 4 | 14.3% |
| Paralisia Cerebral | 1 | 3.6% |
| Parkinson | 1 | 3.6% |
| Pneumonia de repetição | 2 | 7.1% |
| Pólipo em vesícula biliar | 1 | 3.6% |
| Quebra de fêmur | 1 | 3.6% |
| Retardo Mental | 1 | 3.6% |
| Síndrome Cushing | 1 | 3.6% |
| Síndrome de Wernicke | 1 | 3.6% |
| Síndrome Genética não identificada | 1 | 3.6% |

| | | |
|-----------------------|---|-------|
| Úlcera de pressão | 4 | 14.3% |
| Úlcera venosa | 1 | 3.6% |
| Retinopatia diabética | 1 | 3.6% |

n = número de pacientes portadores

As comorbidades mais incidentes foram a Hipertensão Arterial (n=15, 53,6%), AVC (n=13, 46,4%) e Diabetes Mellitus (n=10, 35,7%) que são classificadas como Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT). Essas doenças estão no ranking das DCNT que mais causam morte no mundo (WHO, 2020). O aparecimento dessas doenças está relacionado ao estilo de vida e evoluem ao longo da vida do indivíduo. Os principais fatores de risco para as DCNTs são: hipertensão arterial (HAS), tabagismo, hiperglicemia, inatividade física e obesidade, sendo eles, responsáveis por elevar os índices dessas doenças, principalmente as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias (GARCIA; TAVARES, 2019).

A HAS acarreta alterações estruturais e funcionais do sistema vascular, sendo muitas vezes uma doença silenciosa e assintomática, ela é responsável por problemas cardiovasculares, de retina, encefálicos, coronarianos, renais e vasculares periféricos que elevam o custo socioeconômico do SUS (CHAVES *et al.*, 2017). A presença de múltiplas condições crônicas nos idosos, aumentam a probabilidade de apresentar deficiências físicas e isolamento social (JAUL *et al.*, 2018). Faz-se necessário que as políticas públicas se atentem a esses fatores para que o envelhecimento tenha mais qualidade e menos intercorrências.

Garcia e Tavares (2019) analisaram a série histórica da mortalidade por DCNTs em Goiás e observaram o declínio das taxas na população masculina (de 365,25/100 mil hab para 330,66/100 mil hab.) e também, na população feminina (de 277,09/100 mil hab para 245,60/100 mil hab.). Essa redução na mortalidade por DCNT pode ser atribuída, embora em parte, devido ao aumento substancial no acesso aos serviços de saúde, declínio significativo nas taxas de tabagismo e melhorias nas condições socioeconômicas

Na tabela 2 foi apresentado o perfil dos pacientes conforme a classificação de multimorbidade. A maioria dos pacientes (n = 24) é classificado como multimorbidade, presença de duas ou mais patologias concomitantes. Dentre os que não são desse perfil (n = 4), todos são do gênero feminino. Todos os ex-tabagistas e ex-etilistas são pacientes multimorbidade.

Tabela 2: Perfil dos pacientes conforme classificação de multimorbidade (presença de duas ou mais patologias).

| Medida | Total (n = 28) | Paciente multimorbidade | |
|-------------------|-------------------|-------------------------|-----------------|
| | | Não (n = 4) | Sim (n = 24) |
| Idade (anos) | 67,3 ± 19,0 | 70,0 ± 30,7 | 66,8 ± 17,3 |
| Sexo | | | |
| Masculino | 10 (35,7%) | 0 (0,0%) | 10 (41,7%) |
| Feminino | 18 (64,3%) | 4 (100,0%) | 14 (58,3%) |
| Ex-tabagista | 7 (25,0%) | 0 (0,0%) | 7 (29,2%) |
| Ex-etilista | 5 (17,9%) | 0 (0,0%) | 5 (20,8%) |
| Qtd. medicamentos | 5,7 ± 3,3 | 4,0 ± 2,2 | 6,0 ± 3,4 |

n = número de pacientes.

Qtd.= Quantidade.

Sabe-se que o hábito de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas são apontados como fatores de risco para o aparecimento e/ou agravamento de diversas patologias. Entretanto, nesse estudo não foram encontradas diferenças significativas na QV e nem nas comorbidades quando comparado ex-tabagistas e ex-etilistas. Isso pode ter acontecido devido ao alto número de doenças encontradas, totalizando 50 doenças diferentes.

Quando foram comparados ex-tabagistas e não ex-tabagistas, assim como ex-etilistas e não ex-etilistas, houve diferença entre a média dos escores, os escores mais altos estão entre os pacientes que nunca fumaram em ambos questionários, e estão mais altos entre os que nunca consumiram bebidas alcólicas apenas no questionário BREF, porém essa diferença não foi estatisticamente significativa na qualidade de vida dos pacientes (Tabela 3 e 4).

Tabela 3: Comparação da Qualidade de vida, escores de 0 a 100, entre Ex-tabagistas utilizando os questionários validados WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

| Variável | Total | Ex-tabagista | | p-valor |
|----------|----------------------|---------------------|----------------------|---------|
| | | Sim | Não | |
| BREF 1 | 53,6 ± 13,6 (n = 28) | 48,8 ± 6,8 (n = 7) | 55,3 ± 15,0 (n = 21) | 0,096 |
| OLD 1 | 60,8 ± 13,8 (n = 20) | 56,9 ± 16,0 (n = 6) | 62,4 ± 13,0 (n = 14) | 0,479 |

Tabela 4: Comparação da Qualidade de vida, escores de 0 a 100, entre Ex-etilistas, utilizando os questionários validados WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

| Variável | Total | Ex-etilista | | p-valor |
|----------|----------------------|---------------------|----------------------|---------|
| | | Sim | Não | |
| BREF 1 | 53,6 ± 13,6 (n = 28) | 52,9 ± 8,5 (n = 5) | 53,8 ± 14,6 (n = 23) | 0,764 |
| OLD 1 | 60,8 ± 13,8 (n = 20) | 65,1 ± 12,3 (n = 4) | 59,7 ± 14,3 (n = 16) | 0,481 |

Para verificar a associação de cada uma das comorbidades com o fato de os pacientes serem ex-tabagistas ou não e serem ex-etilistas ou não, foram realizados testes exatos de Fisher (adequado para tabelas 2 x 2). Essa variável está presente no prontuário do paciente. A única associação estatisticamente significativa encontrada nessa análise foi entre Hipertrofia prostática e ex-etilistas (p-valor = 0,026). Entre os ex-etilistas 40% possuem essa comorbidade e entre os não ex-etilistas não há nenhum caso (0%).

Na tabela 5, foi comparada a qualidade de vida entre os pacientes que apresentam ou não multimorbidade. Apesar de existir diferença entre os escores, esta não foi significativa estatisticamente.

Tabela 5: Comparação da qualidade de vida conforme classificação de multimorbidade.

| Medida | Total (n = 28) | Paciente multimorbidade | | p-valor |
|--------|-------------------|-------------------------|-----------------|---------|
| | | Não (n = 4) | Sim (n = 24) | |
| BREF | 53,6 ± 13,6 | 50,5 ± 7,6 | 54,2 ± 14,4 | 0,465 |
| OLD | 60,8 ± 13,8 | 63,5 ± 11,3 | 60,3 ± 14,4 | 0,687 |

n = Número de pacientes submetidos a cada questionário

BREF = Questionário Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde versão abreviada

OLD = Questionário Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde para pacientes idosos (acima de 60 anos.)

Devido às disfunções do sistema corporal, problemas cognitivos e sensoriais, o resultado do envelhecimento é o declínio da capacidade funcional autônoma e independente do indivíduo. À medida que aumenta a expectativa de vida, manter a funcionalidade é essencial como uma prioridade de saúde pública. A capacidade funcional refere-se às condições de vida de um indivíduo que lhe permitem interagir de forma independente com o ambiente (BILLETT *et al.*, 2019).

A presença de comorbidades interfere na autonomia do paciente. A ideia de autonomia conduz o pensamento à ideia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construírem sua trajetória na vida (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008). Assim, como o envelhecimento está associado ao desenvolvimento e aparecimento de diversas patologias, a necessidade de uma intervenção multiprofissional parece ser cada vez mais uma abordagem promissora para a melhoria da qualidade de vida dos idosos (CASEIRO *et al.*, 2020). A população com comorbidades difere daqueles com doenças crônicas individuais pela interação entre as múltiplas condições, levando à necessidade de uma abordagem integral e multidisciplinar e de cuidados continuados em longo prazo (JAUL *et al.*, 2018).

Viver, frequentemente, relaciona-se ao enfrentamento com incapacidades, dependência, necessidade de cuidados prolongados, perda de papéis sociais, isolamento, solidão, depressão e falta de sentido para a própria vida (PEREIRA *et al.*, 2017). A incapacidade funcional está associada a um maior risco de readmissão hospitalar, internação em instituição de longa duração, pior evolução após a cirurgia, complicações pós-operatórias, aumento do risco de quedas, demência, morbidade e mortalidade em geral (BILLETT *et al.*, 2019). A desnutrição, anemia, infecções recorrentes, hospitalização e a polifarmácia são algumas condições comuns que complicam as doenças crônicas (JAUL *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

A presença de comorbidades na população é inevitável, porém a evolução e o agravo podem ser reduzidos com medidas não-farmacológicas como educação nutricional e prática regular de atividades físicas. Fatores de risco com Hipertensão arterial, diabetes, sedentarismo, obesidade, tabagismo e etilismo devem ser alvo de ações da atenção básica de saúde, uma vez que o controle desses fatores na população reduz os índices de DCNT.

O desenvolvimento de uma DCNT pode desencadear o aparecimento de doenças secundárias e a agravar a situação do paciente. Além disso, quanto maior a quantidade de patologias no indivíduo, maior a quantidade de medicamentos utilizados pelo mesmo, o que pode levar ao comprometimento maior da renda familiar.

Conhecer o perfil nosológico da população atendida é necessário para que políticas de saúde sejam traçadas de forma efetiva. A presença de morbidades pode incapacitar o paciente e prejudicar a qualidade de vida do mesmo. A dificuldade de locomoção, dores crônicas, além de outras deficiências são consequências da multimorbidade, e que pode levar o paciente ao isolamento social. E este, pode fazer com que o paciente possa desenvolver doenças mentais como depressão e ansiedade, o que pode contribuir com a piora da saúde e da qualidade de vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- BILLET, M. C. et al. Functional capacity and quality of life of hospitalized octogenarians. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 2, p. 43–48, 2019.
- BÔAS, M. L. DE C. V.; SHIMIZU, H. E. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 32–40, fev. 2015.
- BRASIL. **Portaria no 825 de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasil, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 9 nov. 2021
- CARLOS, F. S. A.; PEREIRA, F. R. A. Principais doenças crônicas acometidas em idosos. **In: IV Congresso Internacional De Envelhecimento Humano**, v. 2, n. 1, 2015.
- CASEIRO, A. et al. Effects of A Personalized Intervention Program on the Biochemical and Hematological Profile in Community Dwelling Old Adults—The AGA@4life Intervention Model. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 3, p. 718, 22 jan. 2020.
- CASTRO, E. A. B. DE et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 28 maio 2018.
- CHAVES, D. F. DE L. et al. A substituição do captopril pelo enalapril no tratamento de hipertensão arterial no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Saber Científico**, v. 6, n. 2, p. 111–124, 2017.
- FEDERMAN, A. D. et al. Association of a Bundled Hospital-at-Home and 30-Day Postacute Transitional Care Program With Clinical Outcomes and Patient Experiences. **JAMA Internal Medicine**, v. 178, n. 8, p. 1033, 1 ago. 2018.
- FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 785–791, out. 2006.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl 2, p. 2115–2122, dez. 2008.
- GARCIA, L. P. R. DE R.; TAVARES, S. A. Mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis em Goiás, 2006 a 2016. **Gerência de Vigilância Epidemiológica**: Goiânia, 2019. Disponível em: <<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2019-10/boletim-epidemiologico----mortalidade-por-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-em-goias-2006-a-2016.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2021.
- GIANNOPOULOU, A. Frailty and bone health in European men. **Journal of frailty, sarcopenia and falls**, v. 2, n. 1, p. 12–15, mar. 2017.

JÄGER, C. et al. Impact of a tailored program on the implementation of evidence-based recommendations for multimorbid patients with polypharmacy in primary care practices—results of a cluster-randomized controlled trial. **Implementation Science**, v. 12, n. 1, p. 8, 13 dez. 2017.

JAUL, E. et al. An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. **BMC Geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 305, 11 dez. 2018.

KLOMPSTRA, L. et al. Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. **BMC Geriatrics**, v. 19, n. 1, p. 187, 5 dez. 2019.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 88–95, ago. 2006.

LIMA, J. P. DA S.; SANTOS, C. K. T.; LIMA, L. S. A. Papel da nutrição no envelhecimento saudável: uma revisão na literatura. In: **V Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**, v. 3322, n. 83, p. 1–5, 2017.

MOTTA, L. B. DA; AGUIAR, A. C. DE; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 779–786, abr. 2011.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 2, n. 1, 1 jul. 2010.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-OLD pelo Microsoft Excel. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 4, n. 4, p. 214–219, out. 2010.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. DOS. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, jun. 2012.

PEREIRA, R. M. DE P. et al. Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 851–859, ago. 2017.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. suppl, p. 231–242, dez. 2005.

STELMAKE, L. L.; NOGUEIRA, V. M. R. O CUIDADO DOMICILIAR NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE. **Libertas**, v. 10, n. 2, p. 148–171, 2010.

WHO, World Health Organization. **WHOQOL: User Manual**. Geneva, 1998. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualidep/downloads/downloads.php?id=1>. Acesso em 23 nov 2021.

WHO, World Health Organization. **Medication Safety in Polypharmacy**. 2019. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?ua=1> Acesso em 14 Abr 2021.