

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CÍNTIA APARECIDA DOS ANJOS

UTILIZAÇÃO DE MODELO PARA COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA  
DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DIFERENTES INSTITUIÇÕES DE LONGA  
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS



CURITIBA

2019

CINTIA APARECIDA DOS ANJOS

UTILIZAÇÃO DE MODELO PARA COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA  
DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DIFERENTES INSTITUIÇÕES DE LONGA  
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marilis Dallarmi Miguel

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Josiane de Fátima Gaspari Dias

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ligia Moura Burci

CURITIBA

2019

Anjos, Cintia Aparecida dos

Utilização de modelo para comparação da qualidade de vida de idosos que residem em diferentes Instituições de Longa Permanência para Idosos [recurso eletrônico] / Cintia Aparecida dos Anjos – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Marilis Dallarmi Miguel

Coorientadora: Professora Dra. Josiane de Fátima Gaspari Dias

Coorientadora: Professora Dra. Ligia Moura Burci

1. Qualidade de vida. 2. Idosos. 3. Envelhecimento. I. Miguel, Marilis Dallarmi. II. Dias, Josiane de Fátima Gaspari. III. Burci, Ligia Moura. IV. Universidade Federal do Paraná. V. Título.

CDD 618.97



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS  
FARMACÉUTICAS - 40001016042P8

### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS FARMACÉUTICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CINTIA APARECIDA DOS ANJOS** intitulada: **Utilização de modelo para comparação da Qualidade de Vida de Idosos que residem em diferentes Instituições de Longa Permanência para Idosos**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 26 de Abril de 2019.

  
MARILYS DALLARMI MIGUEL

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

  
RANIERI CAMPOS

Avaliador Externo (UFAM)

  
CRISTIANE DA SILVA PAULA DE OLIVEIRA

Avaliador Externo (UFPR)

CINTIA APARECIDA DOS ANJOS

UTILIZAÇÃO DE MODELO PARA COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA  
DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DIFERENTES INSTITUIÇÕES DE LONGA  
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Dissertação apresentada como requisito parcial à para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas no Curso de Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marilis Dallarmi Miguel  
Departamento de Farmácia, UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ.

Coorientadores: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Josiane de Fátima Gaspari Dias  
Departamento de Farmácia, UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ligia Moura Burci,  
Departamento de Farmácia, UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ.

Curitiba

2019

A Deus  
À minha Família  
Aos meus Amigos  
Aos meus Professores

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e Nossa Senhora Aparecida, agradeço a todo momento.

À Universidade Federal do Paraná e ao Programa de Pos-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilis Dallarmi Miguel, pela oportunidade de orientação, por ter acreditado no meu potencial desde o início, sempre me incentivando, me corrigindo quando necessário.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ligia Moura Burci, pela oportunidade de coorientação, me auxiliando desde o início da pesquisa, sempre me incentivando, me mostrando qual caminho seguir.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Josiane de Fatima Gaspari Dias, pela oportunidade de coorientação, me instruindo, sempre disposta a me auxiliar.

Ao Prof. MSc. Rômulo de Oliveira Leite por se fazer presente durante a pesquisa, me auxiliando nos métodos estatísticos, sua colaboração foi fundamental para a conclusão do meu trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa de Produtos Naturais, professores, técnicos e alunos de mestrado e doutorado, pela amizade, compartilhamento de conhecimentos, contribuições científicas e pelos momentos que estivemos juntos.

Aos mestrandos Ana Angélica, Fernando Neto e Rosemari pelo companheirismo, auxílio no trabalho, pelo incentivo sempre quando alguém pensava em desistir ou se realmente iria conseguir, por tornarem o dia a dia mais leve e divertido.

Ao Grupo de Farmácias Fortefarma, que através do trabalho prestado por tantos anos nessa empresa, me serviu de inspiração para iniciar o trabalho, e aos dirigentes Sr Vagner e a Sr<sup>a</sup> Janete que desde o início me incentivaram.

Aos responsáveis legais pelas Instituições. Ir. Adilson e Sr. Edirceu e Luciana que me acolheram e me incentivaram a realizar a pesquisa, me deram todo o apoio necessário para o andamento do trabalho.

Ao meu filho querido João Gabriel, por todas as vezes que deixei de lhe dar a devida atenção, pela compreensão e pelo apoio.

Aos meus familiares, Eva e Elizeu, Helton e Larissa, Cleide e Josimar, por entenderem todas as vezes que deixei de participar de encontros familiares por conta do trabalho, por estarem ao meu lado, apoiando minhas escolhas.

Ao meu namorado, Lincoln, pelo incentivo e entusiasmo. Pela preocupação com o meu conforto físico e emocional, e por abdicar de alguns planos para que eu pudesse realizar o projeto de mestrado. Entendendo todas as vezes que tive que deixar o lazer por conta do trabalho.

Apenas quando somos instruídos  
pela realidade é que podemos  
mudá-la. (BERTOLT BRECHT)

## RESUMO

O envelhecimento da população é uma ocorrência mundial que, nos anos mais recentes, ganha maior importância nos países em desenvolvimento. Trata-se de um processo que promove mudanças tanto fisiológicas quanto comportamentais. Entender o processo de envelhecimento e avaliar as diferentes condições de vida dos idosos no Brasil pode contribuir com o diagnóstico das limitações e possibilidades no atendimento desta população. A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem a seu próprio respeito, as suas limitações, perspectivas e preocupações. Pode ser considerada uma ferramenta de avaliação para identificar a capacidade funcional e determinar o grau de impacto que a qualidade de vida exerce sobre o indivíduo. Portanto compreender o termo, e mensurar esse parâmetro se faz necessário para direcionar políticas públicas que possam vir a melhorar a qualidade de vida dos idosos. O objetivo do estudo foi mensurar a qualidade de vida de idosos que residem em diferentes ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos). Para tanto realizou-se uma pesquisa com abordagem qualitativa e exploratória com a aplicação de três instrumentos de qualidade de vida. Os dados foram obtidos por meio de prontuário e entrevistas. Em seguida foram analisados em software Interpretador de linguagem R em sistema operacional Linux Ubuntu. Participaram do estudo 79 pessoas, em que 11 são residentes no Lar Marista e 68 são residentes no Lar Jesus Maria José. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário socioeconômico. Para a avaliação do grau de cognição aplicou-se o questionário Minimental. Para a avaliação da qualidade de vida aplicou-se o questionário SF-36. Constatou-se que o instrumento Minimental apresentou boa sensibilidade para avaliar o grau de cognição e da mesma forma ocorreu com o instrumento SF-36 que avaliou a qualidade de vida dos idosos a partir de suas próprias percepções, além de demonstrar que esses indivíduos são capazes de fornecerem informações sobre si mesmo. Esses dados são fundamentais para subsidiar a prática clínica profissional e contribuir com a elaboração de políticas públicas assistenciais. Considerando as características de atendimento diferenciadas nas Instituições de Longa Permanência para Idosos, o mesmo não foi capaz

de impactar no resultado dos “scores” obtidos na avaliação da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Idosos, Envelhecimento.

## ABSTRACT

Population aging is a worldwide occurrence which, in recent years, is gaining in importance in developing countries. It is a process that promotes both physiological and behavioral changes. Understanding the aging process and evaluating the different living conditions of the elderly in Brazil may contribute to the limitations of diagnostic criteria and possibilities in the population's health care program. The World Health Organization (WHO) defines quality of life as the individual's perception of himself/herself, his/her limitations, perspectives and concerns. This can be considered an assessment tool to identify functional capacity and determine the degree of impact, which it exerts on the individual. Comprehension terms and parameters measured are necessary to direct public policies that may improve the Health-Related Quality of Life of the elderly. The aim of this present study was to identify the quality of life of elderly people living in different LSIE (Long Stay Institution for the Elderly). Therefore, a qualitative and descriptive research was carried out with the application of three quality of life instruments and an instrument to verify the presence and / or absence of adverse reactions and drug interactions. The data were obtained in medical records and interviews. Subsequently analyzed in R language, an interpreter software in a Linux Ubuntu operating system. A total of 79 people participated in the study, which 11 were residents of the Marist House and 68 residents of the Jesus Maria Jose Home. A socioeconomic questionnaire was used to collect the data and the *Minimental* questionnaire was used to evaluate the degree of cognitive function. To assess the quality of life a Short form SF-36 questionnaire was applied and, for the evaluation of the pharmacotherapeutic follow-up, the updated BEERS criteria were used. The *Minimental* instrument showed good sensitivity to evaluate the degree of cognitive function, similarly the SF-36 instrument that assessed the quality of life of the elderly from their own perceptions; and demonstrated that these individuals are capable to provide information about themselves. These data are fundamental to subsidize professional clinical practice and contribute to the elaboration of public assistance policies. Despite the significant differences in health care in each

LSIC, the scores obtained in the quality of life evaluation did not present significant differences.

**Key words:** Quality of Life, Elderly, Aging

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO DA HIERARQUIA DA INFORMAÇÃO EM QUALIDADE DE VIDA. ....	21
FIGURA 2– FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	40
FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DAS ETAPAS DA PESQUISA .....	41
FIGURA 4 – COMPARAÇÃO DA IDADE DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ .....	47
FIGURA 5 – COMPARAÇÃO DO ESTADO CIVIL DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ .....	48
FIGURA 6 – COMPARAÇÃO NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ. ....	50
FIGURA 7 – COMPARAÇÃO RELIGIÃO DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ .....	52
FIGURA 8 – ÁRVORE DE CLASSIFICAÇÃO: LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS .....	69
FIGURA 9 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 0 .....	70
FIGURA 10 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 100.....	70
FIGURA 11 – ÁRVORE DE CLASSIFICAÇÃO: DOR .....	79
FIGURA 12 – ESCORES SF-36, DOR, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 61 .....	80
FIGURA 13 – ESCORES SF-36, DOR, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 72.....	80
FIGURA 14 – ESCORES SF-36, DOR, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 100.....	81
FIGURA 15 – ÁRVORE DE CLASSIFICAÇÃO: DOMINIO LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS .....	83
FIGURA 16 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 0. ....	83
FIGURA 17 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 75 .....	84

FIGURA 18 - ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 100.....	84
FIGURA 19 - ESCORES SF-36, DOMÍNIOS RELACIONADOS A SAÚDE MENTAL DOS LARES MARISTA E JESUS MARIA JOSÉ.....	91
FIGURA 20 - ESCORES SF-36, DOMÍNIOS RELACIONADOS A SAÚDE FÍSICA DOS LARES MARISTA E JESUS MARIA JOSÉ.....	92

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PREVALÊNCIA POR CLASSE TERAPÊUTICA LAR MARISTA .....	56
GRÁFICO 2– PREVALÊNCIA POR CLASSE TERAPÊUTICA LAR JESUS MARIA JOSÉ .....	57
GRÁFICO 3 – ESCORES DO TESTE MINI-MENTAL OBSERVADOS E PREDITOS.....	64
GRÁFICO 4 – ESCORE MINI MENTAL OBSERVADOS VERSUS PREDITOS.....	64
GRÁFICO 5 – ESCORES SF-36, SAÚDE MENTAL, OBSERVADOS E PREDITOS.....	67
GRÁFICO 6 – ESCORES SF-36, SAÚDE MENTAL, OBSERVADOS VS PREDITOS.....	68
GRÁFICO 7 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS, OBSERVADOS VS PREDITOS .....	71
GRÁFICO 8 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS SOCIAIS, OBSERVADOS E PREDITOS .....	73
GRÁFICO 9 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS SOCIAIS, OBSERVADOS VS PREDITOS .....	73
GRÁFICO 10 – ESCORES SF-36, VITALIDADE, OBSERVADOS E PREDITOS.....	75
GRÁFICO 11 – ESCORES SF-36, VITALIDADE, OBSERVADOS VS PREDITOS.....	76
GRÁFICO 12 – ESCORES SF-36, ESTADO GERAL DA SAÚDE, OBSERVADOS E PREDITOS .....	77
GRÁFICO 13 – ESCORES SF-36, ESTADO GERAL DA SAÚDE, OBSERVADOS VS PREDITOS.....	78
GRÁFICO 14 – ESCORES SF-36, DOR, OBSERVADOS VS PREDITOS.....	81
GRÁFICO 15 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS, OBSERVADOS VS PREDITOS.....	85
GRÁFICO 16 – ESCORES SF-36, CAPACIDADE FUNCIONAL, OBSERVADOS E PREDITOS .....	87
GRÁFICO 17 – ESCORES SF-36, CAPACIDADE FUNCIONAL, OBSERVADOS VS PREDITOS.....	88

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PROCESSOS DA FARMACOTERAPIA.....	32
QUADRO 2 – MEDICAMENTOS NÃO RECOMENDADOS PARA IDOSOS PELOS CRITÉRIOS DE BEERS–FICK E COMERCIALIZADOS NO BRASIL .....	33
QUADRO 3 – CARACTERÍSTICAS DA FARMACOTERAPIA IDEAL.....	34
QUADRO 4 – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO NOS LARES MARISTA E JESUS MARIA JOSÉ .....	59

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – COMPARAÇÃO DOS LARES EM RELAÇÃO AO GÊNERO .....	45
TABELA 2 – COMPARAÇÃO DA IDADE DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ .....	47
TABELA 3 – COMPARAÇÃO DO ESTADO CIVIL DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ .....	48
TABELA 4 – COMPARAÇÃO GRAU DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ .....	49
TABELA 5 – COMPARAÇÃO NO QUESITO RELIGIÃO ENTRE OS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ.....	51
TABELA 6 – COMPARAÇÃO TOTAL DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS IDOSOS DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ .....	53
TABELA 7– COMPARAÇÃO DA PREVALÊNCIA DAS CLASSES TERAPÊUTICAS IDENTIFICADAS NO ESTUDO DOS MORADORES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ.....	54
TABELA 8– PREVALÊNCIA POR CLASSES TERAPÊUTICAS LAR MARISTA .....	55
TABELA 9–PREVALÊNCIA POR CLASSES TERAPÊUTICAS LAR JESUS MARIA JOSÉ .....	57
TABELA 10 – COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DO INSTRUMENTO MINI MENTAL .....	62
TABELA 11 – MODELO AJUSTADO REGRESSÃO LOGÍSTICA DO INSTRUMENTO MINI MENTAL.....	63
TABELA 12 – RESULTADO OBTIDO A PARTIR DO ESCORE PREDITO LAR MARISTA .....	65
TABELA 13 – RESULTADO OBTIDO A PARTIR DO ESCORE PREDITO LAR JESUS MARIA JOSÉ.....	65
TABELA 14 – MODELO AJUSTADO: REGREÇÃO LOGISTICA, SAUDE MENTAL VS VITAMINAS .....	66

TABELA 15 – MODELO AJUSTADO: REGREÇÃO LOGISTICA, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS SOCIAIS VS IDADE VS ANTILIPEMICOS .....	72
TABELA 16 – MODELO AJUSTADO: REGREÇÃO LOGISTICA, VITALIDADE.....	74
TABELA 17 – MODELO AJUSTADO: REGREÇÃO LOGISTICA, ESTADO GERAL DA SAÚDE.....	76
TABELA 18 – MODELO AJUSTADO: REGREÇÃO LOGISTICA, CAPACIDADE FUNCIONAL VS IDADE VS VITAMINAS .....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	- Acompanhamento Farmacoterapêutico
AIC	- Akaike Information Coefficients
ANS	- Agência Nacional de Saúde
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
AVD	- Atividade de Vida Diária
CBO	- Classificação Brasileira de Ocupações
CFF	- Conselho Federal de Farmácia
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DT	- Doenças Transmissíveis
EI	- Estatuto do Idoso
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	- Instituição de Longa Permanência para Idoso
IMC	- Índice de Massa Corpórea
MEEM	- Mini Exame do Estado Mental
MPI	- Medicamentos Potencialmente Inapropriados
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
P1	- Processo de Seleção da Farmacoterapia
P2	- Processo de Administração
P3	- Processo Biofarmacêutico
P4	- Processo Farmacocinético
P5	- Processo Farmacodinâmico
P6	- Processo de Resultados Terapêuticos
PCSS	- Plano de Cuidado na Saúde Suplementar
PNAUM	- Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNI	- Política Nacional do Idoso
PRM	- Problemas Relacionados a Medicamentos
QV	- Qualidade de Vida
RAM	- Reação Adversa a Medicamentos

- SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
- SF-36 - Medical Outcomes Study 36- Item Short – Form Health Survey
- SOAP - Acrônimo: S= subjetivo; O= Objetivo; A= Avaliação; P= Plano
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- WAIS - Wechsler Adult Intelligence Scale

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1	JUSTIFICATIVA.....	16
1.2	OBJETIVOS.....	16
1.2.1	Objetivo Geral.....	16
1.2.2	Objetivos Específicos .....	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1	IDOSO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	17
2.2	QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE .....	19
2.3	INSTRUMENTOS PARA MEDIR A QUALIDADE DE VIDA.....	23
2.3.1	Instrumento “ <i>Mini Exame do Estado Mental ( MEEM)</i> ” .....	25
2.3.2	Instrumento “ <i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey SF-36</i> ” .....	27
2.4	ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO .....	28
2.4.1	Medicamentos Utilizados por Idosos .....	30
2.4.2	Problemas Relacionados a Medicamentos.....	32
2.4.3	Profissionais Envolvidos no Cuidado ao Idoso .....	35
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>39</b>
3.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	41
3.2	INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA.....	42
3.3	ANÁLISE DOS DADOS .....	43
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>45</b>
4.1	ANÁLISE DO PERFIL SÓCIO ECONÔMICO.....	45
4.2	ANÁLISE DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPEUTICO .....	52
4.2.1	Análise do Item Medicamentos Utilizados por Idosos.....	52
4.2.2	Análise do Item Profissionais Envolvidos no Cuidado ao Idoso.....	58
4.3	ANÁLISE DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL MEEM .....	61
4.4	ANÁLISE DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SF-36.....	66
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>93</b>
5.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	94
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE APROVAÇÃO NO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>103</b>

<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE C – CONVITE DE PARTICIPAÇÃO NO TRABALHO LAR MARISTA E LAR JESUS MARIA JOSÉ.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: DADOS OBJETIVOS.....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO B – AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL: MINI-MENTAL DE FOLSTEIN (1975).....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO C– VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36.....</b>	<b>120</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera-se idoso todo indivíduo que tenha 65 anos ou mais e que resida em países desenvolvidos ou 60 anos ou mais e que resida em países em desenvolvimento (CAMARANO, 1999).

O envelhecimento da população é uma ocorrência mundial que com o passar dos anos vem ganhando maior importância nos países em desenvolvimento.

No Brasil, o crescimento da população idosa é particularmente bastante expressivo, tanto em termos proporcionais quanto absolutos. Os efeitos do aumento desta parcela da população são percebidos nas demandas sociais, nas áreas de saúde e na previdência (ESTATUTO DO IDOSO, 2013; IBGE, 2018). Apesar de ser um parâmetro importante para o planejamento de políticas públicas bem como para a gestão de serviços voltados ao idoso, a idade cronológica não reflete o real processo de envelhecimento humano. O que define de verdade esse processo é a heterogeneidade (CAMARANO, 1999; DIAS, 2007).

Segundo dados da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, em 2050 haverá mais idosos do que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, e que constitui 11,5% da população global. Projeções indicam que esse número deverá alcançar 1 bilhão em menos de dez anos e duplicar até 2050, chegando à marca de 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global (DIAS et al., 2013).

Em relação ao Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirma que o grupo de idosos com 60 anos ou mais será maior que o grupo de crianças com até 14 anos em 2050, e estas projeções estimam que uma pessoa em cada cinco será idosa em todo o mundo e uma em cada três em países desenvolvidos (IBGE, 2002). Na população total, a participação de idosos será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos (KLAUS et al., 2015).

O envelhecimento da população brasileira e a maior longevidade das pessoas idosas são, sem dúvida, um novo desafio a ser enfrentado tanto pelas políticas públicas quanto pelos familiares. Longe de ser frágil, a maioria das pessoas idosas mantém-se em boas condições físicas, realizam as tarefas do cotidiano e contribuem com suas famílias (BRASIL, 1994). Os rendimentos de aposentadoria dos idosos

elevam a renda familiar entre os mais pobres, o que contribui para reduzir os níveis de pobreza no País (BRASIL, 2017). A pessoa idosa pode ser inserida na sociedade de maneira qualificada, assumir papéis relevantes e até dar início a um novo ciclo de trabalho.

De acordo com Zimerman (2000), o envelhecimento social da população modifica o status do idoso e a sua forma de se relacionar com as pessoas. Estas modificações se dão em função de uma crise de identidade na qual ocorrem a perda da autoestima, ocasionada pela ausência de papel social, somados a mudanças de papéis estão adequações a novos papéis decorrentes do aumento do seu tempo de vida. Essas mudanças ocorrem no trabalho, na família e na sociedade; e por fim o início da aposentadoria que exige a necessidade de saber se os idosos estão totalmente preparados ou não (ZIMERMAN, 2000).

O processo de envelhecimento é um direito do indivíduo e a sua proteção, um direito social. Deste modo o Estado deve garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. A garantia desses direitos está determinada na legislação com o advento do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 –, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira (BRASIL, 2013).

Para a OMS, a capacidade funcional e a independência servem de base para as decisões de quais planos devem ser seguidos a fim de proporcionar ao idoso um processo de envelhecimento adequado. Para que tal propósito seja alcançado faz-se necessário entender o quadro em que o idoso se encontra, compreender suas necessidades e promover a implementação de políticas públicas que possam proporcionar qualidade de vida durante o processo de envelhecimento para que, dessa forma possam chegar à terceira idade com saúde e satisfação (BRASIL, 2003).

Outro fator importante que impacta diretamente em como será o processo de envelhecimento é o domínio “qualidade de vida” e entender em qual contexto o objeto de estudo está inserido faz-se necessário. Com a expectativa de vida aumentando, acredita-se que a cada ano mais pessoas vão necessitar de serviços voltados ao atendimento da população idosa. O que explica o aumento das casas de repouso ou clínicas geriátricas de caráter privativo nos últimos 15 a 20 anos (LIMA, 2005; COSTA E MERCADANTE, 2013).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) é quem adotou a expressão “Instituição de Longa Permanência para Idosos” (ILPI) para denominar o tipo de instituição anteriormente conhecido como Asilo (LIMA, 2005; COSTA E MERCADANTE, 2013). A SBGG define a ILPI como estabelecimento para atendimento integral institucional, cujo público-alvo são as pessoas de 60 anos ou mais, que podem ser dependentes ou independentes, e que não dispõem de condições para permanecer com a família ou que não tem condições de morar sozinhos.

Costa e Marcadante (2013), afirmam que apesar de existirem instituições particulares com todo o amparo necessário para o atendimento desta população, ainda assim são vistas pela comunidade como sendo um local de abandono da pessoa idosa. Da mesma forma ocorre com as instituições públicas, vinculadas ao Estado, e as que vivem de doações, por dependerem financeiramente de ajuda, justifica a ideia de abandono atribuída as mesmas. Essa ideia de abandono percebida pela população em geral, ao falarem em asilo, abrigo ou casa de repouso, impõe um pensamento no qual estas instituições estejam bem distantes delas, porém essa realidade a cada ano evidencia-se e possivelmente em um futuro próximo, muito mais pessoas idosas estarão necessitando dos cuidados destas instituições (COSTA E MARCADANTE, 2013).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pelo fato de que avaliar as diferentes condições de vida dos idosos no Brasil pode contribuir com o diagnóstico dos limites a que estão submetidos e possibilitar melhorias no atendimento desta faixa etária.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Mensurar a qualidade de vida de idosos residentes em diferentes instituições de longa permanência para idosos por meio de um modelo estatístico.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Validar a correlação entre instrumentos de coleta de dados Minimental e SF-36 por meio de modelagem estatística;
- Identificar o perfil dos profissionais de saúde que estão envolvidos no cuidado aos idosos;
- Identificar quais classes terapêuticas de medicamentos são prevalentes nos centros familiares;
- Avaliar o grau de comprometimento cognitivo do idoso e como ele interfere na sua qualidade de vida por meio da ferramenta “Minimental”;
- Mensurar a qualidade de vida dos idosos que residem em diferentes ambientes, através da aplicação de um modelo estatístico para comparação da qualidade de vida por meio do SF-36.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 IDOSO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento de sua população é uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização e reflete uma melhoria das condições de vida (KLAUS et al., 2015).

Dias et al. (2013), em seus estudos constataram que esse aumento populacional se deve possivelmente às melhorias das condições de saúde, como saneamento básico, condições sanitárias, atendimento médico, entre outros, concomitantemente ao avanço tecnológico e científico. Atrelado às melhorias das condições de saúde está o fato de que o Brasil passou por uma mudança no perfil saúde-doença (CHAIMOWICZ, 1997).

De acordo com Nasri (2008), a transição demográfica teve sua origem na Europa e o primeiro fenômeno observado foi a diminuição da fecundidade que ocorreu durante a Revolução Industrial. O aumento na expectativa de vida ocorreu de modo insidioso e lento e foi possível graças às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de antibióticos e de vacinas (NASRI, 2008).

Na América Latina, principalmente nos países em desenvolvimento, observou-se um fenômeno semelhante ao ocorrido na Europa, porém com implicações diferentes. O primeiro diferencial, em relação à transição demográfica europeia e a latino-americana, é o momento histórico nos quais ambas ocorreram. No modelo Europeu, aconteceu significativo desenvolvimento social e aumento de renda. Na América Latina, em especial no Brasil, ocorreu um processo de urbanização sem alteração da distribuição de renda (NASRI, 2008).

Com as melhorias das condições de trabalho, do saneamento das cidades e de um maior acesso aos serviços somados ao avanço tecnológico houve uma queda significativa na mortalidade infantil e conseqüentemente no aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2002). De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), no início do século passado, a esperança de vida ao nascer era de 35 anos no Brasil. Esta expectativa alcançou uma média de 68 anos, com as mulheres atingindo os 72 anos de vida (BRASIL, 2002).

Atualmente a expectativa de vida passa de 72 anos para os homens e 79 anos para as mulheres, aumento devido ao avanço das tecnologias voltadas a saúde (BRASIL, 2018).

Segundo Nasri (2008) o processo de envelhecimento não resulta do declínio da mortalidade, mas sim do declínio da fecundidade. Uma população torna-se mais idosa à medida em que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens. Já para Chaimowicz (1997), desde a década de 60 a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida por três motivos principais, primeiramente pela melhora nas condições de vida, segundo acesso a recursos terapêuticos e o terceiro a redução da taxa de fecundidade. Tudo isso gerou uma mudança no perfil saúde-doença em que as doenças agudas (doenças infectas contagiosas) que até então eram prevalentes passou a dar lugar as doenças crônicas (diabetes, hipertensão, dislipidemias, entre outras) (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo dados do Ministério da Saúde em 2002 de maneira semelhante ao que ocorreu em outros países em desenvolvimento no Brasil observou-se a transição epidemiológica, que marcou a redução da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento da mortalidade proporcional por doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2002).

Outro fato que explica o aumento da expectativa de vida é a diminuição da mortalidade infantil. Isso começou a acontecer em 1940. Naquela época, o risco de uma criança não passar dos 4 anos era quase 31% maior do que hoje (IBGE, 2018).

Assim como Omram (2001), Schramm et al. (2004), afirmaram que transição epidemiológica ocorre em função de mudanças nos padrões de invalidez, morbidade e morte, que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. O processo resulta de três mudanças básicas: deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; transformação de uma situação em que predominava a mortalidade, a morbidade passou a prevalecer; e a substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas (SCHRAMM et al., 2004).

Chaimowicz (1997) e Schramm et al. (2004), afirmaram que existe uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. A princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população, que passam a

conviver com fatores de risco associados às doenças crônico-degenerativas e, na medida em que o número de idosos cresce em virtude do aumento da expectativa de vida, as doenças crônico-degenerativas tornam-se mais frequentes. Gregori et al. (2013), complementam esta afirmação quando em seus estudos constataram que a medida que a expectativa de vida aumenta, maior é a incidência de doenças relacionadas ao processo de envelhecimento (GREGORI et al., 2013)

Assim como Rodrigues e Oliveira (2016), Palácios (2004) afirma que esse processo é um dos fenômenos biológicos mais complexos, no qual ocorrem mudanças não só fisiológicas como também mudanças comportamentais. O processo de envelhecimento não acontece de modo simultâneo em todo o organismo, e não é unitário e nem está associado à existência de uma doença, e sim envolve múltiplos fatores tanto endógenos como exógenos (PALÁCIOS, 2004).

Em relação às mudanças fisiológicas destaca-se, dentro do processo de envelhecimento, um conjunto de alterações biológicas que desencadeiam tanto eventos celulares quanto eventos moleculares os quais tendem a gerar radicais livres, mudanças proteicas, apoptose e outros danos teciduais, resultando em déficit físico. Do ponto de vista cerebral ocorrem mudanças estruturais (núcleos de base, neocortex e complexo hipocampal), neuroquímicas (alterações relacionadas aos neurotransmissores e o sistema nervoso), neurofisiológicas (decréscimo na plasticidade, lentidão do fluxo axoplasmático, sinapses diminuídas) (DRACHMAN, 1997).

Todas essas mudanças fisiológicas com o passar dos anos resultam em alterações na distribuição corporal (perda de massa magra, aumento no percentual de gordura), declínio na função renal (eliminação de fluidos, eliminação de medicamentos), declínio da função hepática (metabolismo de alimentos, metabolismo de medicamentos), maior sensibilidade a alimentos, a medicamentos entre outros (DRACHMAN, 1997).

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um completo estado de bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de doença. No entanto a formação dos profissionais de saúde sempre manteve como prioridade o controle de morbidade e mortalidade apenas (FLECK, 2000). No final do século

XX, início do século XXI, já se percebia uma crescente preocupação com a frequência e a severidade das doenças, assim como a avaliação do impacto da doença e o comprometimento do indivíduo nas atividades diárias (FLECK, 2000). Santos et al. (2002), enfatizaram em seus estudos que muitas pessoas procuram associar qualidade de vida com o fator saúde, nesse sentido afirmam que qualidade de vida é produto das condições objetivas de existência, sendo resultado das condições de vida biológica, cultural e social e principalmente das relações que o indivíduo estabelece entre si e a natureza que o cerca.

A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de enaltecer parâmetros que possam amplificar o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim, qualidade de vida é abordada por muitos autores, como sinônimo de saúde, e por outros como um conceito mais abrangente em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados (PEREIRA et al., 2012)

Para a OMS qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem a seu próprio respeito, as suas limitações, perspectivas, preocupações. Para Moreira et al. (2015) somados a percepção que cada um considera a sua posição de vida no contexto social, sistemas de valores, bem como a relação que o indivíduo tem em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Segundo Almeida Brasil et al. (2017), a qualidade de vida está relacionada “a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, pode-se resumir à construção multidimensional que consiste na percepção subjetiva física, mental e emocional, portanto pode ser considerada uma avaliação para determinar a capacidade funcional e servir de prognóstico para compreender o processo de doença, e determinar o grau de impacto que a mesma exerce sobre o indivíduo. Santos et al (2002) afirmam que o conceito de qualidade de vida varia de acordo com a percepção de cada indivíduo, se para uns ela é considerada unidimensional para outros ela é considerada multidimensional.

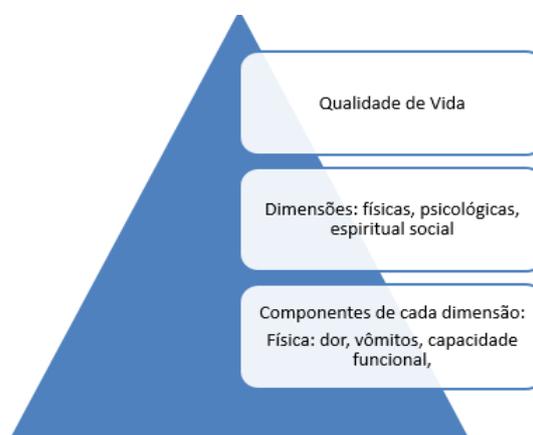
Para Pereira et al. (2012), o conceito de qualidade de vida pode ser definido como um parâmetro utilizado para determinar o nível de ingresso e comodidade que uma pessoa, um grupo familiar ou uma comunidade possuem em um momento e espaço específico. Neste sentido esse conceito visa estabelecer o nível de

qualidade de vida das populações por meio da observação de dados específicos e que sejam quantificáveis, bem como pode ser uma questão espiritual ou emocional, que pode ser estabelecido a partir do entendimento de cada pessoa ou cada comunidade no decorrer da vida (PEREIRA et al., 2012).

Quando falamos de qualidade de vida, seja de uma pessoa, de um grupo de pessoas, nos referimos a todos aqueles elementos que fazem que essa vida seja digna, cômoda, agradável e satisfatória. Com esse pensamento Flanagan (1982), propôs uma escala para avaliar tal conceito. No caso dos seres humanos, os elementos que contam com uma qualidade de vida podem ser emotivos, como também materiais ou culturais. Neste sentido, a qualidade de vida de uma pessoa é dada em primeiro termo pela possibilidade de viver bem e de maneira agradável com seus pares, principalmente com o grupo familiar e que lhe dá identidade (FLANAGAN, 1982).

Corroborando com o conceito Flanagan (1982), Pimentel (2006) afirmaram que a qualidade de vida poderá ser composta por vários níveis, nos quais se abordam diferentes conceitos acerca desta temática, conforme demonstrado na FIGURA 1. Este modelo permite representar a qualidade de vida global do indivíduo, sendo que na base encontram-se os componentes físicos, no nível intermediário encontram-se os componentes que poderão ser analisadas com a finalidade detectar se o individuo tem qualidade de vida ou não e no topo encontram-se a qualidade de vida plena.

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO DA HIERARQUIA DA INFORMAÇÃO EM QUALIDADE DE VIDA.



FONTE: Adaptado de Pimentel, 2006.

Outros elementos que contribuem com a qualidade de vida que são materiais, podem ser, o acesso a uma moradia digna, aos serviços de saneamento básico, acesso à água potável, alimentos e inclusive eletricidade. Todas estas questões somadas podem determinar a qualidade de vida de uma pessoa. Finalmente, outros elementos no que se refere ao estilo de vida que uma pessoa leva são as possibilidades de ter uma identidade, educação, que respeitem seus direitos civis, religiosos e de gênero, não ter que suportar situações de agressão, violência ou xenofobia, discriminação, entre outros. Neste sentido pode-se verificar a dificuldade de conceituar qualidade de vida tanto quanto a maneira de como medi-la, possivelmente pelo fato de que ela pode sofrer influências de valores éticos, culturais e religiosos, bem como sofrer influência de valores e percepções inerentes de cada indivíduo, constituindo-se assim num conceito complexo e de difícil avaliação (SANTOS et al., 2002).

A política de saúde construída no Brasil, a partir do esforço da sociedade em seu processo de redemocratização e que culminou com a Constituição de 1988, tem em seu arcabouço elementos para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada podem ser potencializados a partir do olhar e de ações de promoção da saúde, contribuindo para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a partir deste para a construção de uma ampla aliança nacional tendo como centro a qualidade de vida (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Promoção à Saúde elaborada pelo Ministério da Saúde define a promoção da saúde como sendo um campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, e traz em seus pilares e estratégias, uma abordagem dos problemas de saúde: assume a saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão sobre qualidade de vida, pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e a mobilização da sociedade. Reforça o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades, enfatizando o planejamento e poder no âmbito municipal (BRASIL, 2002).

Com relação a saúde do idoso Santos et al. (2002), afirmaram que a avaliação da qualidade de vida desta população é muito mais complexa quando comparadas a outros grupos populacionais, o que justifica assim a importância da utilização de critérios de avaliação híbridos, em virtude da alta complexidade desta tarefa. Neste contexto, a avaliação da qualidade de vida do idoso implica na adoção de múltiplos critérios de natureza socioestrutural, psicológica e biológica, bem delimitados, pois tais elementos são indicadores ou determinantes de bem-estar no processo de envelhecimento: saúde psicológica, saúde física, saúde biológica, controle cognitivo, produtividade, satisfação, competência social, longevidade, entre outros (SANTOS et al., 2002).

### 2.3 INSTRUMENTOS PARA MEDIR A QUALIDADE DE VIDA

Quinalha e Correr (2010), afirmam que no Brasil existem vários instrumentos disponíveis para avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas, entretanto apontam alguns problemas relacionados a eles. O primeiro problema seria que a maioria dos instrumentos está direcionada a área médica no qual se incluem teste de fluência verbal, testes relacionados ao estado nutricional, ao estado mental, a limitações de atividades funcionais, problemas relacionados à memória e avaliação do equilíbrio e da marcha e escalas da depressão geriátrica. O segundo problema está relacionado à especificidade. Dos poucos que estão relacionados com a farmacoterapia, a maior parte não apresenta repercussão no Brasil. Por esse motivo fez um estudo de revisão no qual buscou reunir os principais instrumentos existentes com objetivo de aperfeiçoar a farmacoterapia direcionada aos idosos, tanto no âmbito ambulatorial quanto no âmbito hospitalar, em virtude da demanda populacional crescente (QUINALHA e CORRER, 2010).

Na metade da década de 70 o psicólogo americano John Flanagan desenvolveu um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida. Utilizando a técnica do incidente crítico, o estudo abordou aproximadamente 3000 indivíduos norte-americanos, de ambos os sexos e diferentes faixas etárias. Os participantes eram indagados sobre quais eram as coisas importantes que haviam acontecido com eles e o quanto estavam satisfeitos com elas. Dos resultados obtidos, determinaram-se 15 componentes, que foram agrupados em cinco dimensões: bem-

estar físico e mental, relações com outras pessoas, envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação. O resultado dessa pesquisa resultou na confirmação de que todos aqueles itens eram importantes (BURCKHARDT e ANDERSON, 2003; FLANAGAN, 1982).

De acordo com Burckhardt e Anderson (2003), a escala original de Flanagan foi traduzida para mais de 16 línguas, inclusive o português. Hashimoto et al, 1996 afirmam que os autores que a traduziram não fizeram referência quanto à fidedignidade da versão em português. Nessa versão, todos os itens foram respondidos por meio de uma escala do tipo "Likert" de 7 pontos (1 = muito insatisfeito, 2 = insatisfeito; 3 = pouco insatisfeito; 4 = indiferente; 5 = pouco satisfeito; 6 = satisfeito; 7 = muito satisfeito). Assim como na escala original, o *range* potencial variou de 15 à 105 pontos, também na versão em português (BURCKHARDT e ANDERSON, 2003).

Flanagan acreditava que alguma adaptação poderia ser necessária para que seu instrumento pudesse ser utilizado entre pessoas com incapacidades ou doenças crônicas. Em 1981 ele concedeu permissão à enfermeira americana, Carol S. Burckhardt, para adaptar sua escala para pacientes crônicos (BURCKHARDT e ANDERSON, 2003; FLANAGAN, 1982). Em 1989, a referida pesquisadora publicou, com outros autores, estudo sobre a qualidade de vida de pacientes com artrite e sugeriu o acréscimo ao instrumento original do item independência. Eles constataram que, além dos 15 itens existentes nos cinco domínios da escala original, expressões como "ser capaz de fazer as coisas por mim mesmo", "ser independente", "esforços para permanecer independente" foram frequentes entre os 240 pacientes entrevistados (BURCKHARDT et al., 1989).

A versão modificada do instrumento, chamada "Escala Adaptada de Qualidade de Vida" (Adapted Quality of Life Scale) tem sido muito utilizada nos estudos de qualidade de vida de adultos sadios e com doenças crônicas tais como: fibromialgia, reumatismo, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças gastrointestinais, psoríase, incontinência urinária e diabetes (BURCKHARDT e ANDERSON, 2003).

Dantas et al. (2005), realizaram a validação semântica da versão traduzida primeiramente para o português e acrescentou-se o item independência. Essa nova versão foi submetida à avaliação por três tradutores, brasileiros, com domínio do

inglês, que residiram nos Estados Unidos por um período maior do que dois anos e constataram em seus estudos que os resultados refletiram alto grau de satisfação com os aspectos abordados pelo instrumento, estando os participantes entre satisfeitos e bastante satisfeitos com a qualidade de suas vidas e que a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, em sua versão adaptada pelo acréscimo do item independência, mostrou ser instrumento confiável para avaliação da qualidade de vida dos revascularizados (DANTAS et al., 2005).

Por outro lado, um estudo realizado por Santos et al. (2002), em que o objetivo foi avaliar a satisfação dos idosos em relação a qualidade de vida na comunidade, quando aplicada a Escala de Flanagan, como instrumento observou-se que o mesmo apresentou limitações em virtude do caráter subjetivo do conceito de qualidade de vida e do entendimento do idoso sobre o modelo operacional de aplicação do instrumento (SANTOS et al., 2002).

### 2.3.1 Instrumento “*Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*”

Outro instrumento muito utilizado é o “Mini Mental State Examination (MMSE)”, foi elaborado por Folstein et al. nos Estados Unidos e publicado em 1975. Um dos testes mais utilizados e mais estudados mundialmente. Tem como objetivo avaliar o estado mental, buscando identificar sintomas de demência. Sua criação decorreu principalmente pela necessidade de um instrumento de fácil aplicação, padronizado, simplificado, reduzido e rápido no contexto clínico. Pode ser usado isoladamente ou atrelado a outros instrumentos, e permite rastrear quadros demenciais, bem como avaliar a função cognitiva. Tem sido amplamente utilizado em ambientes clínicos, com três funções principais: detecção de declínio cognitivo, seguimento de quadros demenciais e monitoramento de resposta ao tratamento (LOURENÇO e VERAS, 2006).

A aplicação piloto foi efetuada em pacientes psiquiátricos hospitalizados e naqueles atendidos em ambulatório neurogeriátrico. Após um estudo de caso-controle (N = 132) com pacientes psiquiátricos (n = 69), ou seja, casos [com demência (n = 29), com depressão e perdas cognitivas (n = 10) e com depressão sem perdas cognitivas (n = 30)], e idosos “normais”, isto é, não casos ou controles (n

= 63), e uma investigação clínica (N = 137), também realizada com pacientes psiquiátricos, os autores chegaram a um instrumento abreviado, com evidências de validade e fidedignidade, de aplicação simples e rápida e passível de ser aplicado após um treinamento também simples e rápido.

As evidências de validade iniciais foram baseadas na relação com variáveis externas. Na derivação de evidências de validade de critério, o MEEM discriminou o estado mental dos quatro grupos que compuseram o estudo de caso-controle. Como evidências de validade convergente, foram obtidas correlações positivas com a WAIS (*Wechsler Adult Intelligence Scale*).

A fidedignidade foi aferida a partir da estabilidade dos resultados em situação de teste-reteste, com um intervalo de 24 horas e de 28 dias entre as aplicações do instrumento.

Trata-se de um método que fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual.

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. Os pontos de corte 23/24 são usados por recomendação de Folstein et al. (1975) como sugestivos de déficit cognitivo. Estes autores não apresentam pontos de corte baseados na idade, escolaridade e nem no diagnóstico, discrepando do que é corrente em vários países, inclusive no Brasil (LOURENÇO e VERAS, 2006).

Sua popularidade foi alcançada devido a um importante estudo epidemiológico sobre saúde mental realizado na década de 1980. "*National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program Surveys*" – que permitiu propor escores de corte, sugestivos de déficit cognitivo, relacionados à idade e à escolaridade, no qual foram adotados como ponto de corte 29 pontos para pessoas com 18 a 24 anos, e 25 pontos para indivíduos com 80 anos e mais; 29 pontos para pessoas com pelo menos nove anos de escolaridade, 26 pontos para aqueles com cinco a oito anos de escolaridade, e 22 pontos para os com zero a quatro anos de escolaridade. A comunidade científica demonstrou grande aceitação devido à sua praticidade e à amplitude da avaliação que realiza (MELO e BARBOSA, 2015).

Devido à conhecida influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, autores como Bertolucci et al. (1994), Caramelli e Nitrini (2000), Brucki et al. (2003), adotam notas de corte diferenciadas de acordo com o grau de instrução. Atualmente o “score” mais aceito é a nota de corte proposta por Brucki et al. (2003), em que os autores propuseram o “score” de 20 pontos para analfabetos; para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos 25 pontos; de 5 a 8 anos de escolaridade 26,5; de 9 a 11 anos 28 pontos e 29 para mais de 11 anos, considerando a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados (NITRINI et al., 2005).

### 2.3.2 Instrumento “*Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey SF-36*”

Outro instrumento muito utilizado no Brasil é o instrumento “*SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey)*”. Trata-se de um instrumento proposto por Ware et al. (1993) com o objetivo de se avaliar a qualidade de vida do indivíduo. Ciconelli et al. (1999), traduziram e validaram o questionário para a língua portuguesa, por se tratar de um instrumento de avaliação genérica da saúde, bem desenhado, de fácil compreensão e cujas propriedades de medida, validade e reprodutibilidade já tivessem sido demonstrados em diversos outros trabalhos.

Trata-se de um questionário genérico dividido em duas partes, no qual a primeira parte avalia o estado de saúde (com questões relacionadas à mobilidade física, dor, sono, energia, isolamento social e reações emocionais), e a segunda parte tem por objetivo avaliar o impacto da doença na vida diária do paciente (VITORINO et al., 2004; OLIVEIRA e ORSINI, 2009).

Apresenta um score de 0 a 100 pontos, no qual 0 demonstra o pior estado e 100 o melhor estado do indivíduo. Está dividido por escalas, em que cada uma delas apresenta uma função distinta, com o objetivo de avaliar a capacidade funcional (10 itens que tem por finalidade verificar a existência e extensão de limitações que possam estar relacionadas a capacidade física), aspectos físicos (04 itens que tem por finalidade avaliar as possíveis limitações em relação a quantidade e tipo de trabalho e quanto essas atividades estão comprometidas), dor (02 itens com a

finalidade de avaliar a existência da dor, a intensidade da dor e quanto ela interfere nas atividades diárias), estado geral da saúde (05 itens com a finalidade de avaliar a percepção do indivíduo em relação a sua saúde global), vitalidade (04 itens com a finalidade de avaliar o nível de energia e nível de fadiga de cada indivíduo), aspectos sociais (02 itens com a finalidade de avaliar o quanto o indivíduo está integrado em atividades sociais), aspectos emocionais (03 itens com a finalidade de avaliar impacto emocional do indivíduo em relação ao seu próprio bem estar) e saúde mental (05 itens com a finalidade de avaliar aspectos relacionados ao grau de ansiedade, depressão, alterações comportamentais, descontrole emocional e bem estar psicológico de cada indivíduo) (CICONELLI et al., 1999; VITORINO et al., 2004; OLIVEIRA e ORSINI, 2009).

#### 2.4 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

Na busca por viver mais e melhor pode-se destacar o importante papel da assistência farmacêutica que se caracteriza como um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no uso racional de medicamentos (CORRER et al., 2011), e tem por finalidade propiciar uma melhor qualidade de vida por parte das pessoas que possam usufruir do serviço prestado pelo profissional farmacêutico.

Hepler e Strand (1990) citado por Pereira e Freitas (2008) empregaram o termo “Pharmaceutical Care” pela primeira vez na literatura científica. No Brasil foi traduzido como Atenção Farmacêutica e tem como conceito “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou em 1994 uma reunião em Tóquio onde se discutiu, se aceitou, e se ampliou este conceito, além de definir o papel chave do farmacêutico: “estender o caráter de beneficiário da Atenção Farmacêutica ao público, em seu conjunto e reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária” (OMS, 1994; PEREIRA e FREITAS, 2008).

De acordo com o Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde elaborada pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), conceitua-se o acompanhamento farmacoterapêutico (AF) como sendo um serviço pelo qual o farmacêutico executa o gerenciamento da farmacoterapia, através da análise das condições de saúde, da identificação dos fatores de risco e do tratamento em vigência do paciente, possibilitando a implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, que tem como objetivo principal prevenir e resolver problemas relacionados à farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e conseqüentemente da qualidade de vida do paciente, havendo necessidade para sua realização de vários encontros com o paciente, diferenciando-se assim do conceito de Atenção Farmacêutica proposto por Hepler e Strand (1990). (BRASIL, 2014; OPAS, 2002).

Conforme Zubioli (2007), “os espanhóis traduzem o termo ‘pharmaceutical care’ por “atención farmacéutica”, que equivaleria a ‘atenção farmacêutica’, mas sem igual significado em português. Por essa razão, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Nacional das Farmácias de Portugal empregam a terminologia ‘cuidados farmacêuticos’. Quando se investiga a origem latina dessa expressão inglesa, verifica-se que o traslado para palavras como ‘atenção’ e ‘cuidado’ tem significados diferentes. Atenção (do latim – *attentione*) tem o sentido de concentração e reflexão da mente em alguma coisa, daí que o verbo atender (do latim- *attendere*), quando usado como verbo transitivo direto, ter o significado de prestar serviços, aviar, etc., originando o substantivo atendente (do latim – *attendente*), pessoa que, nos hospitais e consultórios, desempenha a função de auxiliar de enfermagem. Cuidado (do latim – *cogitare*), quando empregado como verbo transitivo indireto, exprime o sentido de ter cuidado consigo mesmo, com sua saúde, sua aparência ou apresentação, gerando o substantivo cuidador (de cuidar+dor), com significado lexical de aquele que cuida. Assim, o aspecto relevante de toda a ação de saúde tem o foco principal bem definido: “cuidar do paciente”.

Aires e Marchiorato (2010) conceitua o processo de Atenção Farmacêutica que por sua vez também está inserida dentro do campo da Assistência Farmacêutica como uma prática em que o farmacêutico adota a responsabilidade e o compromisso de identificar e satisfazer as necessidades dos usuários relacionadas à farmacoterapia, e garantir assim que esta seja a mais indicada possível, efetiva, segura e conveniente, com o objetivo de buscar a melhora do quadro clínico, alcance e manutenção de objetivos terapêuticos no momento de atendimento no balcão da farmácia comunitária exclusivamente (AIRES e MARCHIORATO, 2010).

Sturaro (2009) afirma que o Acompanhamento Farmacoterapêutico é um grande desafio para o profissional farmacêutico e se torna uma ferramenta cada vez mais importante no cotidiano, pois além de servir para reduzir erros com medicações, o que implica na eficácia do tratamento e conseqüentemente na melhora da qualidade de vida, também pode ser utilizado na prevenção da doença. A utilização do acompanhamento farmacoterapêutico como estratégia para a aderência do paciente ao tratamento é muito empregada no seguimento de pacientes com diagnóstico de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes e, mais recentemente, no tratamento do câncer (STURARO, 2009).

#### 2.4.1 Medicamentos Utilizados por Idosos

Com o declínio das Doenças Transmissíveis (DT) enquanto causa de morte, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tornam-se as principais causas de morbidade e mortalidade do Brasil, dentre os vários fatores associados a esse quadro, o principal deles é o envelhecimento populacional (LUCCHETTI et al., 2010; RAMOS et al., 2016). Esse panorama é facilmente explicado biologicamente pela capacidade de depleção e metabolização dos fármacos estarem diminuídos, maior probabilidade do surgimento de reações adversas e potencial redução da eficácia terapêutica, fatores que estão diretamente relacionados ao processo de envelhecimento do organismo (NEVES et al., 2013). Somados aos fatores intrínsecos do organismo estão também os fatores extrínsecos como hábito de fumar, dieta, sedentarismo e composição corporal (KLAUS et al., 2015). Os resultados da soma desses fatores são em grande parte os responsáveis pelo elevado número de medicamentos utilizados simultaneamente pelos idosos (GORZONI et al., 2012).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revelaram que cerca de 60 milhões de brasileiros tem pelo menos uma DCNT e a maioria delas faz uso de medicamentos para conseguir manter a doença controlada (LUCCHETTI et al., 2010; RAMOS et al., 2016). Dentre todas as doenças crônicas relatadas no estudo realizado, as mais prevalentes são: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitus tipo II, Doenças Cardiovasculares, Reumatismo, Depressão, entre outras. (RAMOS et al., 2016). Nesse estudo específico constatou-se que o medicamento de maior

prevalência foi a hidroclortiazida, seguida da losartana potássica, ambos utilizados para o controle da pressão arterial. A sinvastatina foi o terceiro fármaco mais referido no estudo, utilizado para tratamento das dislipidemias e também muito utilizado como adjuvante no tratamento de proteção cardiovascular. O quarto medicamento mais relatado no estudo foi o uso de metformina utilizada no controle glicêmico (RAMOS et al., 2016).

Corroborando Ramos et al. (2016), Almeida et al. (2017), realizaram um estudo transversal de base populacional com 573 idosos e verificou em seus estudos que as cinco classes de medicamentos mais utilizados pelos idosos foram respectivamente, anti-hipertensivo, analgésicos, antidiabético, antilipêmico, antiulceroso, sendo que 10% dos pacientes do total pesquisado utilizaram pelo menos 5 medicamentos de uso contínuo, também referenciou a importância da inclusão do profissional farmacêutico na atenção básica a saúde a fim de minimizar possíveis problemas relacionados ao uso de medicamentos (ALMEIDA et al., 2017).

De acordo com Ramos et al. (2016), no Brasil o Ministério da Saúde criou no campo da assistência farmacêutica o Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) um estudo transversal realizado com 41.433 idosos de diferentes regiões garantindo assim a representatividade de todas as regiões com a finalidade de instruir o planejamento de assistência farmacêutica aos idosos e os protocolos de controle das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) em todo o País, buscando identificar as particularidades regionais, sociodemográficas e de saúde da população em questão a fim de minimizar os possíveis danos relacionados ao uso de medicamentos crônicos (RAMOS et al., 2016).

As doenças crônicas investigadas foram: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças do coração, colesterol alto, histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças pulmonares crônicas, reumatismo e depressão. Nesse estudo constatou-se que 74% dos idosos entrevistados relataram ter ao menos uma doença crônica, e desses idosos, 94% relatou fazer uso de pelo menos um medicamento de forma crônica (RAMOS et al., 2016).

## 2.4.2 Problemas Relacionados a Medicamentos

Conforme Correr e Otuki (2013), o conceito de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) no seu sentido mais amplo define-se por problemas que podem surgir em qualquer uma das etapas da farmacoterapia (QUADRO 1), incluindo neste contexto os resultados negativos.

QUADRO 1 – PROCESSOS DA FARMACOTERAPIA

Processo	Definição
Seleção	A definição de um tratamento farmacológico para uma indicação clínica específica. Pode ser por profissional, pelo paciente ou automedicação.
Administração	A utilização do medicamento pelo paciente ou a administração do medicamento pelo profissional.
Biofarmaceutico	A liberação do farmaco no local de absorção ou de administração (processo biofarmaceutico).
Farmacocinético	Chegada do farmaco no local de ação. a concentração de farmaco distribuída pelos tecidos, bem como o tempo para que todo o farmaco seja eliminado.
Farmacodinamico	A interação entre o farmaco e as estruturas moleculares do organismo. O efeito farmacológico.
Resultados Terapêuticos	A mudança no estado de saúde em virtude do efeito farmacológico.

FONTE: adaptado de Correr e Otuki (2013).

Um dos principais motivos que pode levar aos PRM's, além das alterações comportamentais e fisiológicas (produção do suco gástrico diminuído, esvaziamento gástrico mais lento, quantidade de água consumida diariamente diminuída, menor quantidade de proteínas plasmáticas, diminuição da irrigação renal, filtração glomerular e secreção tubulares comprometidos, redução do fluxo sanguíneo e das atividades enzimáticas no fígado, entre outras) do indivíduo em decorrência do avanço da idade estão somados o aparecimento de doenças crônicas simultâneas, que provoca a interferência tanto farmacodinâmica quanto farmacocinética de vários medicamentos (CORRER et al., 2007; GORZONI et al., 2012; LIMA et al., 2016).

A identificação dos PRM's e de suas causas deve ser realizado com base em uma avaliação sistemática dos medicamentos utilizados pelo indivíduo. Este fato deve ir desde a indicação de cada medicamento, da efetividade deste medicamento, da segurança deste medicamento bem como da adesão do indivíduo ao processo de

farmacoterapia (CORRER e OTUKI, 2013). Lima et al. (2016), afirmaram que o risco do indivíduo ter uma Reação Adversa a Medicamento (RAM) é de 13% quando utiliza dois medicamentos e esse valor passa para 58% de risco quando utiliza cinco medicamentos. Ainda descreve que sobe para 82% quando o indivíduo utiliza sete ou mais medicamentos. Outro fator importante para a ocorrência de RAM's em idosos é o fato de que na população idosa é comum mais de um médico assistir o mesmo indivíduo (LIMA et al., 2016).

Crítérios de Beers tornou-se o método mais utilizado no mundo (GORZONI et al., 2012). Sua primeira lista foi desenvolvida por Beers et al. (1991), por meio de um estudo realizado com idosos institucionalizados e constantemente é atualizada (QUINALHA e CORRER, 2010). Trata-se de uma lista de medicamentos inadequados e/ou inapropriados, e seu principal objetivo é avaliar as características com relação aos efeitos dos medicamentos que são prescritos aos idosos (QUADRO 2).

QUADRO 2 – MEDICAMENTOS NÃO RECOMENDADOS PARA IDOSOS PELOS CRITÉRIOS DE BEERS–FICK E COMERCIALIZADOS NO BRASIL

continua

Tioridazina	Amiodarona	Clorpropamida
Barbitúricos (exceto fenobarbital)	Digoxina > 0,125mg/dia (exceto em arritmias atriais)	Estrógenos não associados (via oral)
Benzodiazepínicos	Disopiramida	Extrato de tireóide
Lorazepam > 3,0mg/dia	Metildopa	Metiltestosterona
Alprazolam > 2,0mg/dia	Clonidina	Nitrofurantoina
Clordiazepóxido	Nifedipina	Sulfato Ferroso
Diazepam	Doxazosina	Cimetidina
Clorazepato	Dipiridamol	Cetorolaco
Flurazepam	Ticlopidina	Ergot e Ciclandelata
Fluoxetina (diário)	Anti-inflamatórios não hormonais	Miorrelaxantes e antiespasmódicos
Amitriptilina	Indometacina	Carisoprodol
Anti-histamínicos	Naproxeno	Clorzoxazona
Clorfeniramina	Piroxicam	Ciclobenzaprina
Difenidramina	Laxantes	Orfenadrina
Hidroxizina	Bisacodil	Oxibutinina

Ciproheptadina	Cascará Sagrada	Hiosciamina
Tripelenamina	Óleo Mineral	Propantelina
Dexclorfeniramina	Anoréxicos	Alcaloides da Belladonna
Prometazina	Anfetaminas	Meperidina

FONTE: Adaptado por Correr e Otuki (2013)

continuação

Com o objetivo de diminuir os PRM's varias listas de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para idosos foram lançadas nas últimas décadas e referem-se a uma seleção de medicamentos com o risco de provocar efeitos colaterais superiores aos efeitos considerados benéficos ao idoso (GORZONI et al., 2012). Dentre elas as mais citadas mundialmente são respectivamente as versões dos critérios de Beers seguidas de Beers-Fick.

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica referencia a necessidade, efetividade e segurança como elementos fundamentias da tríade de farmacoterapia. Segundo Correr e Otuki, (2013), analisando-se todos os processos que fazem parte da farmacoterapia, o desejado é que os processos de seleção, administração, biotransformação tanto farmacocinético quanto farmacodinâmico e obtenção dos resultados sejam alcançados. Sendo assim a farmacoterapia ideal constitui pelo menos quatro dimensões: necessidade, adesão terapêutica, efetividade e segurança conforme QUADRO 3.

QUADRO 3 – CARACTERISTICAS DA FARMACOTERAPIA IDEAL

	<b>Farmacoterapia Ideal</b>
Necessidade	O paciente utiliza todos os medicamentos de que necessita. O paciente não utiliza nenhum medicamento desnecessário.
Adesão Terapêutica	O paciente compreende e é capaz de cumprir o regime terapêutico. O paciente concorda e adere ao tratamento em uma postura ativa.
Efetividade	O paciente apresenta a resposta esperada à farmacoterapia. O regime posológico está ajustado ao alcance das metas terapêuticas.
Segurança	A farmacoterapia não produz novos problema de saúde. A farmacoterapia não agrava problemas de saúde preexistentes.

FONTE: Adaptado por Correr e Otuki (2013).

### 2.4.3 Profissionais Envolvidos no Cuidado ao Idoso

Silva e Santos (2010) afirmam que a equipe multiprofissional presente na Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPI) deve dipor dos profissionais de diferentes áreas, dentre eles assistente social, cuidadores, educador físico, enfermeiro, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, médico, nutricionista, psicólogo e responsáveis pelos serviços gerais, com a finalidade de assistir a pessoa idosa em período integral, cabendo a cada profissional o desenvolvimento de seu processo de trabalho, de modo complementar.

Conforme o Plano de Cuidado na Saúde Suplementar elaborado pelo Ministério da Saúde

“A assistência à saúde dos idosos deve se dar prioritariamente através da atenção primária, de modo a evitar, ou pelo menos postergar, hospitalizações e institucionalizações, que constituem alternativas mais caras de atenção à saúde. De acordo com o Relatório Mundial de Saúde de 2008 (OMS, 2008), é necessário desenvolver sistemas de saúde orientados para os indivíduos, que contemplem a integração e a continuidade dos cuidados e possuam uma porta de entrada no sistema que permita construir uma relação de confiança entre as pessoas e seus prestadores de serviços. Pode-se pensar, dessa forma, em um conjunto de ações assistenciais estruturadas para atender a determinado problema de saúde do indivíduo, com base numa avaliação de risco. Esse risco é composto por aspectos clínicos, sociais, econômicos e ambientais, entre outros. Quando uma pessoa busca a resolução para determinado problema de saúde, seu atendimento passa, em primeiro lugar, por uma avaliação do risco de adoecer ou por uma anamnese. Após esse primeiro contato, é traçado um conjunto de atos assistenciais que deverá ser seguido com o objetivo de resolver o problema de saúde – a esse conjunto de atos assistenciais denominamos “plano terapêutico”, que pode ser definido por médicos ou equipes multiprofissionais (BRASIL, 2012).”

De acordo com Pessoa et al. (2011), um plano terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado, que tem por eixo o paciente. Ainda segundo os mesmos autores, esses fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência.

A avaliação do idoso deve contemplar todas as dimensões envolvidas no processo saúde-doença de forma multidimensional, e deve ter por objetivo a

definição do diagnóstico funcional global e etiológico (disfunções/doenças) e a elaboração do “plano terapêutico” (BRASIL, 2012).

Veras et al. (2013), afirmam que uma característica importante do contingente idoso é sua heterogeneidade, somados a isso está o avanço da idade, fatores que acarretam no aparecimento de crescentes limitações para a execução das atividades do cotidiano, sobretudo em função do agravamento das doenças crônicas mais prevalentes nessa faixa etária, tendendo a apresentar maiores perdas de autonomia e independência.

Dessa forma, é importante para os profissionais de saúde que lidam com pacientes idosos conhecerem e distinguirem o conjunto de alterações fisiológicas do envelhecimento, denominado “senescência”, daquelas do envelhecimento patológico ou senilidade (LOURENÇO et al., 2005).

Com isso, o conceito de capacidade funcional do idoso se torna primordial para o reconhecimento do processo do envelhecimento (LOURENÇO et al., 2005) e pode ser definido como a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia (VERAS et al., 2013).

O Guia Prático do Cuidador (2008) elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) define o papel deste importante profissional “o Cuidador”:

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. Nesta perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem (BRASIL,2008).

Ainda de acordo com o Guia Prático do Cuidador elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) “as atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e com os familiares. Nesse planejamento deve ficar claro para todas as atividades que o cuidador pode e deve desempenhar. É bom escrever as rotinas e quem se responsabiliza pelas tarefas. É importante que a equipe deixe claro ao cuidador que procedimentos ele não pode e não deve fazer, quando chamar os profissionais de saúde, como reconhecer sinais e sintomas de perigo. As ações serão planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador” (BRASIL,2008).

Tão importante quanto o cuidador é a equipe multiprofissional que está voltada ao cuidado do idoso, cada um no seu âmbito de atuação. No estudo realizado por Silva e Santos (2010) observou-se que as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) têm como obrigação manter os padrões de habitação desta população em questão de acordo com as normas estabelecidas pela Vigilância Sanitária, conforme o Estatuto do Idoso,

“No qual é estabelecido que o idoso tem o direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda, em instituição pública ou privada. A ILPI é uma moradia especializada, cujas funções básicas são proporcionar assistência gerontogerátrica, conforme a necessidade de seus residentes, integrando um sistema continuado de cuidados. Para que exista a assistência integral do indivíduo, é requerida a presença de uma equipe multiprofissional habilitada para o cuidado à pessoa idosa (BRASIL, 2003)”.

Lyra Junior et al. (2006), realizaram um estudo onde verificaram o papel de alguns profissionais que estão envolvidos no cuidado ao paciente idoso no que tange a farmacoterapia, no tratamento da hipertensão arterial, a fim de verificar o uso correto das medicações em virtude de se tratar de uma faixa etária em que acomete a maior probabilidade de ocorrência de doenças degenerativas, perdas afetivas e funcionais (LYRA JUNIOR et al., 2006).

Chegaram a conclusão que a deficiência da adesão ao tratamento tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informação sobre o tratamento. Salientaram ainda que a educação ao paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e a necessidade do uso correto dos

medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro. E que se houvesse uma maior interação entre os profissionais de saúde, em especial o médico, o farmacêutico e o enfermeiro, os riscos de ocorrência de diversos PRMs poderiam ser reduzidos, dentre outras conclusões (LYRA JUNIOR et al., 2006).

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Primeiramente foram escolhidas as instituições participantes da pesquisa situadas na cidade de São José dos Pinhais/PR, de forma aleatória. Em seguida foram observadas quais diferenças sócio-econômicas cada Lar apresentava. Portanto foram escolhidos o Lar Marista e o Lar Jesus Maria José. Considerando-se as instituições em causa, é de suma importância descrever, de forma sucinta, algumas características de cada lar.

O Lar Marista é uma instituição de caráter privado e trata-se de uma instituição mantida pelo Grupo Marista, sem fins lucrativos onde moram idosos que dedicaram suas vidas a instituição e com o objetivo de servir a Deus. Possui uma infra-estrutura diversificada, ampla e adequada a acomodar os moradores da faixa etária pesquisada. É uma instituição que cumpre as normas de higiene e segurança, com acompanhamento, formação e fiscalização regular neste âmbito, em acordo com a Lei nº 1074, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Observou-se que a equipe de atendimento ao idoso contava com a presença de profissionais de diversas áreas, dentre eles, foi encontrado médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, musicoterapeuta, assistente social, farmacêutico. Bem distribuída tanto nos horários quanto nas atividades de cada idoso residente do lar.

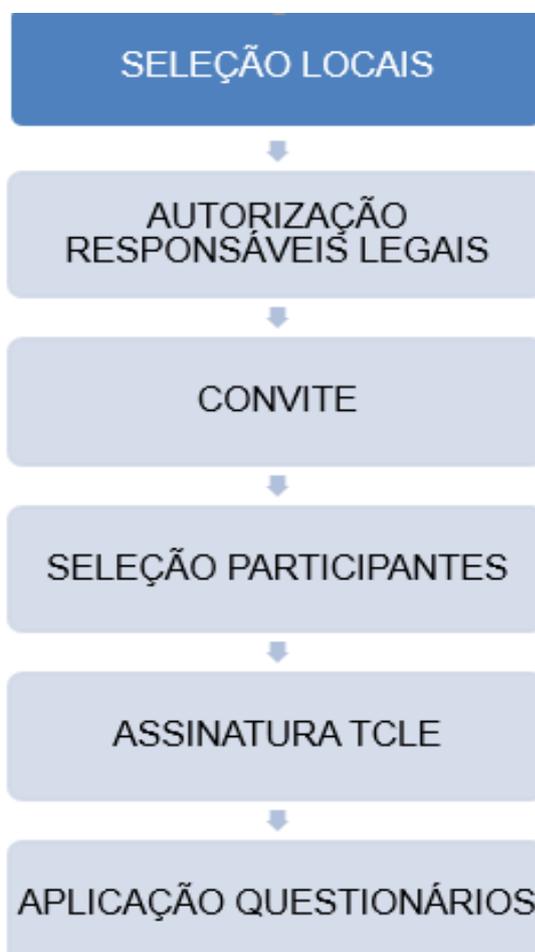
O Lar Jesus Maria José por sua vez é uma instituição de caráter social, foi concebido com o propósito de prestar suporte as pessoas mais necessitadas, se mantém com recursos provenientes das prefeituras de São José dos Pinhais, Fazenda Rio Grande e Pinhais, cidades da região metropolitana de Curitiba, que através do serviço social encaminham os idosos para a mesma. Também recebe a ajuda de doações efetuadas pela população e com trabalho voluntário da comunidade. Da mesma forma que o Lar Marista cumpre as normas de higiene e segurança, com acompanhamento, formação e fiscalização regular neste âmbito, conforme orienta a Lei nº 1074, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. No que diz respeito a equipe multiprofissional também é diversificada e qualificada.

A seleção dos participantes da pesquisa foi realizada de forma não probabilísticas. Nas instituições após a autorização dos representantes legais de cada local foi marcado uma data para apresentação do projeto de pesquisa aos

moradores, e em seguida foi fixado em local visível o convite para participação voluntária do projeto de pesquisa (APÊNDICE C).

Após o consentimento, dos participantes que aceitaram participar da pesquisa foi solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e posteriormente foi marcado com os participantes da pesquisa data e horário para realização da aplicação dos questionários. Estes foram aplicados por vez para cada participante, primeiramente no Lar Marista, em seguida no Lar Jesus Maria José dentro de um período de 8 meses, conforme o fluxograma a seguir (FIGURA 2).

FIGURA 2- FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

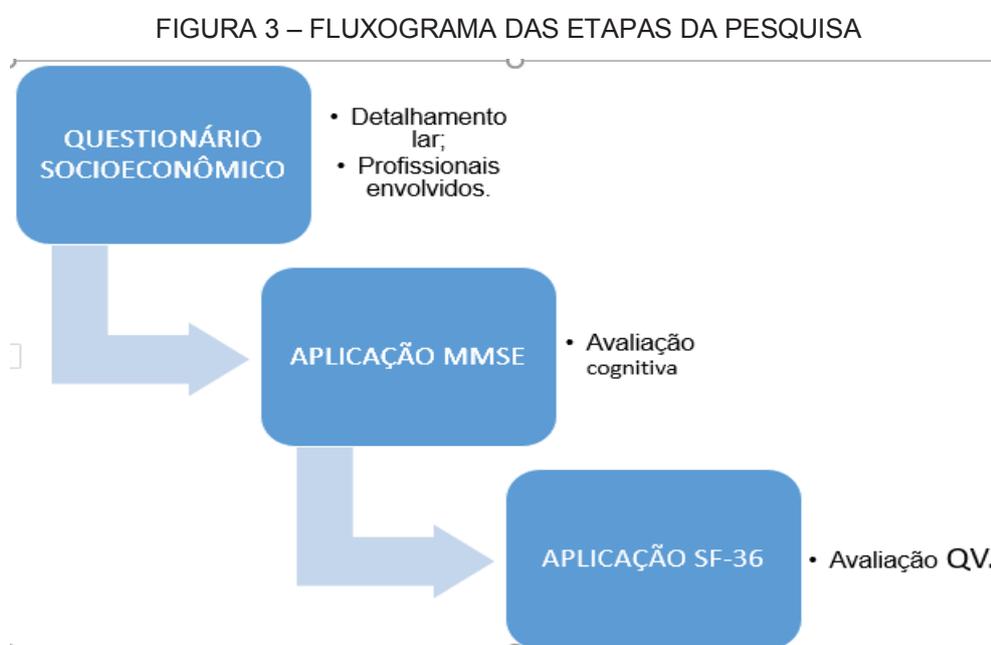


FONTE: a autora, 2018.

A pesquisa foi submetida a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFPR sob o número CAAE: 80352017.2.0000.0102 e número de aprovação 139855/2017 (APÊNDICE A). Foi realizada de acordo com as normas

regulatórias de pesquisa com seres humanos conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e TCLE (APÊNDICE B).

A coleta de dados foi realizada primeiramente mediante a aplicação de um questionário socioeconômico, juntamente com o detalhamento da estrutura física dos lares e a observação dos serviços prestados por cada lar, bem como a identificação dos profissionais envolvidos no cuidado ao idoso. Em seguida foram aplicados o instrumento Mini-Mental (MMSE), seguido do instrumento SF-36, conforme a FIGURA 3:



FONTE: a autora, 2018.

Esses instrumentos foram aplicados em forma de entrevista, que foi realizada pelo próprio pesquisador a fim de minimizar qualquer problema de interpretação por parte do sujeito da pesquisa. Esta coleta foi realizada nos diferentes ambientes em que o idoso participante da pesquisa estava inserido em períodos diferentes.

### 3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão no grupo a ser observado foram incluídos no estudo todas as pessoas que apresentaram os seguintes parâmetros:

- Consentimento e assinatura do TCLE;
- Idade acima de 60 anos;
- Uso de dois ou mais medicamentos;
- Autonomia para entender e concordar com a pesquisa, e para preencher os questionários pertinentes.

Foram impedidos de participar da pesquisa pacientes que apresentaram algumas das seguintes condições:

- Impossibilidade de responder os questionários, devido a alguma patologia própria da idade como demência senil ou doença de Alzheimer.

### 3.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA

Foram utilizados três instrumentos relacionados à avaliação da qualidade de vida dos idosos. O primeiro buscou evidenciar as características apresentadas em ambos os lares, o segundo buscou avaliar a parte cognitiva dos idosos de ambos os lares e o terceiro buscou evidenciar a qualidade de vida dos idosos em ambos os lares:

- Questionário socioeconômico no qual foram coletados dados como: idade, gênero, local de residência, tratamento vigente, medicamentos em uso, comorbidades associadas. Também foram coletados neste questionário os dados antropométricos (peso, estatura, índice massa corpórea (IMC)). Nessa etapa também foram detalhadas as condições físicas, bem como os serviços prestados por cada lar (ANEXO A);

-“ Mini Mental State Examination (MMSE)” : Método que fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo até um total máximo de 30 pontos, o qual,

por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. Tem por finalidade demonstrar o grau de comprometimento cognitivo de cada indivíduo (ANEXO B)

- “SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*)”:  
Método que tem por finalidade avaliar a qualidade de vida. Apresenta um score de 0 a 100 pontos, sendo que 0 demonstra o pior estado e 100 o melhor estado do indivíduo. Está dividido por escalas, cada uma delas com uma função distinta onde avalia-se a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (ANEXO C).

### 3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos resultados provenientes dos instrumentos Minimental e SF-36, os procedimentos foram realizados utilizando-se recursos computacionais: Interpretador de linguagem R, versão 3.4.4; Pacotes: rpart, rpart.plot. Sistema operacional: Linux Ubuntu versão 16.04 LTS.

As respostas dos questionários foram tabeladas e pontuadas de acordo com as instruções de cada autor. Análises univariadas foram aplicadas para avaliar a associação entre as características sociodemográficas e escores de Qualidade de Vida (QV) através do modelo estatístico de regressão logística e árvores de classificação. Esse procedimento foi adotado para a ferramenta Minimental e para todos os domínios da ferramenta SF-36.

Tratam-se de variáveis que explicam a qualidade de vida (mensurada objetivamente na forma de escores do SF-36 e do MiniMental). Para isso, foram determinados em cada caso qual o conjunto de variáveis que melhor explicaram os resultados nos testes.

Para a avaliação dos resultados da ferramenta Minimental a variável importante foi escolaridade e o modelo utilizado foi regressão logística.

Para avaliação dos resultados da ferramenta SF-36, cada domínio utilizou uma variável diferente.

No domínio saúde mental a variável escolhida foi uso de vitaminas e o modelo adotado foi regressão logística.

No domínio limitação por aspectos emocionais foram três variáveis escolhidas sendo elas: idade, gênero e uso de antipsicóticos e o modelo adotado foi árvore de classificação.

No domínio limitação por aspectos sociais a variável escolhida foi uso de antipênicos e o modelo adotado foi regressão logística.

No domínio vitalidade o modelo escolhido foi regressão logística e nesse domínio não foi encontrado variável capaz de explicar a variação do “score”.

Da mesma forma ocorreu com o domínio estado geral da saúde onde o modelo proposto foi regressão logística e também não apresentou variável capaz de explicar a variação do “score” encontrado.

No domínio dor foram três variáveis escolhidas: idade, número de medicamentos em uso por idoso e uso de medicamentos anticonvulsivantes. O modelo adotado foi árvore de classificação.

No domínio limitação por aspectos físicos o modelo escolhido foi árvore de classificação e as variáveis escolhidas foram: uso de medicamentos antipsicóticos, uso de medicamentos antidepressivos, uso de laxantes e o número de medicamentos utilizados por idoso.

No domínio capacidade funcional o modelo escolhido foi regressão logística e as variáveis utilizadas foram idade e uso de vitaminas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 ANÁLISE DO PERFIL SÓCIO ECONÔMICO

De acordo com Vaz Freixo (2009) a população ou universo é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum. Assim, a população é o termo que designa todos os indivíduos que pertencem a um dado grupo. No presente estudo foram entrevistados no total 79 idosos, sendo 11 moradores do Lar Marista (11 homens e 0 mulheres) e 68 moradores do Lar Jesus Maria José (36 homens e 32 mulheres) em que as idades variaram entre 73 e 97 anos, 60 a 89 anos, sendo a idade média 87 e 74 anos respectivamente. Em 2012 a população com mais de 60 anos era de 11,5% da população global e a prospecção para 2050 será de 22% demonstrando o crescimento desta parte da população e reiterando a necessidade de chegar nesta faixa etária com saúde e qualidade de vida, atualmente a prospecção para o ano de 2050 passou a ser 30% (IBGE, 2018).

Vaz Freixo (2009) afirma que a amostra é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população) e é um subconjunto do universo. A caracterização da amostra foi realizada com os dados do inquérito por questionário (ANEXOS A, B e C).

A pesquisa buscou, por meio do instrumento socioeconômico, identificar características dos moradores. Dentre elas pode-se observar que no Lar Marista todos os moradores são do sexo masculino, o que era de se esperar, uma vez que se trata de uma casa de apoio dos Irmãos Marista. Quanto ao Lar Jesus Maria José é possível observar que 47,06% são do sexo feminino e 52,94% são do sexo masculino, essa casa tem como característica a possibilidade de abrigar tanto homens quanto mulheres, conforme é apresentado na TABELA 1.

TABELA 1 – COMPARAÇÃO DOS LARES EM RELAÇÃO AO GÊNERO

<b>Sexo</b>	<b>F. Relativa (%) Lar Marista</b>	<b>F. Relativa (%) Lar Jesus Maria José</b>
Feminino	0 (%)	47,06 (%)
Masculino	100 (%)	52,94 (%)

FONTE: a autora (2018).

Al Salmi (2009), afirma que é de extrema importância conhecer o perfil dos pacientes e sua história clínica para que possamos compreender quais as reais necessidades de cada indivíduo, identificar, resolver e prevenir problemas, bem como adotar medidas e implementar estratégias para viabilizar o cuidado multiprofissional.

Com relação ao gênero dos inqueridos, podemos observar que o Lar Jesus Maria José apresentou uma média uniforme tanto para o gênero feminino quanto masculino, diferenciando-se do Lar Marista que apresentou indivíduos de apenas um gênero, o masculino. Tal fato pode ser explicado em virtude da procedência de cada indivíduo separadamente e do tipo de centro familiar em que estavam inseridos. O Lar Jesus Maria José acolhe pessoas que estão em risco social, ora no convívio familiar, ora estando nas ruas, independente do gênero. Por outro lado, o Lar Marista é uma entidade que acolhe especificamente os indivíduos homens, ditos “irmãos” que serviram a Deus e a formação de crianças, jovens e adultos durante a vida e que ao envelhecer, por conta da necessidade de cuidados em saúde precisam de um local de reclusão.

Considerando-se a idade da população, em relação ao Lar Marista verifica-se que os inquiridos variam entre 73 aos 97 anos, sendo a idade média 86,5 anos e o desvio-padrão 7,53 anos. Ao observar a idade da população residente no Lar Jesus Maria José verifica-se que os inquiridos variam dos 60 aos 89 anos, sendo a idade média 71 anos e o desvio-padrão 7,76 anos, conforme observa-se na TABELA 2.

De acordo com o IBGE, atualmente a idade média da população idosa no Brasil é aproximadamente 72 anos para os homens e 79 anos para as mulheres (IBGE, 2018), o que demonstra que os inqueridos do Lar Jesus Maria José estão em consonância com o que ocorre atualmente no País, diferentemente do resultado encontrado no Lar Marista, onde a idade média foi superior.

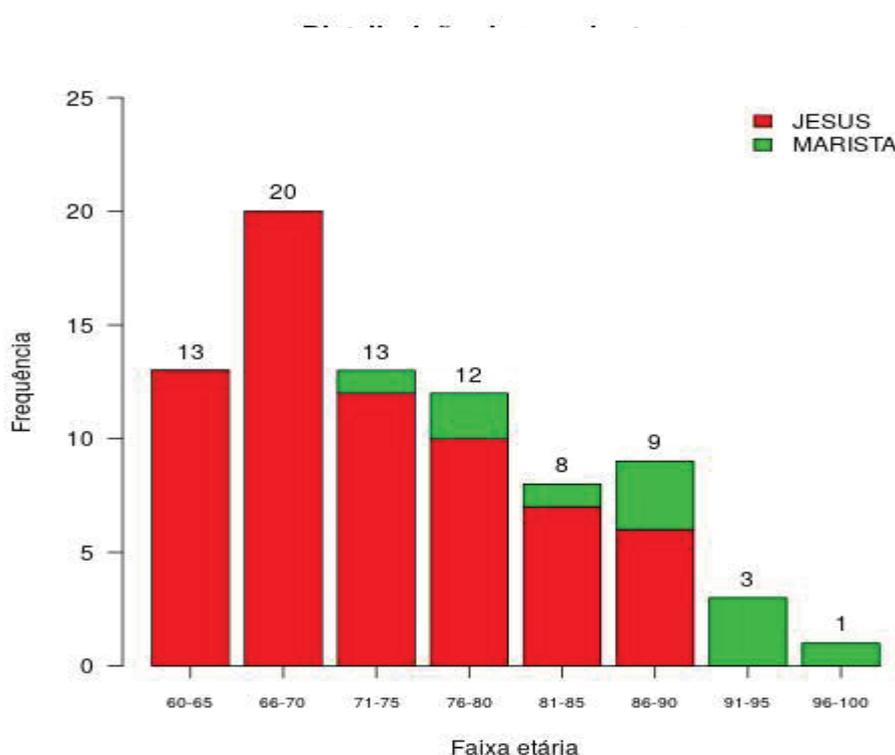
Comparando a idade da população em estudo, verifica-se que a idade mínima no Lar Marista apresenta 13 anos a mais do que no Lar Jesus Maria José, da mesma forma ocorre com a idade máxima onde observamos uma diferença de 8 anos, a diferença persiste na idade média que conforme observado é de aproximadamente 14 anos, conforme a TABELA 2 e FIGURA 4.

TABELA 2 – COMPARAÇÃO DA IDADE DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ

Instituição	Total de participantes	Idade mínima	Idade máxima	Idade média	Desvio padrão
Lar Marista	11	73	97	86,5	7,528
Lar Jesus Maria José	68	60	89	72,4	7,762

FONTE: a autora (2018).

FIGURA 4 – COMPARAÇÃO DA IDADE DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ



FONTE: A autora (2018).

Quando se compara o estado civil, no Lar Marista todos os inqueridos são solteiros. No Lar Jesus Maria José, 17 dos inqueridos são casados, 21 são solteiros, 18 são separados, 9 são viúvos e 3 relataram ser outros conforme apresentado na FIGURA 5.

Comparando o estado civil da população, explica-se que todos os inqueridos do Lar Marista são solteiros em virtude da escolha que eles fizeram na juventude quando se propuseram a somente servir a Deus, eles fizeram voto de castidade, optaram por permanecer solteiros, diferenciando-se do Lar Jesus Maria José, onde

pode-se observar conforme TALELA 3 e FIGURA 5 uma amplitude de estados civis, essa diversidade ocorreu segundo palavras dos próprios inqueridos porque “Deus quis assim”, ou ainda “não escolhi, aconteceu assim”, não foi uma opção de cada indivíduo e sim decorrência do próprio viver.

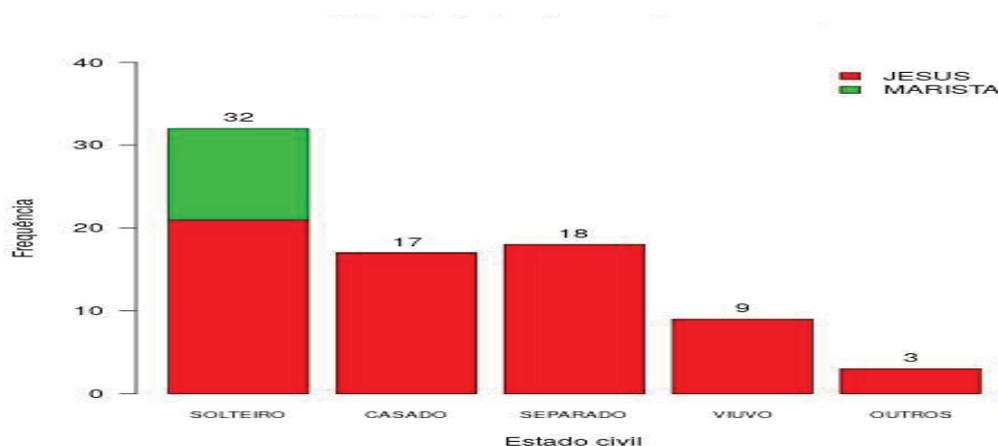
TABELA 3 – COMPARAÇÃO DO ESTADO CIVIL DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ

Estado civil	F. Relativa Marista (%)	Frequência Relativa Jesus Maria José (%)
Casado	0	25
Solteiro	100	30,9
Separado	0	26,47
Viúvo	0	13,23
Outros	0	4,41

FONTE: A autora (2018).

Pode-se justificar que a falta de infraestrutura familiar pode levar o indivíduo na idade avançada a ser internado em casas de apoio, ao passo que na visão Marista por esse indivíduo não possuir familiar e dedicar-se a família cristã existe um planejamento para a acolhida destes como em toda congregação cristã.

FIGURA 5 – COMPARAÇÃO DO ESTADO CIVIL DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ



FONTE: A autora (2018).

Referente aos aspectos relacionados a escolaridade observa-se que no Lar Marista todos os inqueridos possuem curso superior completo. No Lar Jesus Maria José observa-se que 1 indivíduo do total de 68 inquiridos possui o ensino superior completo, 1 indivíduo possui o ensino superior incompleto, 3 indivíduos possuem o ensino médio completo, 1 indivíduo possui o ginásio completo, 4 indivíduos possuem o ginásio incompleto ( atualmente é o ensino que conhecemos como quinto ao nono ano do ensino fundamental), 14 indivíduos possuem o ensino fundamental completo, 20 indivíduos possuem o ensino fundamental incompleto e 24 indivíduos relataram não ter frequentado a escola em nenhum momento da vida conforme demonstrado na TABELA 4 a seguir. Moser (2005) afirma que quanto maior o nível de escolaridade, maior será o esclarecimento sobre qualidade de vida, conseqüentemente a exigência na hora de avaliar o seu próprio estado de saúde será feito com maior cuidado.

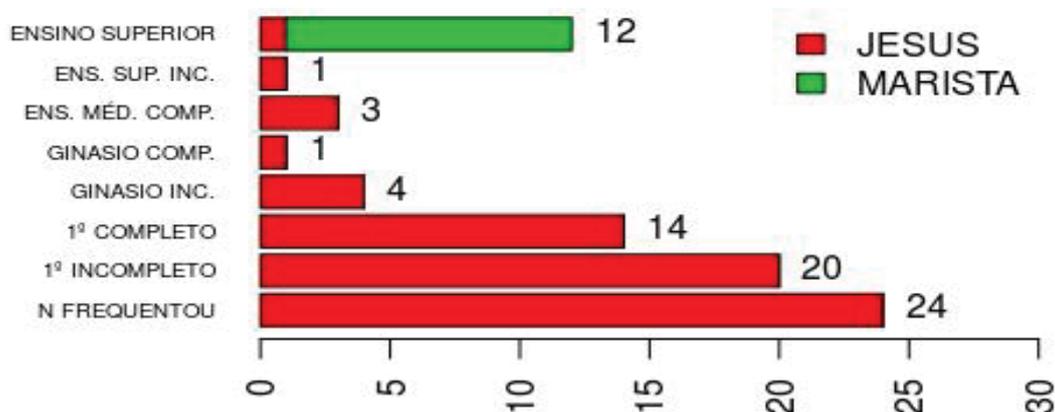
TABELA 4 – COMPARAÇÃO GRAU DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência Relativa Lar Marista (%)</b>	<b>Frequência Relativa Lar Jesus Maria José (%)</b>
Superior Completo	100	1,74
Superior Incompleto	0	1,74
Ensino Médio Completo	0	4,4
Ensino Médio Incompleto	0	0
Ginásio Completo (5º ao 9º ano)	0	1,74
Ginásio Incompleto (5º ao 9º ano)	0	5,88
Ensino Fundamental Completo (1º ao 4º ano)	0	20,59
Ensino fundamental incompleto (1º ao 4º ano)	0	29,41
Não frequentou	0	35,29

FONTE: A autora (2018).

Quando comparamos o grau de escolaridade dos lares em questão observamos diferença significativa em relação ao nível de escolaridade conforme demonstrado na TABELA 4, FIGURA 6. ILPIs destinadas a pessoas carentes em sua grande maioria apresentam menor nível de escolaridade. Questão importante no processo de compreensão do processo de saúde e doença.

FIGURA 6 – COMPARAÇÃO NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ.



FONTE: A autora (2018).

Enquanto no Lar Marista todos os inqueridos possuem nível superior (até porque todos foram docentes durante a vida profissional), no Lar Jesus Maria José apenas um indivíduo conseguiu completar este nível. Apenas três indivíduos conseguiram completar o nível médio de ensino, apenas um indivíduo completou o ginásio completo, hoje denominado ensino fundamental, quatro indivíduos tiveram a oportunidade de começar o ginásio, porém não conseguiram concluir.

Como demonstrado na FIGURA 6, grande parte dos moradores do Lar Jesus Maria José começaram os estudos porém não conseguiram terminar o nível primário do ensino fundamental, ou quando terminaram não conseguiram dar continuidade. Muitos deles relataram ter que parar de estudar para trabalhar e ajudar nas despesas das famílias. Mas o que chama mais atenção é o número de indivíduos que nem ao menos começou a estudar, vinte e quatro indivíduos moradores do Lar Jesus Maria José relataram nunca ter frequentado uma escola. O nível de escolaridade da maioria dos idosos residentes no Lar Jesus Maria José está abaixo do quinto ano do ensino fundamental, o que se refere à perspectiva de carência social e dificuldades relativas a qualidade de vida.

Dados do IBGE apontaram no último censo realizado em 2010 que o nível de escolaridade aumentou em relação ao censo realizado em 2000, o percentual de

peças sem instrução ou com o fundamental incompleto caiu de 65,1% para 50,2%; já o de pessoas com pelo menos o curso superior completo aumentou de 4,4% para 7,9%. De 2000 para 2010, o percentual de jovens que não frequentavam escola na faixa de 7 a 14 anos de idade caiu de 5,5% para 3,1% (IBGE, 2010).

Em relação à religião, o Lar Marista apresentou a religião católica com unanimidade, fato facilmente explicado em razão do Lar ser uma entidade vinculada à Igreja Católica, pertencente a Pontifícia Universidade Católica. O Lar Jesus Maria José apresentou grande diversidade neste item, conforme demonstrado na TABELA 5.

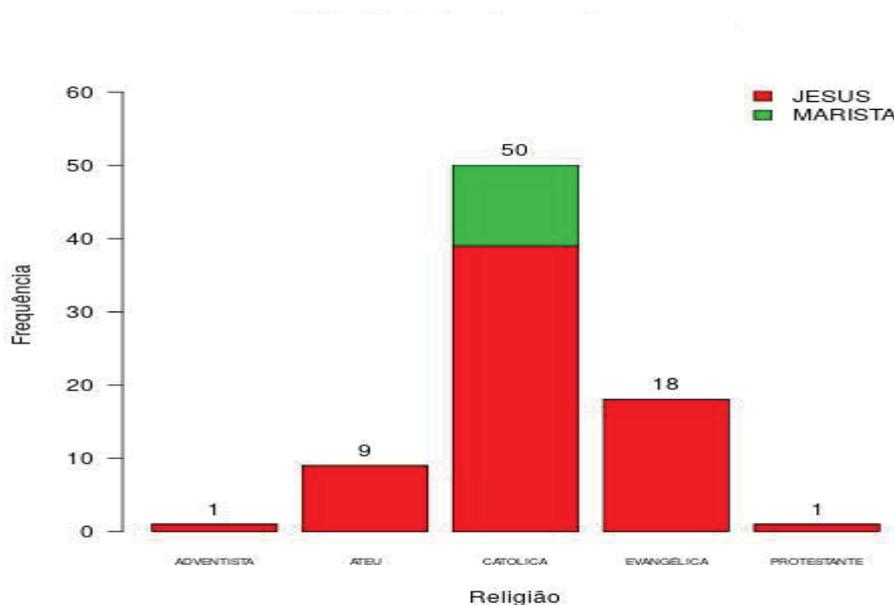
TABELA 5 – COMPARAÇÃO NO QUESITO RELIGIÃO ENTRE OS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ

<b>Religião</b>	<b>Frequência Relativa Lar Marista (%)</b>	<b>Frequência Relativa Lar Jesus Maria José (%)</b>
Católica	100(%)	57,35(%)
Evangélica	0(%)	26,47(%)
Ateu	0(%)	13,24(%)
Protestante	0(%)	1,47(%)
Adventista	0(%)	1,47(%)

FONTE: A autora, (2018).

Embora a religião católica seja predominante conforme observado neste item em ambos os lares, pôde-se observar que o Lar Jesus Maria José apresenta a ocorrência de outras religiões conforme a TABELA 5 e FIGURA 7.

FIGURA 7 – COMPARAÇÃO RELIGIÃO DOS PACIENTES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ



FONTE: A autora (2018).

Em virtude do número de participantes do estudo ser bem maior ao número de participantes do estudo moradores do Lar Marista e também decorrente da trajetória ao longo da vida de cada indivíduo, alguns acreditam que ao ter uma religião ou crença “podem enfrentar os percalços da vida com mais facilidade”. Em relação aos indivíduos que relataram serem ateus atribuíram essa situação a “crueldade vivenciadas pelos mesmos ao longo de suas vidas”.

## 4.2 ANÁLISE DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPEUTICO

### 4.2.1 Análise do Item Medicamentos Utilizados por Idosos

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revelam que cerca de 60 milhões de brasileiros tem pelo menos uma DCNT e a maioria delas faz uso de medicamentos para conseguir manter a doença controlada (RAMOS et al., 2016; LUCCHETTI et al., 2010). O aumento da prevalência de idosos é uma tendência

mundial, inclusive nos países em desenvolvimento como o Brasil. Assim sendo essa população é particularmente vulnerável a incidência de doenças crônicas, ela está mais predisposta a polimedicação, problemas no processo de uso de medicamentos e a eventos adversos a medicamentos (CHAIMOWICZ,1997).

Portanto outro item proposto aos inqueridos foi o item medicamentos encontrados na farmacoterapia dos idosos pesquisados

Quando observamos a TABELA 6, que apresenta a comparação do item total de medicamentos utilizados por idoso, podemos verificar que no Lar Marista a média de medicamentos utilizados diariamente é 17 e no Lar Jesus Maria José a média de medicamentos utilizados diariamente é 6, demonstrando uma diferença média significativa de 10 medicamentos utilizados diariamente. Apesar do número de participantes da pesquisa ter se demonstrado ser diferente em relação ao total de cada Lar, mesmo assim pode-se perceber diferença significativa de medicamentos utilizados por pessoa, de acordo com o resultado observado de desvio padrão. Fato que pode ser explicado quando se observa a média de idade, bem como o relato de doenças crônicas em tratamento, onde no Lar Marista se mostrou ser superior em relação aos relatos dos inqueridos no Lar Jesus Maria José.

TABELA 6 – COMPARAÇÃO TOTAL DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS IDOSOS DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ

	<b>Total Idosos</b>	<b>Quant. Mínima de Medicamentos</b>	<b>Quant. Máxima de Medicamentos</b>	<b>Quant. Média De Medicamentos</b>	<b>Desvio</b>
Lar Marista	11	7	26	16,917	5,779
Lar Jesus Maria José	68	2	13	6,029	2,682

FONTE: A autora (2018).

Em relação a prevalência das classes terapêuticas identificadas no estudo o TABELA 7 demonstra todas as classes relatadas pelos inqueridos da pesquisa, demonstrando a diversidade de medicamentos utilizadas pelos idosos. Observou-se a ocorrência da classe terapêutica denominada como antibiótico, ressaltando que a mesma estava sendo utilizada no momento da pesquisa, sendo, portanto, um tratamento pontual, diferenciando-se da classe de antihistamínicos e aines, que

normalmente são utilizadas pontualmente, porém no estudo foram relatadas como classes utilizadas continuamente.

TABELA 7- COMPARAÇÃO DA PREVALÊNCIA DAS CLASSES TERAPÊUTICAS IDENTIFICADAS NO ESTUDO DOS MORADORES DO LAR MARISTA E DO LAR JESUS MARIA JOSÉ

Classe medicamentosa	Lar Marista	Lar Marista	Lar Jeus Maria	Lar Jesus Maria
	(frequência absoluta)	(frequência relativa %)	José (frequência absoluta)	José (frequência relativa %)
Analgésicos	5	45,45	10	14,70
Aines	9	81,81	7	10,29
Antihipertensivo	9	81,81	40	58,82
Antiarrítmico	3	27,27	1	1,47
Antidiabético	4	36,36	9	13,23
Antiulceroso	6	54,54	29	42,64
Antilipêmico	7	63,63	28	41,17
Antidepressivo	9	81,81	29	42,64
Antiagregante	7	63,63	36	52,94
Neuroléptico	2	18,18	15	22,05
Antipsicótico	0	0	21	30,88
Anticonvulsivante	0	0	9	13,23
Benzodiazepínico	1	9,09	10	14,70
Antihistamínico	0	0	7	10,29
Antiparkinsoniano	3	27,27	0	0
Cardiotônico	1	9,09	4	5,88
Betabloqueador	0	0	10	14,70
Anticolinesterásicos (lache)	2	18,18	6	8,82
Antitiroídiano	4	36,36	4	5,88
Antiandrógeno	1	9,09	4	5,88
Vasodilatador	2	18,18	5	7,35
Vasoprotetor	4	36,36	2	2,94
Anticoagulante	4	36,36	0	0

				Continuação
Lubrif. Ocular	5	45,45	0	0
Antibiótico	3	27,27	0	0
Corticóides	2	18,18	0	0
Antiasmático	2	18,18	0	0
Antineoplásico	2	18,18	0	0
Anticolinérgico	0	0	8	11,76
Vitaminas	11	100	14	20,58
Antiácido	6	54,54	1	1,47
Antiflatulento	2	18,18	0	0
Antiemético	2	18,18	2	2,94
Laxante	6	54,54	4	5,88
Outros*	10	90,90	16	23,52

FONTE: A autora (2018). \* uma única pessoa utiliza um único medicamento diferente das principais classes em cada lar.

Em relação ao item prevalência por classes terapêuticas o Lar Marista apresentou a classe das vitaminas com 100% de prevalência, seguidas por antidepressivos, antilipêmicos, antiagregante plaquetário e laxantes conforme demonstrado na TABELA 8, GRÁFICO 1.

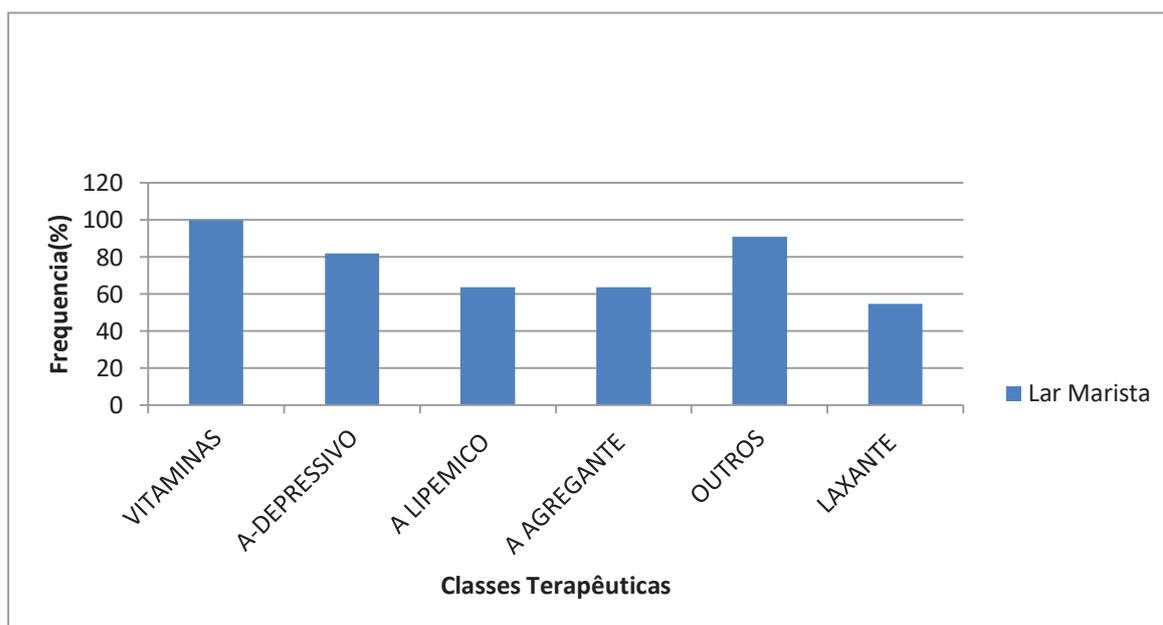
TABELA 8– PREVALÊNCIA POR CLASSES TERAPÊUTICAS LAR MARISTA

Classe Terapêutica	Frequência	Frequência Relativa
	Absoluta	(%)
Vitaminas	11	100
Antidepressivo	9	81,81
Antilipêmico	7	63,63
Antiagregante	7	63,63
Outros	10	90,90
Laxante	6	54,54

FONTE: A autora (2018). \* uma única pessoa utiliza um único medicamento diferente das principais classes em cada lar.

Em relação ao item outros, que apareceu em segundo lugar de prevalência, ele não está dentre as classes mais prevalentes porque nessa classe estão os medicamentos ou a classe onde apenas um inquerido utiliza e cada um deles é diferente, logo, dentre o total de pessoas questionadas significa que 10 pessoas utilizam um medicamento único não referido por outra pessoa.

GRÁFICO 1 – PREVALÊNCIA POR CLASSE TERAPÊUTICA LAR MARISTA



FONTE: A autora (2018). \* uma única pessoa utiliza um único medicamento diferente das principais classes em cada lar.

Em relação ao item prevalência por classes terapêuticas o Lar Jesus Maria José apresentou a classe dos medicamentos anti-hipertensivos com 58,82% de prevalência, seguidas por 52,94% antiagregante plaquetário e 42,64% antiulcerosos e antidepressivos, seguidos 41,17% antilipemicos e 30,88% antipissicóticos conforme demonstrado na TABELA 9, GRÁFICO 2.

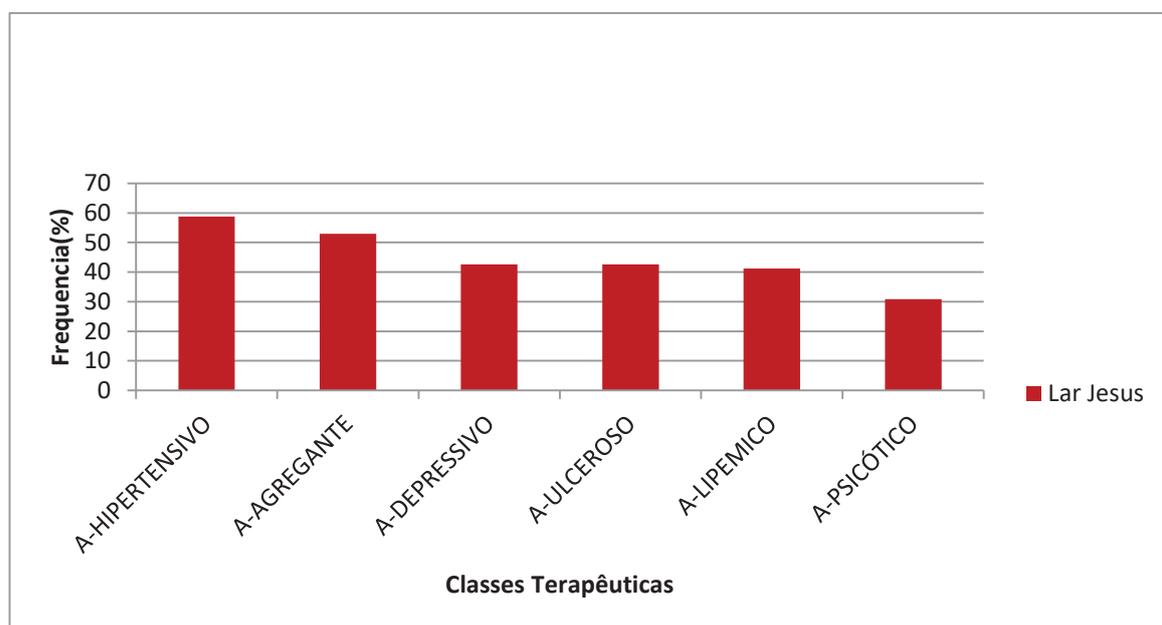
TABELA 9–PREVALÊNCIA POR CLASSES TERAPÊUTICAS LAR JESUS MARIA JOSÉ

Classe Terapêutica	Frequência	Frequência Relativa
	Absoluta	(%)
Antihipertensivo	40	58,82
Antiagregante	36	52,94
Antidepressivo	29	42,64
Antiulceroso	29	42,64
Antilipêmico	28	41,17
Antipsicótico	21	30,88

FONTE: a autora (2018).

Observa-se uma alta prevalência de utilização de medicamentos destinados ao sistema cardiovascular, o que é condizente, com a realidade brasileira e mundial, onde as doenças cardiovasculares apresentam-se entre as principais causas de morbimortalidade da população (MORAES et al., 2003; SIMÃO et al., 2014).

GRÁFICO 2– PREVALÊNCIA POR CLASSE TERAPÊUTICA LAR JESUS MARIA JOSÉ



FONTE: A autora (2018).

Para identificação das reações adversas cada indivíduo foi inquerido primeiro de forma aberta se algum dos medicamentos em uso ocasionam ou ocasionaram no ultimo mês algum incômodo e depois perguntado, separadamente, sobre uma lista dos sintomas mais comuns que podem ser causados por medicamentos (ANEXO A).

Para avaliação dos problemas relacionados à farmacoterapia, um passo importante é o conhecimento dos processos da farmacoterapia: P1- Processo de Seleção da Farmacoterapia; P2- Processo de Administração; P3- Processo Biofarmacêutico; P4- Processo Farmacocinético; P5- Processo Farmacodinâmico e P6- Processo de Resultados Terapêuticos. Cada vez que um processo está completo o próximo processo tem início seguindo uma sequência lógica e interdependente. Assim, falhas ocorridas em um dos processos prejudicam todos os subsequentes, podendo comprometer toda a farmacoterapia (CORRER e OTUKI, 2013).

Conhecer o perfil dos pacientes atendidos, sua história clínica e farmacoterapêutica é de extrema importância para compreender o itinerário percorrido para atendimento das suas necessidades de saúde, identificar os atores envolvidos na gestão de sua farmacoterapia, identificar, resolver e prevenir problemas relacionados a sua farmacoterapia e implementar estratégias para viabilizar a prática do cuidado multiprofissional (AL SALMI, 2009).

Em relação as reações adversas os resultados obtidos foram contra o esperado. Estudos prévios indicam a taxa de não adesão ou baixa adesão a medicamentos crônicos, como os destinados ao tratamento de doenças cardiovasculares é superior a 50% (ALBERT, 2008). Imagina-se que esse resultado é proveniente do atendimento prestado pela equipe multidisciplinar presente em cada lar.

#### 4.2.2 Análise do Item Profissionais Envolvidos no Cuidado ao Idoso.

No item profissional presente no cuidado ao idoso observou-se no estudo quais profissionais estão prestando serviços aos inqueridos bem como qual é a frequência dos serviços prestados em cada lar, conforme demonstrado no QUADRO 4. No Lar Marista o profissional médico geriatra presta serviço 8 horas por semana. No Lar Jesus Maria José esse profissional presta serviço 2 horas por semana, outro item importante observado é em relação ao atendimento especializado, no Lar Marista o indivíduo pode marcar consulta especializada para a mesma semana ou sempre que houver necessidade, no Lar Jesus Maria José as consultas

especializadas dependem da demanda do Sistema Único de Saúde (SUS), o que pode demorar meses segundo relatado pelos inqueridos.

Devido a diversidade de patologias presentes no indivíduo idoso o que se espera da Agência Nacional de Saúde (ANS) é que este tenha aporte de diversas especialidades de médicos. De acordo com o Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar elaborado ANS as demandas na área de saúde dos idosos requerem uma análise especial, já que seus padrões de morbi-mortalidade diferem dos observados para a população jovem e se caracterizam primordialmente por enfermidades crônicas, cujos custos diretos e indiretos são mais elevados. Muitos idosos apresentam múltiplas patologias e frequentam inúmeros especialistas, tornando a questão da iatrogenia um problema de saúde para o próprio indivíduo e para o sistema, com consequências indesejáveis para ambos (BRASIL, 2012).

QUADRO 4 – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO NOS LARES MARISTA E JESUS MARIA JOSÉ

PROFISSIONAL	LAR MARISTA	LAR JESUS MARIA JOSÉ
Médico (geriatra)	Presente ( 8 horas/semana)	Presente (2 horas/semana)
Farmacêutico	Presente (44/horas semanais)	<b>AUSENTE</b>
Fisioterapeuta	Presente	Presente
Nutricionista	Presente	Presente
Enfermeiros	Presente*	Presente**
Educador físico	Presente	Presente
Musico terapeuta	Ausente	Presente (1x semana, 4 horas por dia)
Cuidadores	Presente***	Presente****
Psicólogo	Ausente	Presente

FONTE: A autora (2018). \* enfermeiros graduados; \*\* enfermeiros técnicos; \*\*\* Um cuidador por idoso; \*\*\*\* Um cuidador para o grupo de idosos.

É importante para os profissionais de saúde que lidam com pacientes idosos conhecerem e distinguirem o conjunto de alterações fisiológicas do envelhecimento, denominado “senescência”, daquelas do envelhecimento patológico ou senilidade. Com isso, o conceito de capacidade funcional do idoso se torna primordial para o reconhecimento do processo do envelhecimento, e pode ser definido como a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida,

necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia (VERAS, 2011).

A avaliação do idoso deve contemplar todas as dimensões envolvidas no processo saúde-doença de forma multidimensional, e deve ter por objetivo a definição do diagnóstico funcional global e etiológico (disfunções/doenças) e a elaboração do “plano terapêutico” (MORAES, 2012).

De acordo com Lourenço et al. (2005), é necessário formular novas concepções de assistência à saúde da população idosa, que consigam englobar as diferenças nas condições de saúde desse contingente populacional que respeitem suas especificidades e peculiaridades. De acordo com os mesmos autores, a atenção aos idosos requer significativas alterações nos clássicos modelos, de forma a priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os já doentes (LOURENÇO et al, 2005).

De acordo com o IBGE, entre os anos de 2012 a 2017 a população idosa creceu 18,8%. A tendência é a população idosa continuar aumentando, pode-se pensar, dessa forma, em um conjunto de ações assistenciais estruturadas para atender determinado problema de saúde do indivíduo, com base numa avaliação de risco, a fim de minimizar os possíveis problemas de saúde que podem surgir no decorrer do processo de envelhecimento. Esse risco é composto por aspectos clínicos, sociais, econômicos e ambientais, entre outros. Quando uma pessoa busca a resolução para determinado problema de saúde, seu atendimento passa, em primeiro lugar, por uma avaliação do risco de adoecer ou por uma anamnese. Após esse primeiro contato, é traçado um conjunto de atos assistenciais que deverá ser seguido com o objetivo de resolver o problema de saúde – a esse conjunto de atos assistenciais denominamos “plano terapêutico”, que pode ser definido por médicos ou equipes multiprofissionais (BRASIL, 2012; IBGE, 2018).

Conforme o Estatuto do Idoso (Lei N° 10.741, de 1° de outubro de 2003, artigo 9°, parágrafo 2°) é importante hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das unidades básicas e da implantação da unidade de referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

O Capítulo 50 do Estatuto do Idoso constitui as obrigações das entidades de atendimento ao idoso onde consta dentre outras obrigações oferecer atendimento personalizado, proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade de cada

idoso, porém ele não deixa claro quais profissionais devem estar inseridos no cuidado ao idoso. O que pode explicar a grande diversidade de profissionais observados no estudo nos dois lares e a ausência do profissional farmacêutico no Lar Jesus Maria José (BRASIL, 2003; BRASIL, 2012).

#### 4.3 ANÁLISE DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL MEEM

De acordo com Campolina e Ciconelli (2006) para que ocorra a avaliação da qualidade de vida, a ferramenta utilizada, de caráter subjetivo e multidimensional, não deve ser limitada a mensuração da presença/ausência e/ou gravidade de determinada doença. Por esse motivo não existe um instrumento capaz de avaliar todas as situações, sendo necessário para a escolha correta estar associado ao objetivo do estudo e também a disponibilidade no idioma bem como o contexto cultural no qual o objeto de estudo está inserido afirmam. Corroborando Campolina e Ciconeli (2006) o presente estudo utilizou dois instrumentos distintos, o SF-36 e o Mini-Mental, que apresentam estrutura, extensões e origens diferentes e demonstraram correlações estatisticamente significantes.

O MiniMental tem sido amplamente utilizado no Brasil e no mundo tanto isolado quanto conjuntamente a outros testes neurolépticos com o objetivo de detectar declínio cognitivo, quadros demenciais e monitoramento da resposta do tratamento (LOURENÇO E VERAS, 2006). Dentre as questões abordadas no teste estão orientação temporal, orientação espacial, atenção e cálculo, memória de evocação, nomear objetos, repetir palavras, obedecer a comandos, escrever uma frase, copiar um diagrama, ler e obedecer ao objeto da leitura. O escore varia de 0 a 30 pontos onde 0 indica o maior grau de comprometimento cognitivo e 30 o menor grau de comprometimento cognitivo. Quando elaborado em 1975 por Folstein et al. o ponto de corte utilizado foi 23/24 pontos para evidenciar problemas cognitivos.

Bertolucci et al. (1994) traduziram e propuseram uma adaptação do instrumento para se ajustar as especificidades culturais do Brasil. Dentre as adaptações estão a consideração do nível de escolaridade da população a ser

estudada e adotaram, portanto, 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa ou média escolaridade e 26 pontos para alto nível de escolaridade.

Caramelli e Nitrini (2000) adotou 18 pontos para analfabetos, 21 pontos para as pessoas que possui de um a três anos de escolaridade, 24 pontos para pessoas que possui quatro a sete anos de escolaridade e 26 pontos para pessoas que possui mais de sete anos de escolaridade. No presente trabalho os pontos de corte utilizados estão apresentados na TABELA 10.

TABELA 10 – COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DO INSTRUMENTO MINI MENTAL

<b>Mini Mental</b>	<b>Frequência Relativa Lar Marista (%)</b>	<b>Frequência Relativa Lar Jesus Maria José (%)</b>
0-1	0 (0)	2(2,94)
2-13	2 (18,8)	25 (36,76)
14-20	1 (9,09)	31 (45,58)
21-30	8 (72,72)	10 (14,70)

FONTE: A autora, (2018).

O Modelo ajustado para a interpretação dos resultados obtidos para a avaliação do Minieental foi o método de regressão logística, onde utilizou-se como critério de ajuste: Akaike Information Coefficient (AIC) Coefficients: Estimate Std. Error z value Pr (>|z|) (Intercept) conforme evidenciado na TABELA 11. O modelo foi ajustado com todos os indivíduos participantes do estudo, tanto moradores do Lar Marista quanto moradores do Lar Jesus Maria José. O modelo explica a variação do resultado do teste Mini Mental em função do grau de escolaridade.

TABELA 11 – MODELO AJUSTADO REGRESSÃO LOGÍSTICA DO INSTRUMENTO MINI MENTAL

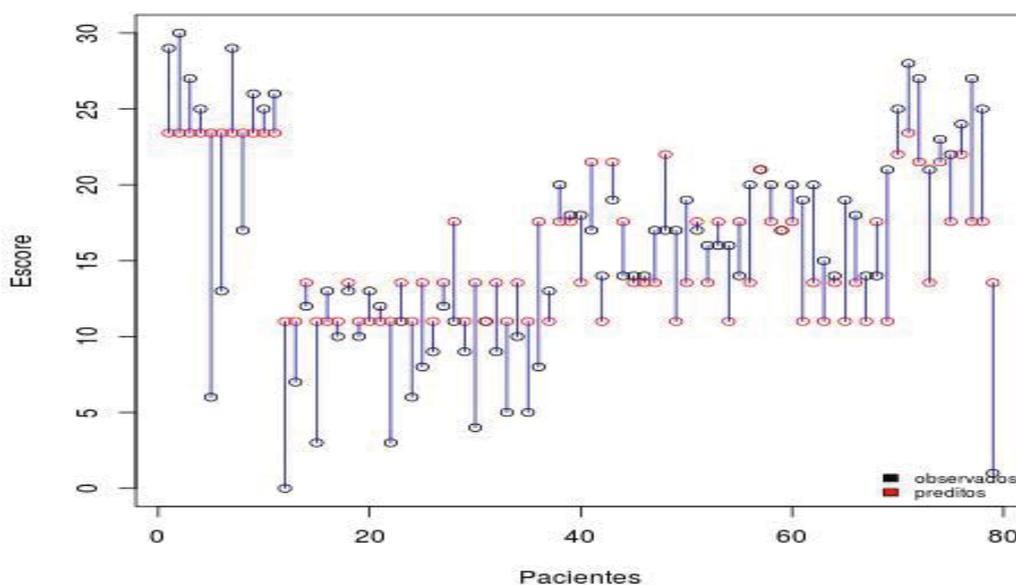
<b>Escolaridade</b>	<b>Coefficiente AIC</b>	<b>Valor estimado</b>	<b>Valor (Z)</b>	<b>Valor (P)</b>
Superior Completo	0.92263	0.88367	1.044	0.296
Superior Incompleto	0.50102	2.24862	0.223	0.824
Ensino Médio Completo	0.66532	1.41383	0.471	0.638
Ensino Médio Incompleto	*	*	*	*
Ginásio Completo (5° ao 9°)	-0.07801	2.08968	-0.037	0.970
Ginásio Incompleto (5° ao 9°)	0.58171	1.23513	0.471	0.638
Ensino Fundamental Completo (1° ao 4°)	0	0	0	0
Ensino Fundamental Incompleto (1° ao 4°)	-0.54022	0.70445	-0.767	0.443
Não Frequentou	-0.89282	0.68832	-1.297	0.195

FONTE: A autora, (2018). \* Não houve informação a ser modelada.

Ao analisar o GRÁFICO 3 pode-se observar que não houve valores significativos, portanto, não demonstrou uma correlação muito clara entre nível de escolaridade e a pontuação esperada no teste Minimental; isso se verifica no fato de que a média para os indivíduos que possuem ensino médio completo é superior à média dos indivíduos que possuem ensino superior incompleto. Acredita-se que pode ser ocasionado pela pouca representatividade que algumas categorias possuem. Pois apenas um individuo possui o ensino superior incompleto e também apenas um individuo possui o ginásio completo (ensino fundamental). No entanto, percebe-se que há uma associação positiva entre o grau de escolaridade e o resultado do teste Minimental corroborando com estudos realizados por Brucki, et al (2003) onde se observou que a escolaridade foi o fator de maior importância na determinação dos escores finais.

Melo e Barbosa (2015) realizou uma revisão sistemática do instrumento Minimental com indivíduos idosos e observou que foram mencionados onze versões do instrumento, destacando-se a versão de Bertolucci et al. (1994). Observou-se que mais da metade das investigações fizeram uso da escolaridade como critério para estabelecer pontos de corte, evidenciando a sua importância.

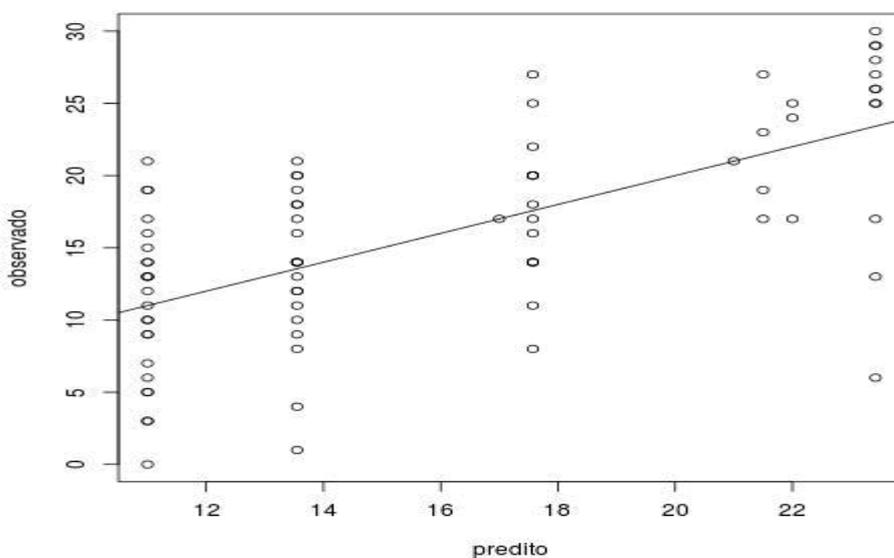
GRÁFICO 3 – ESCORES DO TESTE MINI-MENTAL OBSERVADOS E PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

O GRÁFICO 4 demonstra que as predições estão positivamente correlacionadas com as observações, o que evidencia a capacidade preditiva do modelo. Os erros são dispersos de forma aproximadamente simétrica em torno da reta identidade, o que mostra que não há tendência de errar para mais, nem para menos.

GRÁFICO 4 – ESCORE MINI MENTAL OBSERVADOS VERSUS PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

Quanto à comparação dos resultados obtidos por cada lar separadamente pode-se identificar claramente o quanto o critério escolaridade influencia no grau de cognição de cada indivíduo como demonstrado no GRÁFICO 3. De acordo com o modelo proposto o escore predito para os residentes do Lar Marista alcançou 24 pontos.

Conforme o observado na TABELA 12, 72,72% dos indivíduos apresentaram escore maior do que o esperado, indicando bom desempenho cognitivo e 27,27% apresentaram escore inferior ao predito.

TABELA 12 – RESULTADO OBTIDO A PARTIR DO ESCORE PREDITO LAR MARISTA

<b>ESCORE</b>	<b>LAR MARISTA (%)</b>
Acima do esperado	8 ( 72,72%)
Abaixo do esperado	3 (27,27%)

FONTE: a autora (2018).

No Lar Jesus Maria José o escore esperado aproximado variou entre 11, 14 e 17 pontos. Do total, 35 pessoas apresentaram como resultado um escore menor, o que indica um maior grau de comprometimento cognitivo, 28 pessoas apresentaram um escore melhor que o predito, 3 pessoas apresentaram exatamente o escore esperado e 2 pessoas apresentaram escore muito inferior em relação ao esperado, conforme demonstrado na TABELA 13. Indicando maior heterogeneidade nesse Lar.

TABELA 13 – RESULTADO OBTIDO A PARTIR DO ESCORE PREDITO LAR JESUS MARIA JOSÉ

<b>ESCORE</b>	<b>LAR JESUS MARIA JOSÉ (%)</b>
Acima do esperado	28 (41,18%)
Abaixo do esperado	35 (51,47%)
Escore esperado	3 (4,41%)
Escore muito abaixo do esperado	2 ( 2,94%)

FONTE: a autora (2018).

#### 4.4 ANÁLISE DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SF-36

Vitorino et al (2004), utilizaram o instrumento SF-36 em seus estudos para determinar um escore associado a melhora clínica de pacientes com fibromialgia, entretanto observaram a necessidade de parâmetros dicotômicos na avaliação dos desfechos em ensaios clínicos randomizados e controlados sugerindo outros estudos com maior número de profissionais para confirmar ou melhor definir os scores proposto pelo trabalho.

Da mesma forma, Adorno e Brasil-Neto (2013) utilizou o instrumento SF-36 para verificar a qualidade de vida de pacientes com o diagnóstico de lombalgia crônica. No presente estudo os autores afirmam que o SF-36 está entre os cinco melhores questionários disponíveis para avaliação da qualidade de vida, sendo uma importante ferramenta para a avaliação do nível da dor. A aplicação do instrumento Sf-36 foi capaz de demonstrar se os pacientes conseguiam executar determinada tarefa e como se sentiam quando executavam, possibilitando aos profissionais envolvidos identificar melhora ou piora tanto nos aspectos físicos quanto nos aspectos mentais. No presente trabalho avaliou-se cada um dos domínios separadamente.

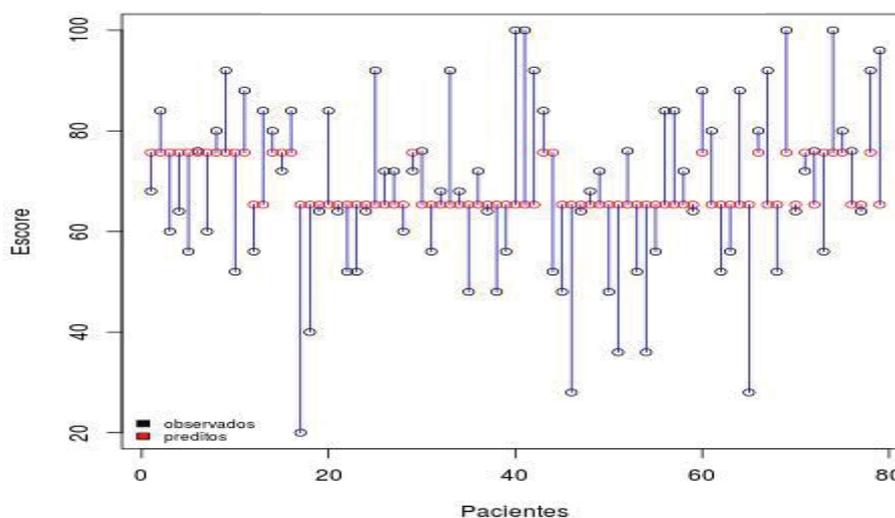
TABELA 14 – MODELO AJUSTADO: REGREÇÃO LOGÍSTICA, SAUDE MENTAL VS VITAMINAS

<b>Saúde Mental</b>	<b>AIC</b>	<b>Coefficiente Estimado</b>	<b>Valor Z</b>	<b>Valor P</b>
Intercepto	0,6337	0.2859	2.216	0.02670
Vitaminas sim	0.5015	0.5469	0.917	0.3592

FONTE: A autora (2018).

O GRÁFICO 5 apresenta o escore obtido para o domínio saúde mental a partir do modelo proposto de regressão logística, critério de ajuste: “Akaike Information Coefficient (AIC)”, conforme o resultado obtido na TABELA 14. O modelo ajustado explica a variação do resultado do teste SF-36, em função do uso de vitaminas.

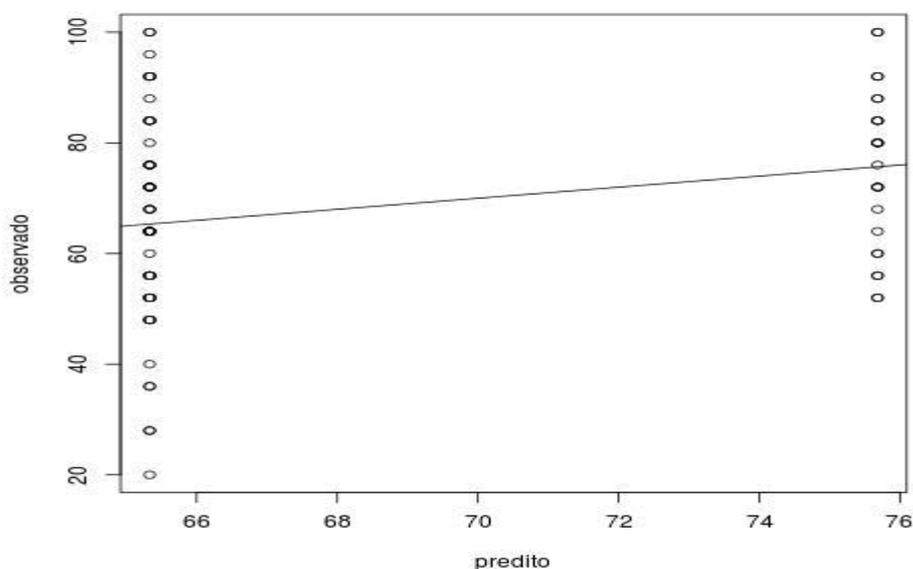
GRÁFICO 5 – ESCORES SF-36, SAÚDE MENTAL, OBSERVADOS E PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

De acordo com o GRÁFICO 5 o escore médio previsto foi de 65,3 para as pessoas que não usam polivitamínicos e o escore médio observado foi de 75,7 para os indivíduos que fazem uso de polivitamínicos. O escore médio para a saúde mental é maior entre os pacientes que fazem uso de polivitamínicos. Entretanto, não se deve atribuir essa vantagem apenas ao uso de polivitamínicos; é possível que os pacientes que fazem uso de polivitamínicos disponham de assistência médica de melhor qualidade, ou tenham hábitos de vida diferenciados, ou alguma outra característica comum que leva a um escore melhor nesse aspecto.

GRÁFICO 6 – ESCORES SF-36, SAÚDE MENTAL, OBSERVADOS VS PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

O GRÁFICO 6 demonstra que as predições estão positivamente correlacionadas com as observações. No caso dos pacientes que não fazem uso de polivitamínicos, a dispersão parece ser maior. Cabe salientar que apesar de não constituir violação ao pressuposto de homocedasticidade do modelo de regressão logística.

Em relação às mudanças comportamentais, alguns traços podem ser observados como a diminuição da capacidade de adaptação ao meio social, isolamento, e isto pode colocar o idoso um estado de vulnerabilidade social e com uma maior possibilidade para adoecimentos (BARBOSA, et al, 2017; BRASIL, 2012).

Com isso, percebe-se que o indivíduo idoso passa por diversas mudanças comuns ao processo de envelhecimento. Mas é importante salientar que no decorrer do processo de envelhecimento, mudam-se também os papéis sociais, o arranjo familiar e a relação com o trabalho. Passa-se a ter um envolvimento menos ativo com a sociedade, uma vez que geralmente os indivíduos se aposentam e os filhos passam a constituir os seus próprios núcleos familiares (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

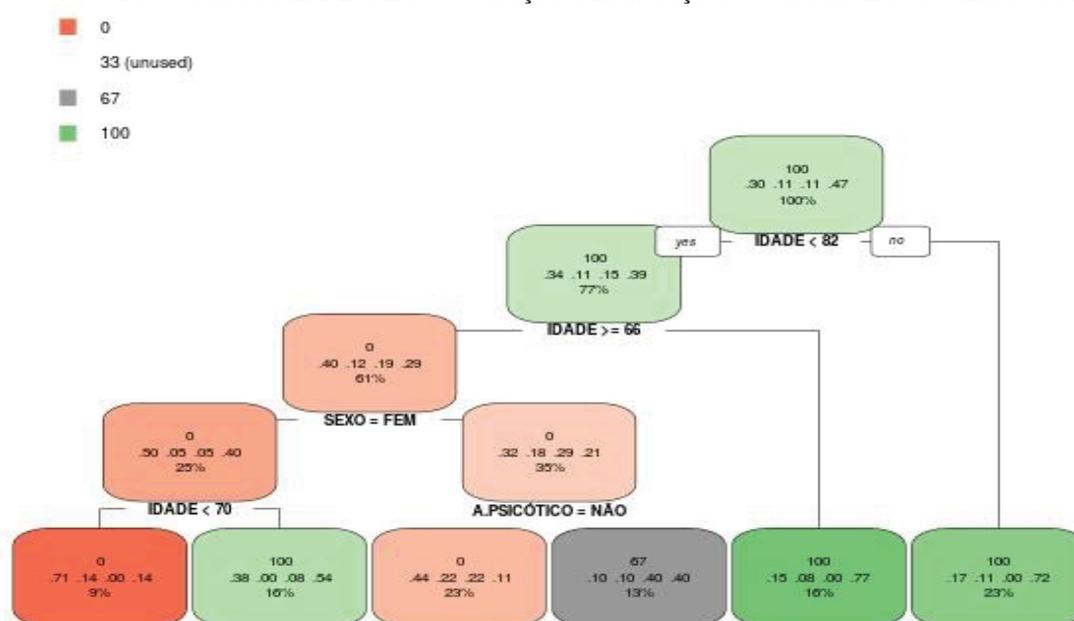
Todas essas mudanças irão interferir na subjetividade do indivíduo, na sua forma de pensar e agir. É imprescindível estar atento para observar se essas

mudanças irão ocorrer de forma saudável ou negativa, no caso de aparecimentos de adoecimentos psíquicos e comportamentais que o afastem ou dificultem o seu convívio com a sociedade, família, amigos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

Quando essas limitações passam a ocorrer de forma negativa, gerando sofrimento intenso psíquico, um processo psicoterapêutico pode viabilizar recursos para lidar com dificuldades emocionais e tornar compreensível possíveis mudanças, refletindo na melhoria da autoestima, da autoconfiança e da qualidade de vida (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

Quanto à limitação por aspectos emocionais o modelo ajustado foi árvore de classificação com o critério de ajuste: validação cruzada (mínimo erro quadrático médio), conforme demonstrado na FIGURA 8.

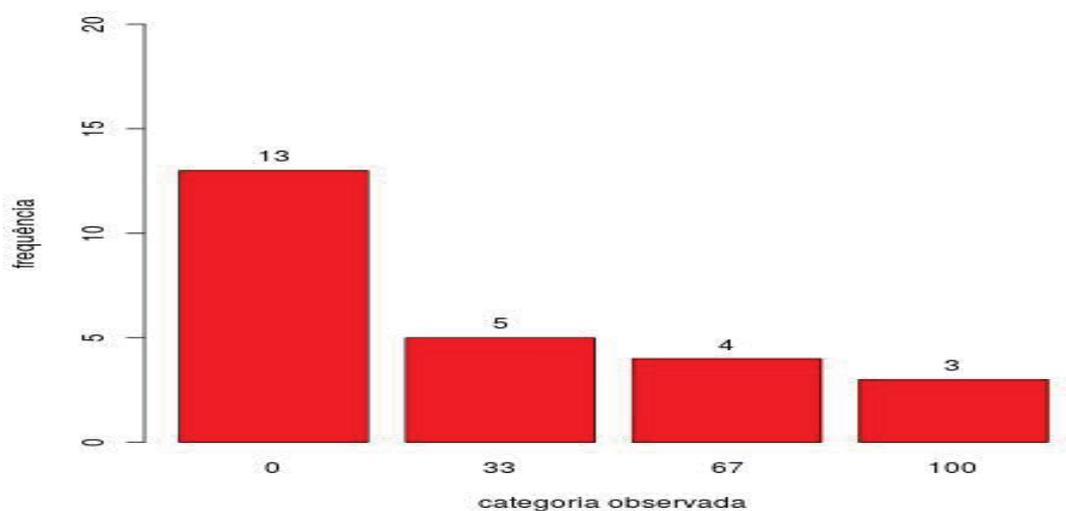
FIGURA 8 – ÁRVORE DE CLASSIFICAÇÃO: LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS



FONTE: A autora (2018).

O modelo ajustado classifica os pacientes em duas categorias: 0 e 100. As variáveis utilizadas para prever a categoria de cada paciente estão descritas nas FIGURAS 9 e 10 respectivamente.

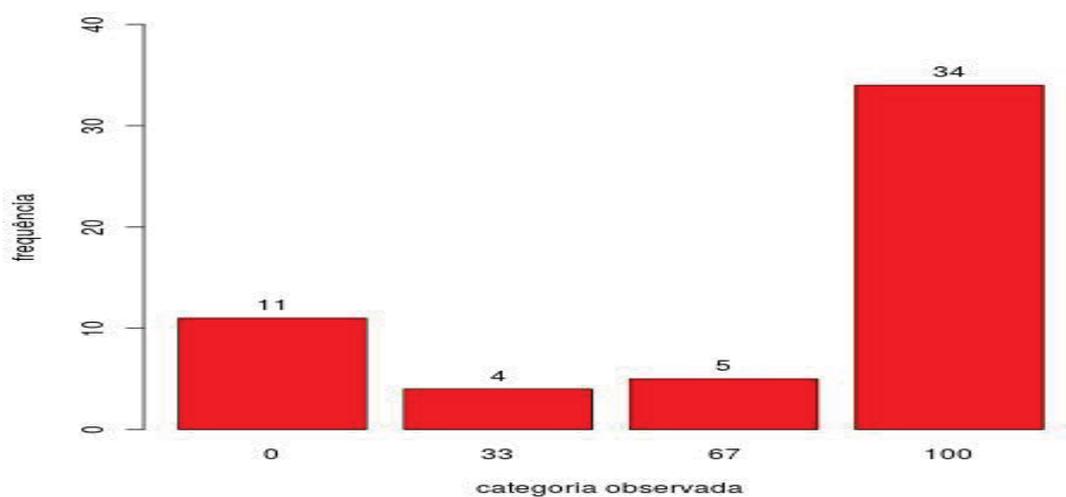
FIGURA 9 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 0



FONTE: A autora (2018).

De acordo com o ajuste, os aspectos importantes para a predição da categoria do paciente são a idade, o sexo e o uso de anti-psicóticos.

FIGURA 10 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 100



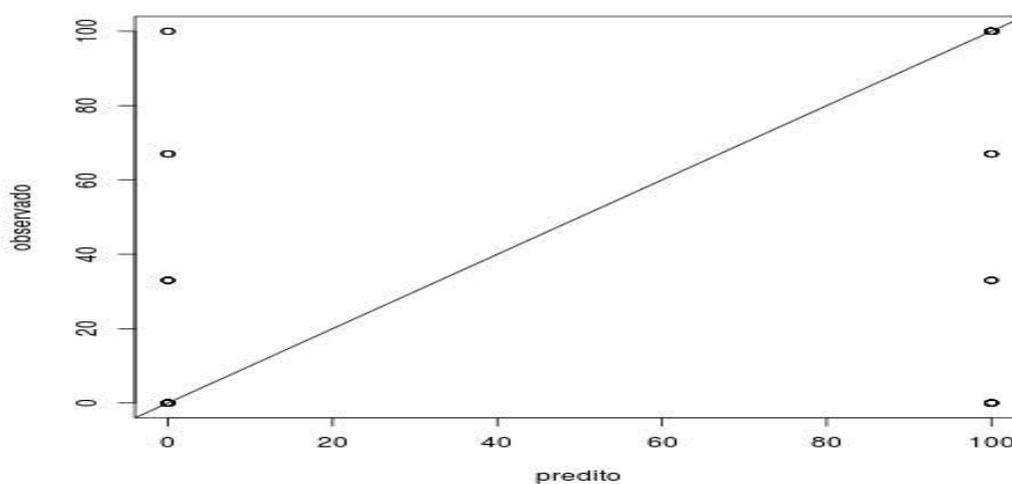
FONTE: A autora (2018).

O GRÁFICO 7 aponta as predições dentro das categorias e indica que o modelo tem boa capacidade preditiva, especialmente para pacientes da categoria

100. Mais da metade dos pacientes que foram preditos como categoria zero são de fato categoria zero, enquanto que 62% dos pacientes que foram preditos como categoria 100 são de fato categoria 100, conforme resultado observado nas FIGURAS 9 e 10 respectivamente.

O GRÁFICO 7 mostra a concentração maior de valores sobre a linha identidade, evidenciando a razoável capacidade preditiva do modelo.

GRÁFICO 7 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS, OBSERVADOS VS PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

De acordo com YokoYama et al. (2006), o aspecto emocional é um importante indicador de mensuração da qualidade de vida, e o mesmo está diretamente relacionado ao tema perda. Uma pessoa deve lidar com a tristeza de múltiplas perdas (morte do cônjuge, amigos, familiares e colegas), mudança de status e prestígio profissional e declínio das habilidades física e saúde (YOKOYAMA et al., 2006).

Na terceira idade as perdas se tornam mais marcantes e quanto mais avançada a idade a chance de que ocorra uma perda também é maior. No estudo proposto os autores buscaram evidenciar diferenças significativas neste aspecto tanto positivas quanto negativas e observaram que no âmbito psicológico, o estado emocional negativo é um indicador de má qualidade de vida na velhice (YOKOYAMA et al., 2006).

Oliveira et al, 2017 observaram em seus estudos que os níveis de ansiedade e os sintomas de depressão parecem ser fatores intervenientes na satisfação do idoso com a sua vida, constituindo-se de bons indicadores dos aspectos emocionais e estão diretamente relacionados a melhor qualidade de vida, assim como observado no presente estudo, quando analisamos os resultados apresentados na FIGURA 8 observa-se a interferência tanto da idade quanto do uso de medicamentos antipsicóticos.

Com relação ao domínio “limitação por aspectos sociais” o modelo ajustado foi regressão logística, critério de ajuste: “Akaike Information Coefficient (AIC)”. O modelo ajustado (TABELA 15) explica a variação do resultado do teste SF-36. Em função da idade e do uso de anti-lipêmico.

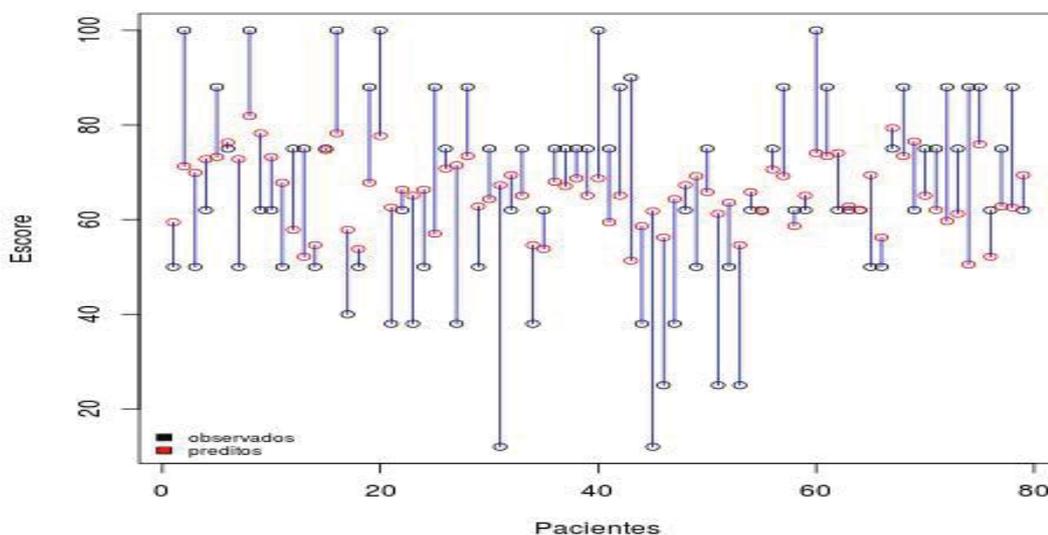
TABELA 15 – MODELO AJUSTADO: REGREÇÃO LOGISTICA, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS SOCIAIS VS IDADE VS ANTILIPEMICOS

<b>Limitação Aspectos Sociais</b>	<b>AIC</b>	<b>Coefficiente Estimado</b>	<b>Valor Z</b>	<b>Valor P</b>
Intercepto	-1.57912	2.02418	-0.780	0.435
Idade	0.03286	0.02776	1.184	0.237
Anti-lipêmicos	-0.43723	0.49026	-0.892	0.372

FONTE: A autora (2018).

. Os escores médios dependem da idade e, portanto, variam dentre um vasto espectro, de acordo com o demonstrado no GRÁFICO 8.

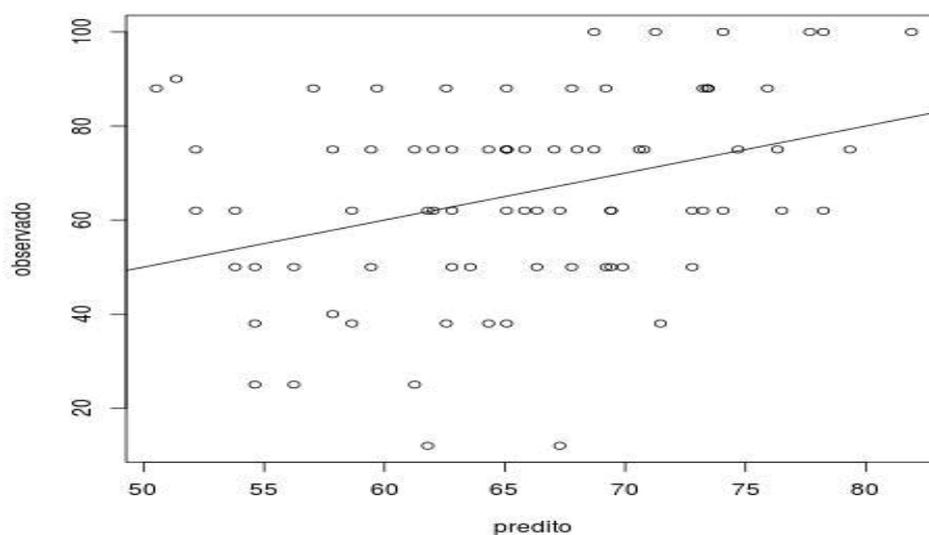
GRÁFICO 8 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS SOCIAIS, OBSERVADOS E PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

O GRÁFICO 9 mostra que não há uma forte aderência dos pontos à reta identidade, o que indica que os erros de predição são relativamente grandes. Apesar disso, o comportamento da nuvem de pontos acompanha a reta identidade.

GRÁFICO 9 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS SOCIAIS, OBSERVADOS VS PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

Mendes et al. (2005) afirmaram que a deterioração associada ao processo de envelhecimento pode ser apressado quando estão associadas as tensões psicológicas e sociais. Nota-se no indivíduo que está em processo de envelhecimento uma interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças, A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para viver, possivelmente influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem com o passar do tempo. Assim, o estado de espírito afeta o processo de envelhecimento, muito embora dele não dependa para se processar. Ainda de acordo com o autor o papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais que se encontram.

Conforme os resultados obtidos no GRÁFICO 8, pode-se destacar o quanto o aspecto social interfere na qualidade de vida do indivíduo, é visível a diferença de resultados obtidos nos lares separadamente. Os indivíduos moradores do Lar Marista obtiveram um escore observado mais próximo do predito quando comparados com o escore dos indivíduos moradores do Lar Jesus Maia José.

Ao analisar o cenário em questão pode-se observar que os resultados vão de encontro com os resultados obtidos no estudo realizado por Mendes, et al (2005), onde a situação social do idoso foi delineada por questões pertinentes aos aspectos epidemiológicos, psicossociais, demográficos evidenciando a importância da relação afetiva e familiar no desenvolvimento do processo de envelhecimento.

Com relação ao domínio vitalidade o modelo ajustado foi regressão logística com critério de ajuste: “Akaike Information Coefficient (AIC)”, conforme demonstrado na TABELA 16.

TABELA 16 – MODELO AJUSTADO: REGREÇÃO LOGISTICA, VITALIDADE

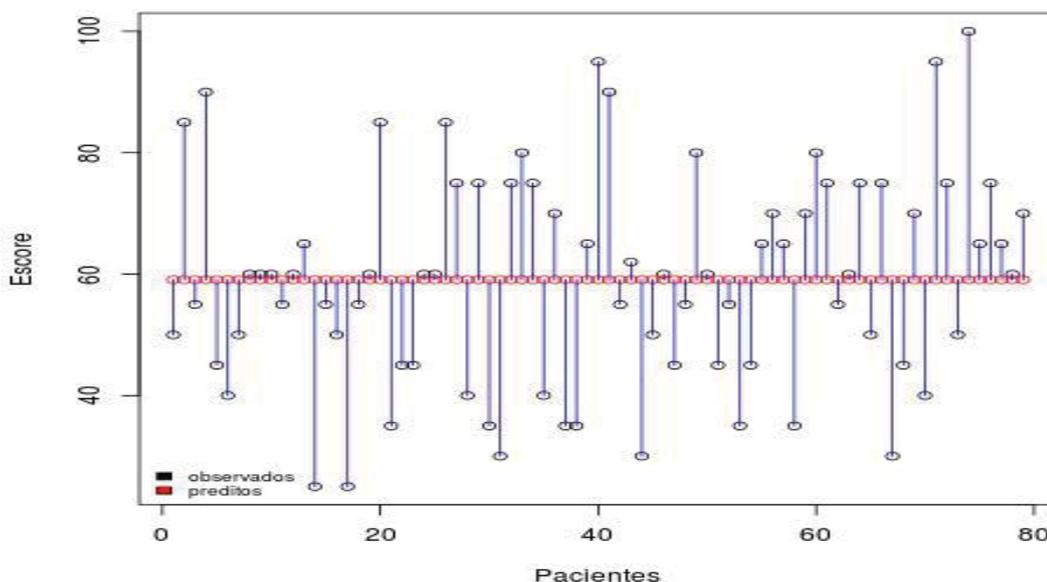
<b>Vitalidade</b>	<b>AIC</b>	<b>Coefficiente Estimado</b>	<b>Valor Z</b>	<b>Valor P</b>
Intercepto	0.3671	0.2288	1.604	0.109

FONTE: A autora (2018).

Não foi encontrada covariável no conjunto de dados capaz de explicar a variação do escore do teste SF36 para este domínio. Escore médio: 59.1

No GRÁFICO 10 pode-se observar uma dispersão simétrica em torno do escore médio, o que mostra um bom ajuste do modelo. No entanto, a capacidade preditiva deste modelo é ruim, o que se reflete na ampla dispersão e na não-adesão à reta identidade, conforme evidenciado no GRÁFICO 11.

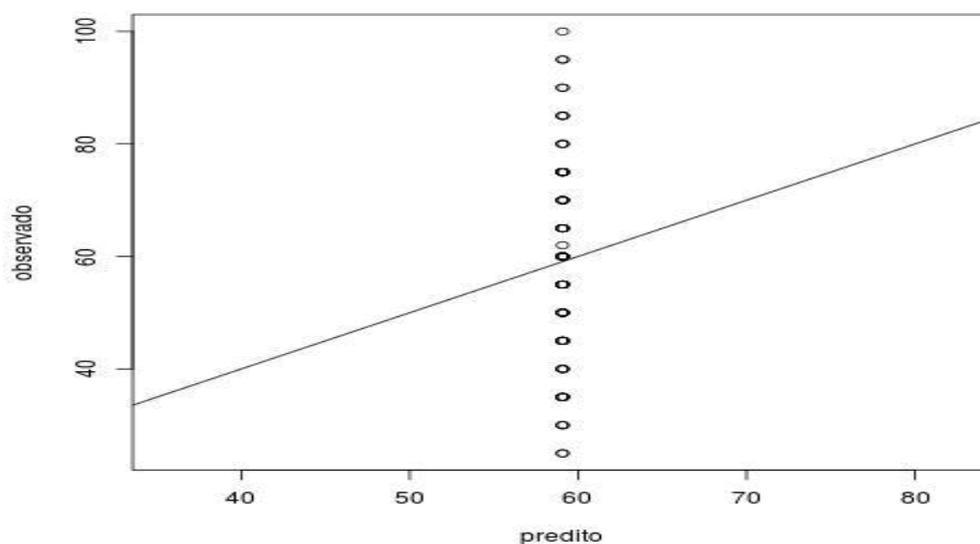
GRÁFICO 10 – ESCORES SF-36, VITALIDADE, OBSERVADOS E PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

Moraes (2017) afirma que para avaliação da vitalidade dos idosos um dos melhores marcadores é a sua capacidade funcional, que pode ser medida a partir das atividades diárias (AVD). As AVDs representam a independência (capacidade de execução) e autonomia (capacidade de decisão), permitindo que o indivíduo cuide de si mesmo e de sua vida. Assim, uma das definições para o termo saúde para o idoso pode ser capacidade individual de satisfação das necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou da presença de doenças. O declínio da vitalidade é conhecido como fragilidade e está diretamente associado ao desenvolvimento de incapacidades, dependência funcional, internação e óbito. Portanto, a presença de declínio funcional nas atividades de vida diária nunca deve ser atribuída ao envelhecimento por si e deve sempre deflagrar uma ampla investigação de como é a vida do idoso (MORAES, 2017). Portanto este domínio está diretamente relacionado ao domínio capacidade funcional.

GRÁFICO 11 – ESCORES SF-36, VITALIDADE, OBSERVADOS VS PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

Ao observar o GRÁFICO 11 pode-se verificar o quanto os resultados foram dispersos tanto para mais quanto para menos nos dois lares em questão, independentemente da idade tanto obteve-se resultados muito acima do esperado e muito abaixo do esperado. Acredita-se que isso é devido à percepção de cada indivíduo ao responder as questões pertinentes a esse quesito. Moraes (2017) afirma ainda que a investigação da vitalidade deve avaliar tanto os sistemas funcionais (cognição, mobilidade, humor, comportamento) quanto os sistemas fisiológicos (sono, saúde bucal, nutrição, funcionamento dos sistemas respiratório, digestivo, cardiovascular, geniturinário, nervoso, endócrino e musculoesquelético). A escala SF-36 é capaz contemplar todos as principais AVDs (MORAES, 2017).

Em relação ao domínio “estado geral da saúde” o modelo ajustado foi regressão logística com critério de ajuste: “Akaike Information Coefficient (AIC)”, conforme TABELA 17.

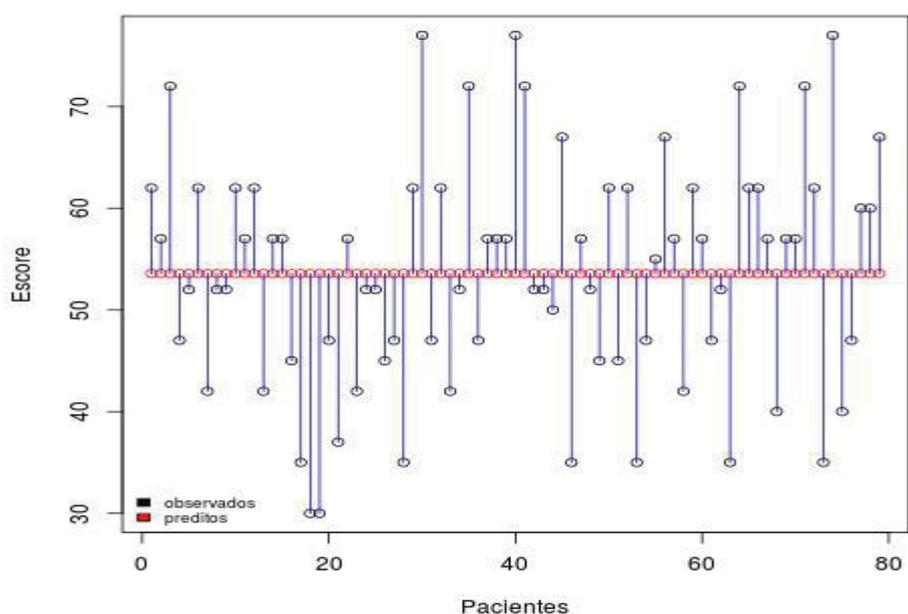
TABELA 17 – MODELO AJUSTADO: REGREÇÃO LOGISTICA, ESTADO GERAL DA SAÚDE

Estado Geral da Saúde	AIC	Coefficiente Estimado	Valor Z	Valor P
Intercepto	0.1430	0.2256	0.634	0.526

FONTE: A autora (2018).

Não foi encontrada covariável no conjunto de dados capaz de explicar a variação do escore do teste SF-36 para este domínio. Escore médio: 53.6, conforme observado no GRÁFICO 12.

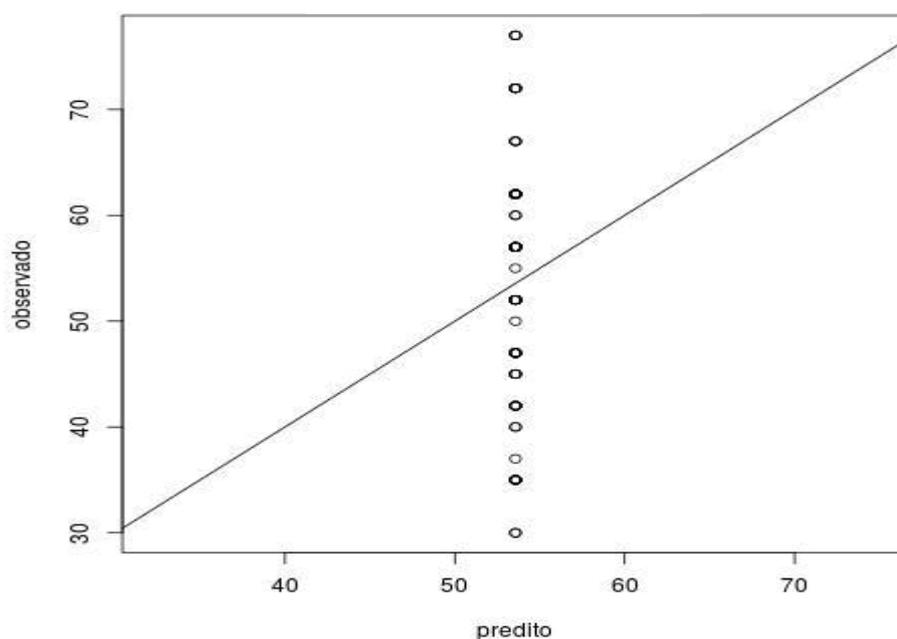
GRÁFICO 12 – ESCORES SF-36, ESTADO GERAL DA SAÚDE, OBSERVADOS E PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

O GRÁFICO 12 mostra uma dispersão simétrica em torno do escore médio, o que mostra um bom ajuste do modelo. No entanto, a capacidade preditiva deste modelo é ruim, o que se reflete na ampla dispersão e na não-adesão à reta identidade, conforme o observado no GRÁFICO 13.

GRÁFICO 13 – ESCORES SF-36, ESTADO GERAL DA SAÚDE, OBSERVADOS VS PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

No estudo realizado por Pimenta et al. (2008) em que se avaliou a qualidade de vida através da aplicação do SF-36 as pessoas que relataram ter diabetes melito apresentaram tendência importante de menor pontuação para o domínio “estado geral de saúde” (PIMENTA et al., 2008).

Independente da patologia associada a cada indivíduo no presente estudo o domínio estado geral da saúde apresentou uma amplitude significativa do domínio variando 30 a 70 como evidenciado no GRÁFICO 12, porém a amplitude dos resultados obtidos dos indivíduos do Lar Marista foi menor do que a amplitude dos resultados dos indivíduos do Lar Jesus Maria José conforme demonstrados no GRÁFICO 10.

Tal resultado pode ser explicado em virtude da definição do que é “ter saúde” para cada indivíduo em questão. Uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado pleno de bem-estar físico, mental e social (OMS, 1994).

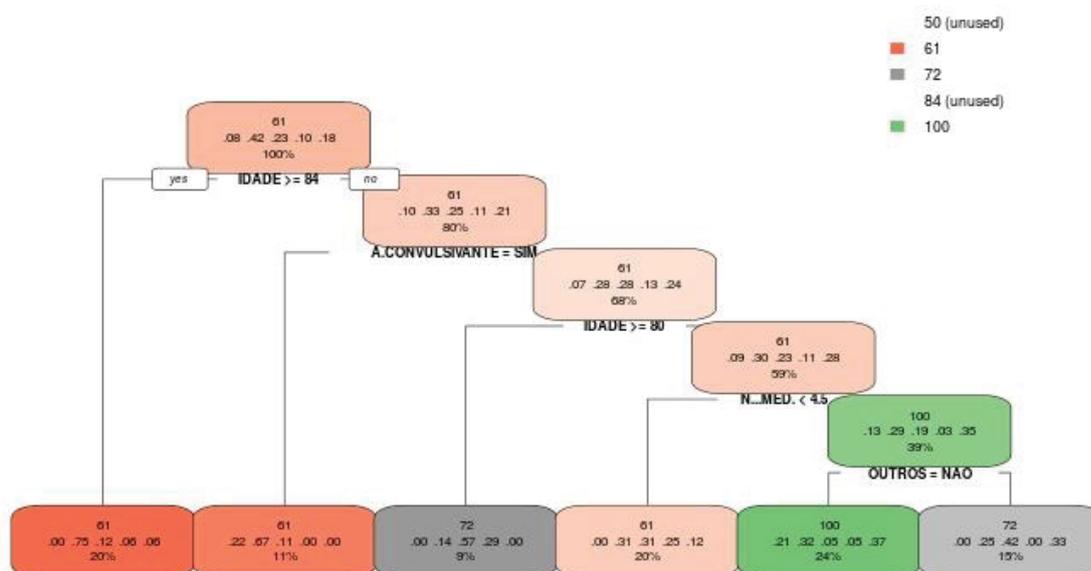
No estudo realizado por Pereira e Borges (2011) em que o SF-36 foi aplicado a idosos para verificar a percepção dos indivíduos do conceito de “ter saúde” o domínio de maior pontuação foi o “estado geral de saúde” com 93,2

pontos (+5,8). De acordo com os autores esse resultado foi expressivo em virtude de todos os inqueridos serem praticantes de atividades físicas.

Em contrapartida, no estudo realizado por Freitas e Scheicher (2010) no qual foram comparados a qualidade de vida de 36 idosos institucionalizados em três diferentes lares, sendo um lar público e os outros dois privados, observaram que no escore “estado geral da saúde” o valor médio obtido foi bem abaixo da média geral (escore 50), sugerindo que a qualidade vida em todos os lares nesse aspecto, está muito ruim. Esse domínio avalia como o entrevistado “vê” sua saúde de maneira geral.

Em relação ao domínio “dor” a árvore de classificação com critério de ajuste foi o modelo escolhido com validação cruzada (mínimo erro quadrático médio). O modelo ajustado classifica os pacientes em três categorias: 61, 72 e 100. As variáveis utilizadas para predizer a categoria de cada paciente estão descritas no gráfico do modelo, conforme demonstrado na FIGURA 11.

FIGURA 11 – ÁRVORE DE CLASSIFICAÇÃO: DOR

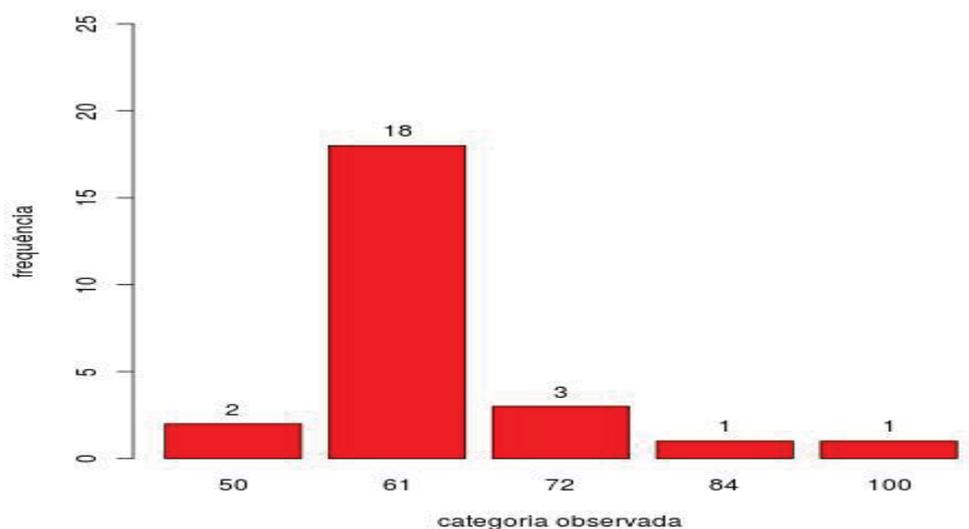


FONTE: A autora (2018).

De acordo com o ajuste, os aspectos importantes para a predição da categoria do paciente são a idade, o número de medicamentos que o paciente usa, o uso de anticonvulsivantes e o uso de outros medicamentos não relacionados no conjunto de covariáveis.

As FIGURAS 12, 13 e 14 demonstram respectivamente a capacidade do modelo.

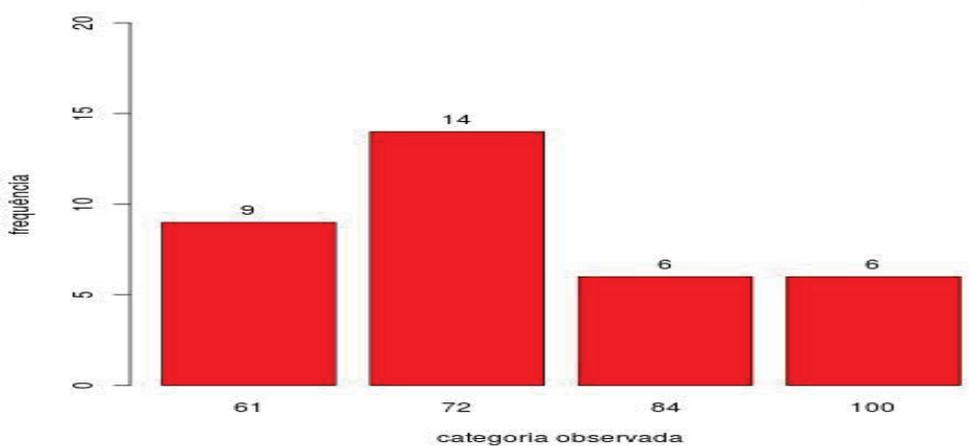
FIGURA 12 – ESCORES SF-36, DOR, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 61



FONTE: A autora (2018).

Para as categorias 72 e 100 a proporção de correções é de apenas 40% e 37%, respectivamente, conforme evidenciado na FIGURA 13 e FIGURA 14 respectivamente.

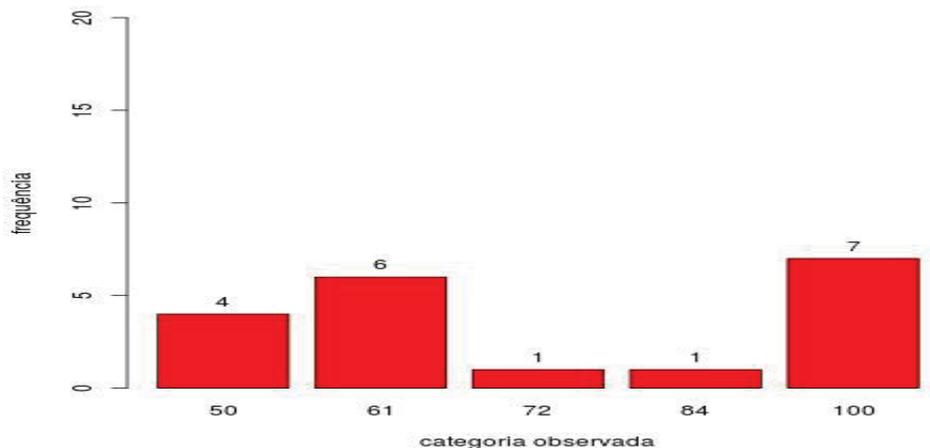
FIGURA 13 – ESCORES SF-36, DOR, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 72



FONTE: A autora (2018).

Conforme o observado apenas a categoria 61, representada pela FIGURA 14 apresentou capacidade razoável, para a qual a proporção de predições corretas é de 72%.

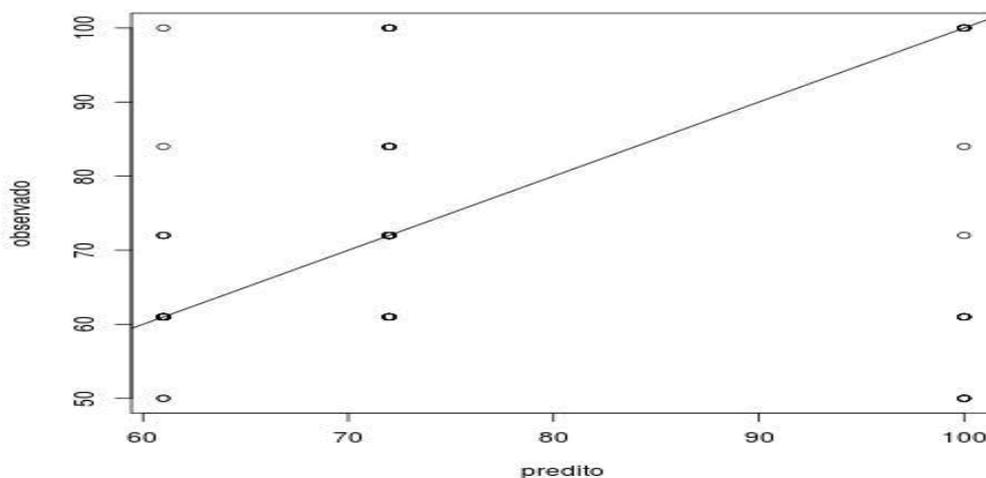
FIGURA 14 – ESCORES SF-36, DOR, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 100



FONTE: A autora (2018).

No GRÁFICO 14, pode-se observar com clareza a dificuldade de predição, especialmente para a categoria 100, para qual há muitas predições incorretas para observações de categorias mais baixas (50 e 61). No entanto, dentre os modelos testados, o que foi apresentado é o de melhor ajuste

GRÁFICO 14 – ESCORES SF-36, DOR, OBSERVADOS VS PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

Conforme observado no GRÁFICO 14, após a categorização pode-se verificar que o escore mínimo obtido para o domínio dor foi de 60 em ambos os lares, o que demonstra que os inqueridos não passam dor ou se passam é o mínimo possível. O que pode ser explicado pelos cuidados prestados pelos prestadores de serviço em ambos os lares.

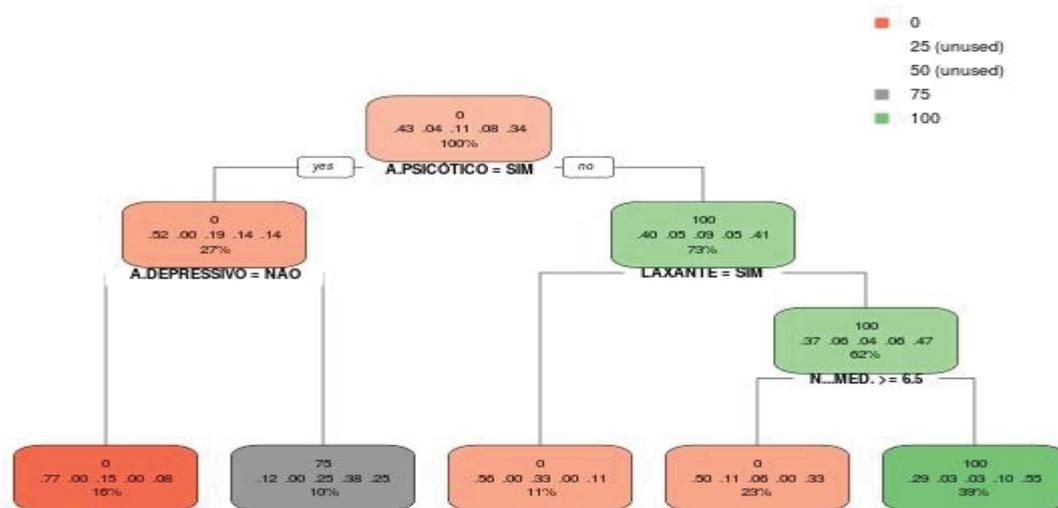
No estudo realizado por Pimenta et al., (2008) a idade foi o fator que apresentou diferença para os domínios “capacidade funcional”, “dor”, “vitalidade”, “aspectos sociais”, e “saúde mental”. Em todos os domínios avaliados os resultados dos escores obtidos foram sempre maiores para os inqueridos com a idade mais avançada, tal fato demonstra uma melhor qualidade de vida, possivelmente explicado com base no motivo da aposentadoria dos mais jovens que, em sua maioria, foi por invalidez (55,2%). Ressaltaram ainda que é importante salientar a possibilidade do viés de sobrevivência, tendo em vista que aposentados com piores condições de saúde tenderiam a morrer mais cedo (PIMENTA et al, 2008).

Alguns autores, que utilizaram outros instrumentos de avaliação, também encontraram resultados semelhantes. Cabe salientar que a relação “qualidade de vida” e “envelhecimento” envolve variáveis como atividade física, renda, vida social e relações familiares (PIMENTA et al., 2008).

Corroborando com os achados de Pimenta et al., (2008) Adorno e Brasil-Neto (2013) afirmam que o domínio “dor” é de difícil mensuração e quantificação. Dentre os questionários que buscam fazer essa mensuração o SF-36 está entre os cinco melhores. Afirmam ainda que a variável ‘atividade física’ é um importante parâmetro para diminuir a incidência do domínio “dor” e proporcionar uma melhor qualidade de vida no decorrer do envelhecimento.

Para o domínio “limitação por aspectos físicos” o modelo ajustado escolhido foi árvore de classificação com critério de ajuste: validação cruzada (mínimo erro quadrático médio). O modelo classifica os pacientes em três categorias: 0, 75 e 100. As variáveis utilizadas para prever a categoria de cada paciente estão descritas na FIGURA 15. De acordo com o ajuste, os aspectos importantes para a predição da categoria do paciente são o número de medicamentos que o paciente usa, o uso de anti-psicótico, o uso de antidepressivo e o uso de laxante.

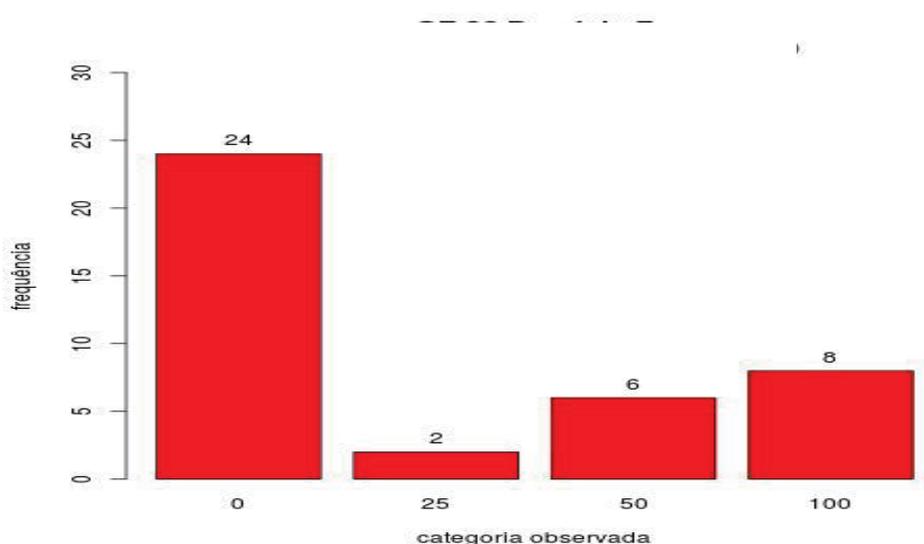
FIGURA 15 – ÁRVORE DE CLASSIFICAÇÃO: DOMÍNIO LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS



FONTE: A autora (2018).

A capacidade preditiva do modelo é razoável para as categorias 0 e 100, conforme demonstrado na FIGURA 16 e FIGURA 18.

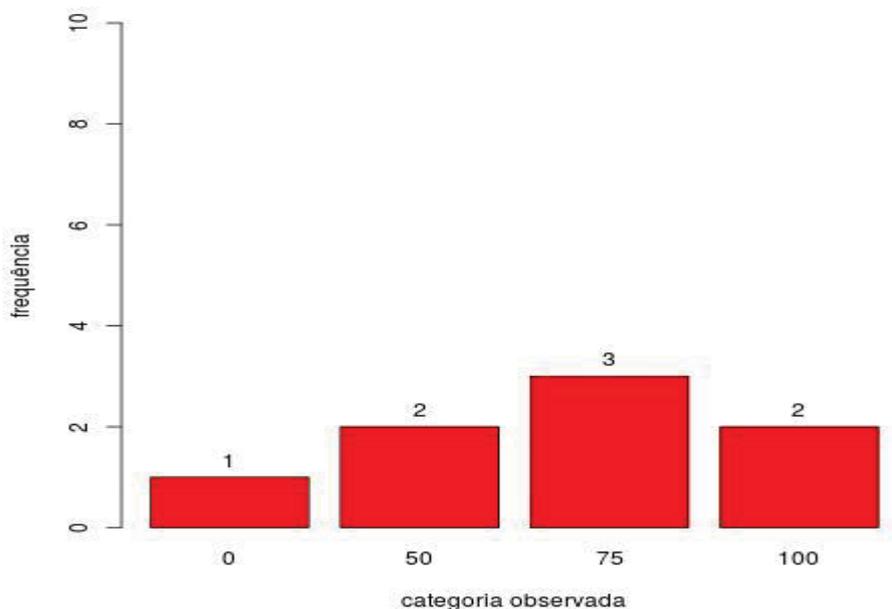
FIGURA 16 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 0.



FONTE: A autora (2018).

Para a categoria 75 a proporção de correções é de apenas 38%, conforme demonstrado na FIGURA 17.

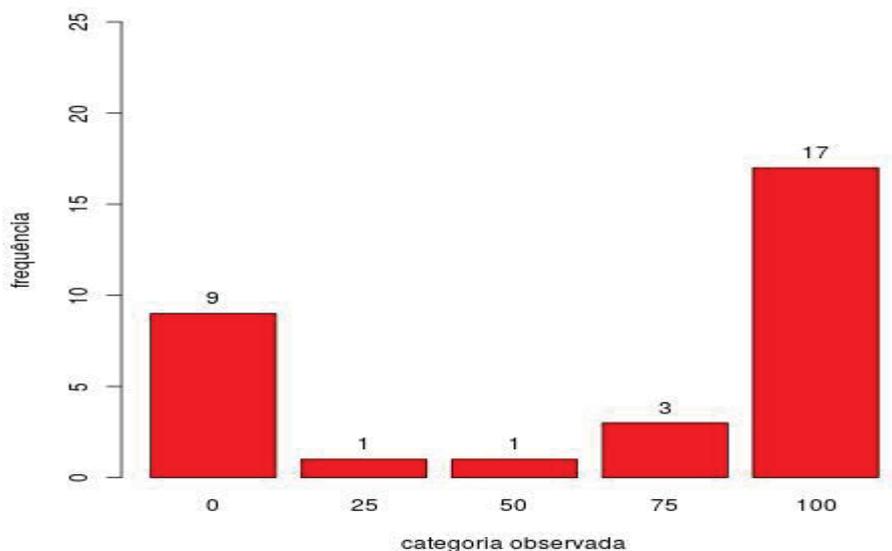
FIGURA 17 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 75



FONTE: A autora (2018).

As proporções de predições corretas são de 60% para os pacientes apresentados na categoria 75 e 55%, para os pacientes apresentados na categoria 100.

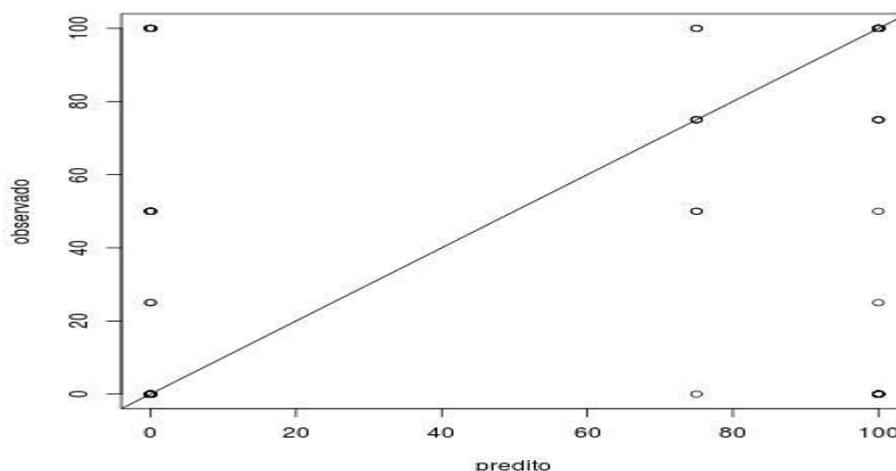
FIGURA 18 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS, PACIENTES PREDITOS CATEGORIA 100



FONTE: A autora (2018).

O GRÁFICO 15 demonstra que o ajuste do modelo é razoável, especialmente para pacientes que apresentam resultados extremos - muito ruins ou muito bons.

GRÁFICO 15 – ESCORES SF-36, LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS, OBSERVADOS VS PREDITOS.



FONTE: A autora (2018).

Ciconelli et al (1999), quando compararam a versão do instrumento SF-36 português em relação as versões da língua não inglesa, como por exemplo a versão alemã, versão francesa e versão sueca observaram que adaptações culturais foram necessárias em relação às escalas de medidas e para algumas atividades da avaliação da capacidade funcional. Porém, tal adaptação não interferiu na reprodutibilidade do instrumento, tornando-o um parâmetro adicional útil que pode ser utilizado na avaliação de algumas doenças bem como servir de parâmetro para a avaliação da qualidade de vida (QV). Ressaltaram ainda que as ferramentas para avaliação genérica de saúde disponíveis não são capazes de dizer exatamente ao profissional de saúde o que fazer, porém são capazes de demonstrar se os pacientes conseguem executar determinadas tarefas que normalmente faziam e como se sentem quando as praticam. O estudo enfatizou que a aplicação desse tipo de instrumento foi capaz de demonstrar a melhora ou a piora do paciente em diferentes aspectos, tanto emocionais quanto físicos, e confirmam a importância da sua aplicação.

Freitas e Scheicher (2010) comparam seus resultados com o estudo realizado por Savonitti (2000), no qual foi avaliada a qualidade de vida de 60 idosos (30 homens e 30 mulheres) usando o questionário SF-36 e encontrou um escore médio maior que 60 em cinco dos oito domínios do questionário SF-36. Apenas no domínio “Aspectos Físicos” e “Aspectos Emocionais”, o escore obtido ficou abaixo de 60 e no domínio “Capacidade Funcional”, o escore médio foi abaixo de 50, demonstrando um resultado de qualidade de vida melhor em relação ao estudo realizado por Freitas e Scheicher (2010).

Para esse domínio os indivíduos de ambos os lares apresentam bastante variabilidade no escore obtido, porém o indivíduo mediano do Lar Jesus Maria José apresentou escore maior que o indivíduo mediano do Lar Marista, conforme observado na FIGURA 20.

Possivelmente esse resultado pode ser explicado pela diferença de idade dos inqueridos, em que no Lar Marista a idade média foi de 86,5 anos e a idade média dos inqueridos do Lar Jesus Maria José foi de 71 anos.

Para o domínio “capacidade funcional” o modelo ajustado escolhido foi regressão logística, com transformação da variável resposta critério de ajuste: “Akaike Information Coefficient (AIC)”, conforme a TABELA 18.

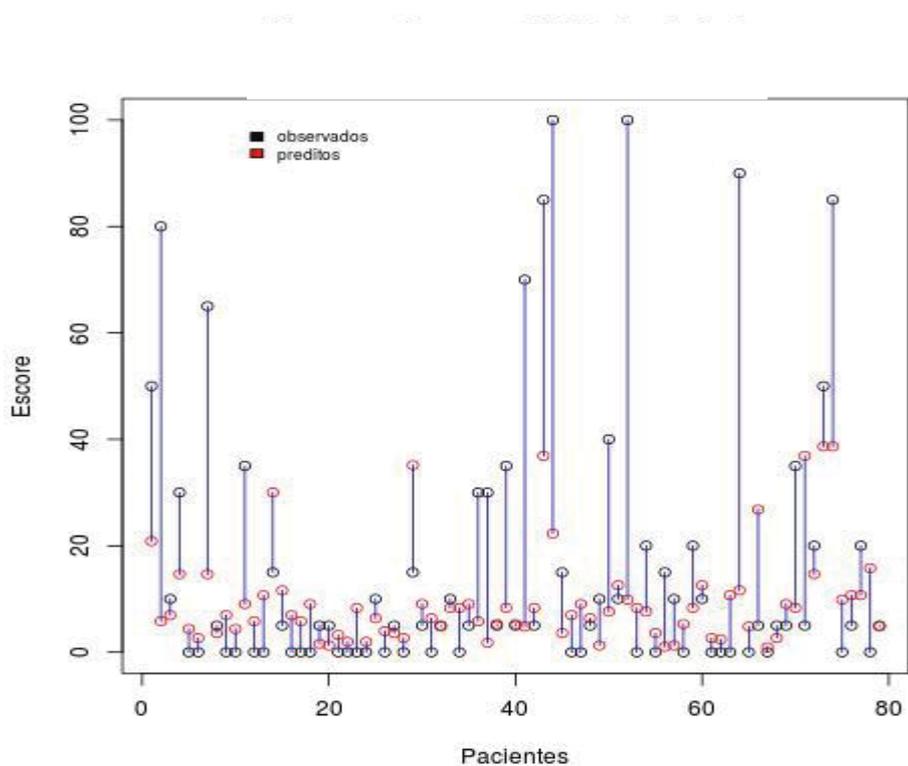
TABELA 18 – MODELO AJUSTADO: REGREÇÃO LOGISTICA, CAPACIDADE FUNCIONAL VS IDADE VS VITAMINAS

<b>Capacidade Funcional</b>	<b>AIC</b>	<b>Coefficiente Estimado</b>	<b>Valor Z</b>	<b>Valor P</b>
Intercepto	3.179	2.265	1.404	0.160
Idade	-0.061	0.032	-1.920	0.055
Vitaminas	1.096	0.579	1.892	0.058

FONTE: A autora (2018).

O modelo ajustado explicou a variação do resultado do teste SF-36, em função da idade do paciente e do uso de vitaminas. A variável resposta foi transformada. Como o escore no teste varia de zero a cem, a raiz quadrada do escore varia de zero a dez. Dessa forma, a variável resposta do modelo foi tomada como a raiz quadrada do escore dividida por dez. Os escores médios variam em um vasto espectro, visto que uma das preditoras é a idade, que é uma variável numérica, conforme observado no GRÁFICO 16.

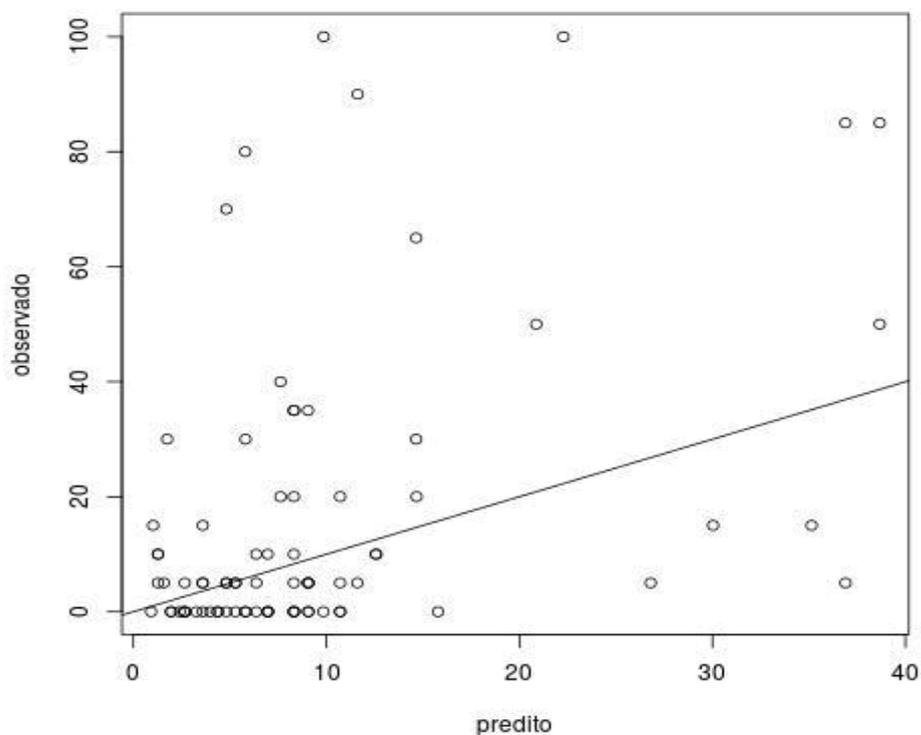
GRÁFICO 16 – ESCORES SF-36, CAPACIDADE FUNCIONAL, OBSERVADOS E PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

De acordo com o GRÁFICO 17, observou-se que há muitos valores 0 e 5 na amostra (cerca de 60%), enquanto que os demais pacientes obtiveram escores dispersos de forma aproximadamente uniforme no intervalo entre 10 e 100. Isso faz com que a modelagem parcimoniosa se torne pouco eficiente, enquanto que um modelo de maior complexidade levaria ao sobreajuste.

GRÁFICO 17 – ESCORES SF-36, CAPACIDADE FUNCIONAL, OBSERVADOS VS PREDITOS



FONTE: A autora (2018).

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade o principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e realizar as atividades do cotidiano de forma totalmente independente (RAMOS, 2013; BRASIL, 2012).

A maioria dos idosos, principalmente os idosos mais jovens, são, na verdade, absolutamente capazes de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de outros. De acordo com os mais modernos conceitos gerontológicos, o idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas atividades diárias deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas. Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (RAMOS, 2013; BRASIL, 2012).

Dessa forma, a avaliação da capacidade funcional é básica para precisar um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado para um planejamento assistencial efetivo (RAMOS, 2013; BRASIL, 2012).

A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. Essa diminuição poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia de base, por sua má administração e sequelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional. Nesse contexto, o conceito de capacidade funcional deve ser entendido como o elemento central para o manejo de uma nova política de cuidado para o idoso (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

Do ponto de vista do sistema de saúde, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Ações de promoção de saúde, assistenciais e de reabilitação em saúde devem objetivar a melhoria da capacidade funcional, ou no mínimo manter a capacidade funcional e, sempre que possível, recuperar a capacidade funcional perdida pelo idoso (BRASIL, 2012).

A prevenção de riscos e doenças na idade avançada têm um caráter distinto das demais faixas etárias. O objetivo é elevar a qualidade de vida, e para tal deve-se organizar uma estrutura distinta daquelas existentes para as demais faixas etárias (BRASIL, 2012).

Para tanto, uma política de saúde do idoso deve ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível. Isto significa valorizar a autonomia e a manutenção da independência física e mental do idoso. Sabe-se que tanto as doenças físicas como as mentais podem levar à dependência e conseqüentemente à perda da capacidade funcional (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

As dependências física e mental são importantes fatores de risco para mortalidade, mais do que as próprias doenças que levaram à dependência, já que nem todo doente se torna dependente. Dentro desse contexto, estabelecem-se novas prioridades e novas ações de saúde, que deverão nortear as políticas de saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

É por este motivo que a identificação do risco na população idosa é uma prioridade e esta pode ser detectada através da avaliação funcional de um idoso, visando a obter seu perfil de saúde, pois apesar de uma imensa maioria estar bem

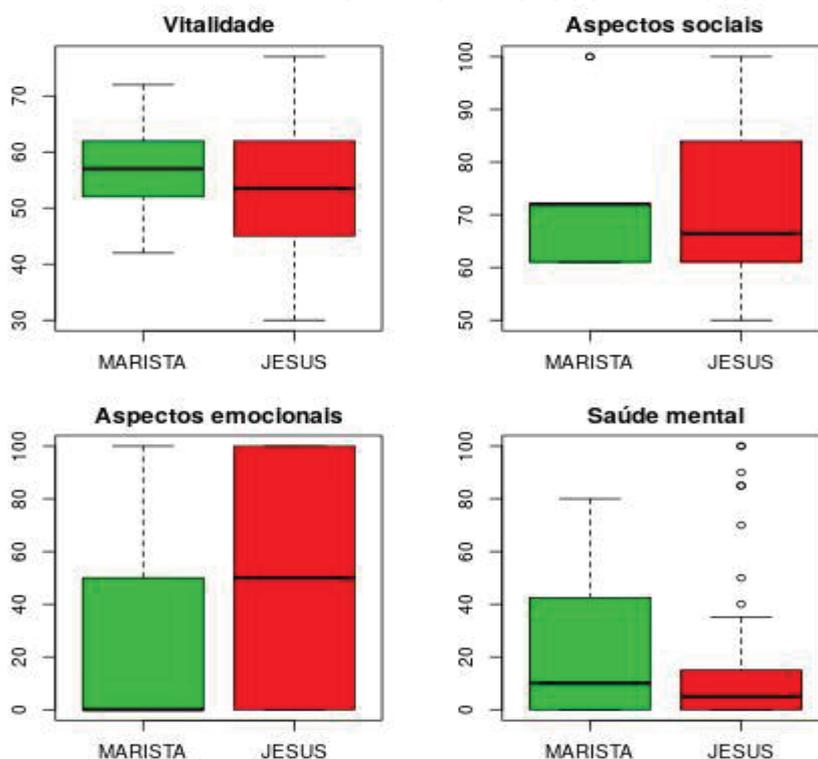
(autônomo e independente), muitos já possuem um quadro de fragilização, que por sua vez reduz progressivamente a capacidade funcional e que leva à maior demanda por serviços de saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

De acordo com o Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar elaborado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) a convivência dos idosos com as doenças crônicas pode afetar ou não a capacidade dos idosos para realizar as atividades do cotidiano. Com isso, é essencial saber o quanto as doenças crônicas afetam a vida dos idosos através de uma avaliação funcional, pois a prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é o que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

Uma importante característica do contingente idoso é sua heterogeneidade. É razoável supor, por exemplo, que significativa parcela do contingente idoso goze de boas condições de saúde, normalmente associadas aos idosos mais jovens – com menos de 80 anos de idade. Com o avanço da idade, por sua vez, costumam surgir crescentes limitações para a execução das atividades do cotidiano, sobretudo em função do agravamento das doenças crônicas mais prevalentes entre idosos. Nesse caso, o contingente de idosos mais idosos – com 80 anos ou mais de idade – tende a apresentar maiores perdas de autonomia e independência (BRASIL, 2012).

As FIGURAS 19 e 20 trazem uma compilação dos resultados obtidos respectivamente. Pode-se observar que em relação aos domínios saúde mental, limitação por aspectos sociais, vitalidade, estado geral da saúde e dor as figuras mostram que os indivíduos medianos do Lar Marista e do Lar Jesus Maria José obtiveram escores semelhantes para esses domínios. No entanto, os diagramas são mais compactos para o Marista, o que significa que os indivíduos desse lar são mais homogêneos e, conseqüentemente, há mais variabilidade na amostra coletada do Lar Jesus Maria José.

FIGURA 19 – ESCORES SF-36, DOMÍNIOS RELACIONADOS A SAÚDE MENTAL DOS LARES MARISTA E JESUS MARIA JOSÉ



FONTE: A autora (2018).

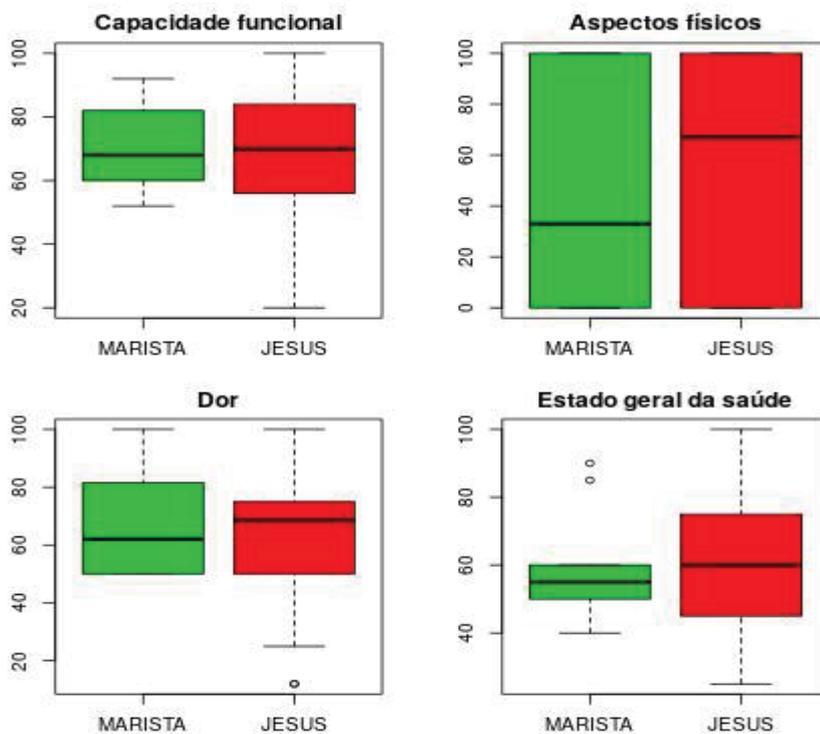
Em relação a “limitação por aspectos emocionais” e “limitação por aspectos físicos” os indivíduos de ambos os lares apresentam bastante variabilidade no escore obtido. Porém, os indivíduos medianos do Lar Jesus Maria José apresentaram escore melhor que os indivíduos medianos do Lar Marista.

Em relação a “capacidade funcional” os indivíduos medianos de ambos os lares obtiveram escores muito próximos. Porém, o diagrama do Lar Jesus Maria José é mais compacto, apesar de exibir alguns indivíduos que apresentam escores muito acima dos valores típicos para pacientes desse lar. Assim, a FIGURA 20 sugere que é mais comum encontrar indivíduos muito acima do mediano no Lar Marista que no Lar Jesus Maria José.

Pimenta et al, (2008) realizaram um trabalho onde avaliaram a qualidade de vida de 87 pessoas aposentadas através da aplicação do SF-36 e constataram que a prática regular de atividade física apresentou diferença com significância estatística para uma maior pontuação nos domínios “capacidade funcional”, “estado geral de saúde”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental”, estando de acordo

com outros estudos que associaram a atividade física a uma melhora da qualidade de vida (PIMENTA et al, 2008).

FIGURA 20 – ESCORES SF-36, DOMÍNIOS RELACIONADOS A SAÚDE FÍSICA DOS LARES MARISTA E JESUS MARIA JOSÉ



FONTE: A autora (2018).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento da expectativa de vida, o tema “Qualidade de Vida” é sem dúvida uma grande preocupação que vem crescendo a cada ano, fazendo com que políticas públicas efetivas sejam cada vez mais necessárias. Este trabalho se propôs a identificar e descrever as condições de vida de idosos residentes em diferentes ILPI's, visando poder contribuir com a melhoria da qualidade de vida desta população.

Os achados desta pesquisa possibilitaram elucidar o grau de vulnerabilidade individual dos idosos na faixa etária estudada independente do tipo de ILPI de residência.

De acordo com os resultados obtidos no estudo em relação aos dados sócio-econômicos verificou-se que a média da faixa etária dos inqueridos residentes no Lar Marista foi superior à média da faixa etária dos inqueridos residentes do Lar Jesus Maria José.

Outro dado relevante foi o nível educacional onde constatou-se que os residentes do Lar Marista todos possuem nível superior de ensino enquanto a maioria dos residentes do Lar Jesus Maria José não chegou a quinta série do ensino fundamental. Apesar de existir diferença no nível de escolaridade dos inqueridos dos lares em questão, tal premissa não ocasionou limitação para estudo, pois o mesmo foi considerado para avaliação do grau de cognição dos inqueridos através da aplicação do questionário MiniMental.

Através da aplicação do MiniMental pode-se observar que tanto os moradores do Lar Marista quanto os moradores do Lar Jesus Maria José apresentaram um grau de cognição compatível com o nível da escolaridade de cada lar.

Em relação aos resultados obtidos através da aplicação do SF-36 pode-se observar que apesar de existir diferenças em nível de infra-estrutura e prestação de serviço significativas no atendimento dos idosos de cada lar, os mesmos não foram capazes de impactar no resultado geral do domínio “ter qualidade de vida”. Possivelmente porque os inqueridos tanto do Lar Marista quanto do Lar Jesus Maria José têm uma concepção diferente do domínio “ter qualidade de vida”.

Em relação aos resultados obtidos através do acompanhamento farmacoterapêutico, mais estudos se fazem necessários.

## 5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

No decorrer do estudo pode-se observar o quanto é importante que a equipe de cuidado ao idoso seja diversificada. Percebe-se com isso que o estudo contribui para o cuidado com o idoso, promove o entendimento necessário para a equipe de cuidado, por elucidar evidências sólidas sobre a relação entre vulnerabilidade e problemas de saúde, subsídio empírico que pode favorecer adequações políticas e programas de saúde com vistas à promoção de saúde, prevenção de agravos e cuidado integral com a saúde do idoso, contribuindo dessa forma com o alcance de melhor qualidade de vida, contudo, vale salientar que o processo de acompanhamento farmacoterapêutico é complexo e para que seja executado necessita de tempo e habilidade para tal, por tanto, se faz necessário que outros estudos sejam realizados.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, M. L. G. R.; BRASIL-NETO, J. P. Avaliação da Qualidade de Vida com o Instrumento SF-36 em Lombalgia Crônica. **Acta Ortop. Bras**, [on line]. v. 21, n. 4, p. 202-7, 2013. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/aob>.

AIRES, C. C. N. F.; MARCHIORATO, L. Acompanhamento Farmacoterapêutico a Hipertensos e Diabéticos na Unidade de Saúde Tereza Barbosa: Análise de Caso. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde** São Paulo, v. 1, n. 1, p.1-24, 2010.

ALBERT, N. M. Improving Medication Adherence in Chronic Cardiovascular Disease. **Critical Care Nurse**, v. 28, n. 5, p. 54–64, 2008.

ALMEIDA, N. A.; REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; SILVA, A. M. C.; CARDOSO, J. D. C.; SOUZA, L. C. Prevalência e Fatores à Polifarmácia entre os Idosos Residentes na Comunidade. **Rev. Bras. Geriatric. Gerontol.**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 1, p. 143-153, 2017.

ALMEIDA-BRASIL, C. C.; SILVEIRA M. R.; SILVA, K. R.; LIMA, M. G.; FARIA, C. D. C. M.; CARDOSO, C. L.; MENZEL, H. J. K.; CECCA, M. G. B. Qualidade de Vida e Características Associadas: Aplicação do WHOQOL-BREF no Contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017.

AL SALMI, Z. Clinical Audit of Pharmaceutical Care provided by a Clinical Pharmacist in Cardiology and Infectious Disease in-patients at the Royal Hospital, Muscat/Oman. **Oman Medical Journal**, v. 24, n. 2, p. 89–94, 2009.

BARBOSA, K. T. F.; COSTA, K. N. F. M.; PONTES, M. L. F.; BATISTA, P. S. S.; OLIVEIRA F. M. R. L.; FERNANDES, M. G. M. Envelhecimento e Vulnerabilidade Individual: Um Panorama dos Idosos Vinculados à Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, p. 2017 e 2700015.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O. Miniexame do Estado Mental em uma População Geral. Impacto Da Escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p.1-7,1994.

BEERS, M. H.; OUSLANDER, J. G.; ROLLINGHER, I.; REUBEN, D. B.; BROOKS, J.; BECK, J. C. Explicit criteria for Determiningin Appropriate e Medication use in Nursing Home Residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. **Arch Intern Med.**, v. 151, n. 9, p. 1825-32, 1991.

BRASIL, **Lei nº 1074/2003. Estatuto do Idoso**. Brasília: DF, outubro de 2003.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social **Lei n. 8.842. Política Nacional do Idoso**. Brasília: DF, 4 de janeiro de 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 338 CNS de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência

Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Serviços farmacêuticos: Contextualização e arcabouço conceitual 26 de nov de 2014 - CONTEXTUALIZAÇÃO E ARCABOUÇO. CONCEITUAL.** Pág. 1-66. Farmácia clínica, cuidado farmacêutico e *serviços farmacêuticos*. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf/Servi%C3%A7os%20farmac%C3%AAuticos%20contextualiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20arcabou%C3%A7o.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Saúde da Pessoa Idosa. Prevenção e Promoção à Saúde Integral.** Acesso em <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa> acesso em 30/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Plano de Cuidado ao Idoso na Saúde Suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais para pesquisa/Materiais por assunto/20121004 plano cuidado idosos.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais%20para%20pesquisa/Materiais%20por%20assunto/20121004%20plano%20cuidado%20idosos.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Promoção da Saúde.** (Documento para Discussão) 2002. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf)

BRUCKI S. M. D.; NITRINI R.; CARAMELLI P.; BERTOLUCCI P. H. F.; OKAMOTO I. H. Suggestions for Utilization of the Mini-Mental State Examination in **Brazil.** *Arq Neuropsiquiatr* v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BURCKHARDT, C. S.; ANDERSON, K. L. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1, n. 1, p. 60, 2003.

BURCKHARDT, C. S.; WOODS, S. L.; SCHULTZ, A. A.; ZIEBARTH, D. M. Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. **Res Nurs Health**, v. 12, n. 6, p. 347-54, 1989.

CAMARANO, A. A. Muito Além dos 60: os Novos Idosos Brasileiros. Rio de Janeiro: **IPEA**, 1999.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELI, R. M. Qualidade de Vida e medidas de Utilidade: Parametros Clínicos para as Tomadas de Decisão em Saúde. **Revista Panam. Salud Pública**, v. 19, n. 2, p. 128-36, 2006.

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente? **Rer. Assoc. Med. Bras.**, v. 46, n. 4, p. 301, 2000.

CHAIMOWICZ, F. A. Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século 21: Problemas, Projeções e Alternativas. **Revista de Saúde Pública**. 1997. v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a Língua Portuguesa e Validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatologia**, v. 39, n. 3, 1999.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; FERREIRA, L. C.; BAPTISTÃO, S. A. M. Riscos de Problemas Relacionados com Medicamentos em Pacientes de uma Instituição Geriátrica. **Rev. Bras. de Ciências Farmacêuticas**, v. 43, n. 1, p. 55-62, 2007.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária. Porto Alegre: **Artmed**, 2013. 454 p.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência Farmacêutica Integrada ao Processo de Cuidado em Saúde: Gestão Clínica do Medicamento. **Rev. Pan-Amaz Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

COSTA, M. C. N. S.; MERCADANTE, E. F. O Idoso Residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso Representa para o Sujeito Idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 209-222, 2013. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

DIAS, Alexandra Marinho. O Processo de Envelhecimento e a Saúde do Idoso nas Práticas Curriculares do Curso de Fisioterapia da Univali Campus Itajaí: Um Estudo de Caso, 2007. 190f. **[Dissertação Mestrado]** em Saúde e Gestão do Trabalho-Área de concentração: Saúde da Família, Universidade do Vale de Itajaí, Itajaí.

DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAUJO, C. V. Comparação da Percepção Subjetiva de Qualidade de Vida e Bem-estar de Idosos que Vivem Sozinhos, com a Família e Institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 127-138, 2013.

DANTAS, R. A. S.; GÓIS, C. F. L.; SILVA, L. M. Utilização da Versão Adaptada da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan em Pacientes Cardíacos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 15-20, 2005.

DRACHMAN, D. A. Aging and the Brain: A New Frontier. **Annals of Neurology**. v. 42, n. 6, p. 819-828, 1997.

FLANAGAN, J. C. Measurement of Quality of Life: Current State of the Art. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 63, n. 2, p. 56-9, 1982.

FLECK, M. P. A. O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspectivas. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental State: a Practical Method for Grading the Cognitive Estate of Patients for the Clinician. **J Psychiatric Res.**, v. 12, p. 189-98, 1975.

FREITAS, M. A. V.; SCHEICHER, M. E. Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 395-401, 2010.

GORZONI, M. L.; FABBRI, R. M. A.; PIRES, S. L. Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 4, p. 442-446, 2012.

GREGORI, F.; ZIULKOSKI, A. L.; ANDRIGHETTI, L. H.; LOURENÇO, E. D.; PERASSOLO, M. S. Acompanhamento Farmacoterapêutico em Pacientes Dislipidêmicos de um Lar de Idosos da Cidade de Novo Hamburgo-RS. **Rev. Bras. Geriatric. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171-180, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Escolaridade e Rendimeto. Agencia de Noticias.** Acesso em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14209-asi-censo-2010-escolaridade-e-rendimento-aumentam-e-cai-mortalidade-infantil> acesso em 31/10/2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Expectativa de Vida do Brasileiro Sobe para 75,8 anos.** Acesso em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-denoticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos> acesso em 30/10/2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Perfil dos Idosos Responsaveis pelos Domicilios.** Comunicação Social jul/2002. Acesso em <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm> acesso em 28/04/2018.

KLAUS, J. H.; NARDIN, V.; PALUDA, J.; SCHERER, F.; BOSCO, S. M. D. Prevalência e Fatores Associados à Constipação Intestinal em Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 835-843, 2015.

LIMA, M. A. X. C. O Fazer Institucionalizado: O Cotidiano do Asilamento. 2005. 135 f. **Dissertação (Mestrado em Gerontologia)** - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

LIMA, T. A. M.; FURINI, A. A. C.; ATIQUE, T. S. C.; DONE, P.; MACHADO, R. L. D.; GODOY, M. F. Análise de Potenciais Interações Medicamentosas e Reações Adversas a Anti-inflamatórios Não Esteroidais em Idosos. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 533-544, 2016.

LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; VERAS, R. P. Assistência Ambulatorial Geriátrica: Hierarquização da Demanda. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 311-8, 2005.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: Características Psicométricas em Idosos Ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-9, 2006.

LUCCHETTI, G.; GRANERA, A. L.; PIRES, S. L.; GORZONI, M. L. Fatores Associados a Polifarmácia em Idosos Institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Geront.** Rio de Janeiro, n. 13, v. 1, p. 51-58, 2010.

LYRA, JR. D. P.; AMARAL, R. T.; VEIGA E. V.; CÁRNIO. E. C.; NOGUEIRA, M. S.; PELÁ I. R. A Farmacoterapia no Idoso: Revisão Sobre a Abordagem Multiprofissional no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 435-41, 2006.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G.; O Uso do Mini-exame do Estado Mental em Pesquisa com Idosos no Brasil: Uma Revisão Sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015.

MENDES, M. R. S. S.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B. The Social Situation of Elderly in Brazil: a Brief Consideration. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 422-6, 2005.

MORAES, R. S.; FUCHS, F. D.; MOREIRA, L. B.; WIEHE, M.; PEREIRA, G. M.; FUCHS, S. C. Risk factors for cardiovascular disease in a Brazilian population-based cohort study. **International Journal of Cardiology**, v. 90, n. 2-3, p. 205–11, 2003.

MORAES, E. N. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: OPAS/MS, 2012.

MORAES E. N. Idosos Frágeis e a Gestão Integral da Saúde Centrada no Idoso e na Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 307-308, 2017.

MOREIRA, N. R. T. L.; ANDRADE, A. S.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; NASCIMENTO, J. A.; BRITO, G. E. G. Qualidade de Vida em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Neurocienc.**, v. 23, n. 4, p. 530-537, 2015.

MOSER, A. D. L. Práticas de saúde em uma empresa pública do Paraná e concepções de saúde dos seus trabalhadores: uma contribuição à Ergonomia e à Saúde do Trabalhador. 2205, 184p. **(Tese)**. Doutorado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina.

NASRI, F. O Envelhecimento Populacional no Brasil. **Einstein**. 2008; v. 6 (supl.1): S4-S6.

NEVES, S. J. F.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; DINIZ, A. S.; MEDEIROS, T. S.; ARRUDA, I. K. G. Epidemiologia do Uso de Medicamentos entre Idosos em Área Urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 47, n. 4, p. 759-68, 2013.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C.; DAMASCENO, B. P.; BRUCKI, S. M. D.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil: Avaliação Cognitiva e Funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia **Arq Neuropsiquiatr**, v. 63, n. 3, p. 720-727, 2005.

OLIVEIRA, M. R.; ORSINI, M. Escalas de Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Brasileiros após Acidente Vascular Encefálico. **Rev. Neurocienc.** 2009. v. 17, n. 3, p. 255-62, 2009.

OLIVEIRA, D. V.; FAVERO, P. F.; CODONHATO, R.; MOREIRA, C. R.; ANTUNES, M. D.; JÚNIOR, J. R. A. N. Investigação dos Fatores Psicológicos e Emocionais de Idosos Frequentadores de Clubes de Dança de Salão. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 802-810, 2017.

OMRAM, A. R. The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The role of the pharmacist in the health care system.** Geneva: OMS, 1994. 24p. (Report of a WHO Meeting).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta.** Brasília, 2002. 24 p.

PALÁCIOS, J. Mudanças e Desenvolvimento Durante a Idade Adulta e a Velhice. Em C. Coll, J. Palácios, & A. Marchesi. Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva. Vol.1, 2ª ed. Porto Alegre. **Artemed.** 2004.

PEREIRA, E. S.; BORGES I. S. Análise da Percepção Geral de Saúde e da Qualidade de Vida de Idosos Praticantes de Hidroginástica a Partir do Instrumento SF-36. **Rev. Bras. de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 5, n. 27, p. 278-284, 2011. ISSN 1981-9900.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de Vida: Abordagens, Conceitos e Avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, 2012.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A Evolução da Atenção Farmacêutica e a Perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

PESSOA, L. R.; SANTOS, E. H.; TORRES, K. R. (Org). Manual do Gerente: Desafos da Média Gerência na Saúde. Rio de Janeiro: **ENSP**, 2011. 208 p.

PIMENTA, F. A. P.; SIMIL, F. F.; TORRES, H. O. G.; AMARAL, C. F. S.; REZENDE, C. F.; COELHO, T. O.; REZENDE, N. A. Avaliação da Qualidade de Vida de Aposentados com a Utilização do Questionário SF-36. **Rev. Assoc Med Bras**, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.

PIMENTEL, F. L. – Qualidade de Vida e Oncologia – Coimbra, **Almedina**, 2006, p: 9-30.

QUINALHA, J. V.; CORRER, C. J. Instrumento para Avaliação da Farmacoterapia do Idoso: uma Revisão. **Rev. Bras. Geriatria Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 487-499, 2010.

RAMOS, L. R. Fatores Determinantes do Envelhecimento Saudável em Idosos Residentes em Centro Urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

RAMOS, L. R.; TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; FARIAS, M. R.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; PIZZOL, T. S. D.; ARRAIS, P. S. D.; MENGUE, S. S. Polifarmácia e Polimorbidade em Idosos no Brasil: Um Desafio em Saúde Pública. **Rev. Saúde Pública**. 2016; 50(supl 2). 9s.

RODRIGUES, M. C. S.; OLIVEIRA, C. Interações Medicamentosas e Reações Adversas a Medicamentos em Polifarmácia em Idosos: uma Revisão Integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24: e 2800.

SAVONITTI, B. H. R. A. Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados. 2000. 139p. São Paulo. **[Dissertação]**. Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de Vida do Idoso na Comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. **Rer Latino-Am Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I, C.; VALENTE, J. G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição Epidemiológica e o Estudo da Carga de Doença no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C. Cuidados aos Idosos Institucionalizados - Opiniões do Sujeito Coletivo Enfermeiro para 2026. **Acta Paul Enferm**. v. 23, n. 6, p. 775-81, 2010.

SIMÃO, A. F.; PRÉCOMA, D. B.; ANDRADE, J. P.; CORREA FILHO, H.; SARAIVA, J. F. K.; OLIVEIRA, G. M. M. I Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - Executive Summary. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 5, p. 420-431, 2014.

STURARO, D. A importância do Acompanhamento Farmacoterapêutico em Pacientes Onco-hematológicos. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 31, n. 3, p. 124, 2009.

VAZ FREIXO, M. J. V. *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: **Instituto Piaget**. 2009.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de Atenção à Saúde do Idoso: Repensando o Sentido da Prevenção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.

VITORINO, D. F. M.; MARTINS, F. L. M.; SOUZA, A. C.; GALDINO, D.; PRADO, G. F. Utilização do SF-36 em Ensaio Clínico Envolvendo Pacientes Fibromiálgicos: Determinação de Critérios Mínimos de Melhora Clínica. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 3, 2004.

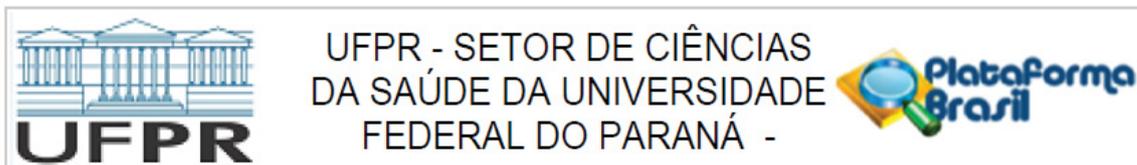
WARE, J. E.; SNOW, K. K.; KOSINSKI, M. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation guide. Boston. **New England Medical Center**, 1993.

YOKOYAMA, C. E.; CARVALHO, R. S.; VIZZOTTO, M. M. Qualidade de Vida na Velhice Segundo a Percepção de Idosos Freqüentadores de um Centro de Referência. **Psicólogo in Formação**, v. 10, n. 10, p. 57-82, 2006.

ZIMERMAN, G. I. Velhice: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre. **Artes Médicas Sul**, 2000.

ZUBIOLI, A. Pharmaceutical Care: Filosofia e Linguagem. **O Farmacêutico em Revista**, n.1, p. 16-8, 2007.

## APÊNDICE A – TERMO DE APROVAÇÃO NO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -

### COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Acompanhamento Farmacoterapêutico de Idosos Polimedicados com Vistas à Qualidade de Vida

**Pesquisador:** Marilis Dallarmi Miguel

**Versão:** 2

**CAAE:** 80352017.2.0000.0102

**Instituição Proponente:** Departamento de Farmácia

#### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 139855/2017

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Cíntia Aparecida dos Anjos (mestranda), Profª. Drª Marilis Dallarmi Miguel-Orientadora e Msc. Lígia Moura Burci Co-Orientadora– da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) senhor (a), com idade acima de 60 anos que faz uso de dois ou mais medicamentos a participar de um estudo intitulado “Comparação da Qualidade de Vida de Idosos Residentes em Diferentes Centros Familiares”.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida de idosos que utilizam mais de dois medicamentos por dia por meio de acompanhamento farmacoterapêutico, que é uma prática profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do doente relacionadas com os medicamentos, através da detecção, prevenção e resolução dos Resultados Negativos da Medicação (RNM- resultados falhos no tratamento ora por ocasionar possíveis reações adversas, ora por estar sendo tomado de forma inadequada, ora pelo fato de que a pessoa tem prescrições a serem seguidas de diferentes profissionais de saúde) de modo contínuo, sistemático ( é um adjetivo atribuído a tudo aquilo que está relacionado ou é parte de um sistema. Normalmente, este termo é designado a algo ou a alguém que observa ou respeita as regras de um sistema) e documentado.

b) Caso você participe da pesquisa, a coleta de dados será realizada primeiramente mediante a aplicação de um questionário socioeconômico, em seguida será aplicado o instrumento para avaliação da qualidade de vida do participante idoso SF-36 (questionário de perguntas referentes a qualidade de vida) e o MMSE (questionário de perguntas referentes ao estado mental). Esses instrumentos serão aplicados em forma de entrevista, sendo a mesma realizada pelo próprio pesquisador a fim de minimizar qualquer problema de interpretação por parte do sujeito da pesquisa.

Rubricas:	
Sujeito da pesquisa	_____
Pesquisador responsável	_____
Orientador	_____ Orientado _____

c) Para tanto você será convidado nos próprios locais/estabelecimentos: Casa de Longa Permanência Irmãos Maristas: Residência Marista, situado na Rua Zacarias Alves

Pereira, 1011, Jardim Aristocrata, CEP: 834030-480, telefone: (41) 3282-2689 na cidade de São José dos Pinhais; Lar Jesus Maria José, situado na Rua Ótávio de Sá Barreto, 75, Jardim Nemari II, CEP: 83075-357, Telefone: (41) 3385-7859 na cidade de São José dos Pinhais para o preenchimento do questionário socioeconômico, o que levará aproximadamente 40 minutos. Para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico serão necessários pelo menos dois encontros, que pode variar dependendo das condições individuais de cada participante, podendo ser menos ou mais.

d) É possível que o(a) senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo de preenchimento de todas as questões bem como algum constrangimento referente às perguntas do questionário.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o tempo de execução que poderá ser cansativo ao senhor (a), devido ao grande número de questões apresentadas por cada instrumento, bem como o período da pesquisa que poderá ser maior ou menor, dependendo dos resultados obtidos em cada fase do projeto. Nas instituições será reservada uma sala arejada, clara, com cadeiras confortáveis para execução da pesquisa, será oferecido ao senhor(a) no momento da entrevista água, chá, bolachas.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa serão verificar quais intervenções poderão ser aplicadas a fim de melhorar a qualidade de vida do idoso. Dados que permitirão uma melhor análise por parte dos profissionais envolvidos no cuidado ao idoso e consequentemente permitirá a adoção de estratégias que melhor se apresente para enfrentar o processo de envelhecimento, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo. Para o participante os benefícios esperados diretamente são orientação, intervenção individual com a prevenção e resolução dos resultados negativos da medicação que forem observados.

g) Os pesquisadores responsáveis por este estudo poderão ser localizados nos seguintes endereços no horário das 08:00 horas às 17:00 horas para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas: Sujeito da pesquisa _____ Pesquisador responsável _____ Orientador _____ Orientado _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Pesquisador</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>	<b>Email</b>
Marilis Dallarmi Miguel	Av. Prof Lothario Meisser, 632 –Departamento de Farmácia- Laboratório de Farmacotécnica Curitiba	(41) 3360-4070	<a href="mailto:dallarmi@ufpr.br">dallarmi@ufpr.br</a>
Lígia Moura Burci	Av. Prof Lothario Meisser, 632 – Departamento de Farmácia- Laboratório de Farmacotécnica Curitiba	(41) 3360-4070	<a href="mailto:ligia.burci@gmail.com">ligia.burci@gmail.com</a>
Cíntia Aparecida dos Anjos	Rua Izabel A. Redentora, 1555- Farmácia Fortefarma Centro, SJP.	(41) 3151-8379	<a href="mailto:gabriel_fortefarma@hotmail.com">gabriel_fortefarma@hotmail.com</a>

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (Professora orientadora do estudo). (No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade)

j) O material obtido –questionários – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 24 meses.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, coleta de dados, transporte não são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41) 3360-7259.

Rubricas: Sujeito da pesquisa _____ Pesquisador responsável _____ Orientador _____ <u>Orientado</u> _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que

recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

São José dos Pinhais, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

---

Assinatura do Pesquisador Responsável ou Responsável pela aplicação do TCLE.

Rubricas:

Sujeito da pesquisa \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – CONVITE DE PARTICIPAÇÃO NO TRABALHO LAR  
MARISTA E LAR JESUS MARIA JOSÉ**

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

### **CONVITE**

Para participar do projeto de pesquisa do programa de mestrado  
em Ciências Farmacêuticas da UFPR.

### **TÍTULO: Comparação da Qualidade de Vida de Idosos Residentes em Diferentes Centros Familiars**

**LOCAL ONDE SERÁ REALIZADO:** IRMÃOS MARISTAS:  
Residência Marista na cidade de São José dos Pinhais;

**INSTITUIÇÃO DE ORIGEM:** Universidade Federal do Paraná

**INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE:** IRMÃOS MARISTAS:  
Residência Marista na cidade de São José dos Pinhais;

**PERÍODO:** 12 meses para o projeto de mestrado.

**NOME DO PESQUISADOR PRINCIPAL:** Cíntia Aparecida dos  
Anjos.

**NOME DOS COLABORADORES:** Prof Dra. Marilis Dallarmi  
Miguel, Doutoranda Lígia Moura Burci.

# **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

## **CONVITE**

Para participar do projeto de pesquisa do programa de mestrado em Ciências Farmacêuticas da UFPR.

### **TÍTULO: Comparação da Qualidade de Vida de Idosos Residentes em Diferentes Centros Familiares**

LOCAL ONDE SERÁ REALIZADO: LAR JESUS MARIA JOSÉ-  
Centro de Amparo aos Idosos Jesus Maria José

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM: Universidade Federal do Paraná

INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE: LAR JESUS MARIA JOSÉ-  
Centro de Amparo aos Idosos Jesus Maria José

PERÍODO: 12 meses para o projeto de mestrado.

NOME DO PESQUISADOR PRINCIPAL: Cíntia Aparecida dos Anjos.

NOME DOS COLABORADORES: Prof Dra. Marilis Dallarmi Miguel, Doutoranda Lígia Moura Burci.





1 <sup>a</sup>			Visão turva	( ) Sim	( ) Não
2 <sup>a</sup>			Pé diabético	( ) Sim	( ) Não
3 <sup>a</sup>			Problemas neurológicos	( ) Sim	( ) Não
4 <sup>a</sup>			Poliúria	( ) Sim	( ) Não
			Polifagia	( ) Sim	( ) Não

### 3. SISTEMA RESPIRATÓRIO E HÁBITOS

Chiu ( ) Sim ( ) Não	Passado de pneumonia ( ) Sim ( ) Não
Tosse produtiva ( ) Sim ( ) Não	Passado de TBC ( ) Sim ( ) Não
Dor torácica ( ) Sim ( ) Não	Pneumoconioses ( ) Sim ( ) Não
Hemoptóicos ( ) Sim ( ) Não	
<b>TABAGISMO</b>	<b>CONSUMO DE ÁLCOOL</b>
Você fuma? ( ) Sim ( ) Não	Em alguma época da sua vida, você bebeu pelo menos 5 doses de bebida alcoólica diariamente? ( ) Sim ( ) Não
Quantos cigarros? _____	
Há quanto tempo? _____	Há Quanto tempo deixou de beber? _____
Há quanto tempo deixou de fumar? _____	
Nunca fumou _____	Nunca bebeu _____

### 4. SISTEMA APARELHO DIGESTIVO

<b>CAVIDADE ORAL</b>	
Xerostomia ( ) Sim ( ) Não	<b>Engasgo</b> ( ) Ocasionalmente ( ) Dependendo da dieta ( ) Frequentemente
Problemas de mastigação ( ) Sim ( ) Não	
Feridas ou lesões na mucosa oral ou língua ( ) Sim ( ) Não	
Prótese dentária ( ) Sim ( ) Não	
Prótese bem adaptada ( ) Sim ( ) Não	
Higienização regular da boca ou prótese ( ) Sim ( ) Não	
<b>Sintomas:</b>	
<b>HÁBITO INTESTINAL</b>	

Frequência _____	Coarção _____
Flatulência _____	Alteração do hábito ( ) Sim ( ) Não
Diarréia _____	Presença de sangue e muco _____
Dor para evacuar _____	Constipação intestinal < 6 meses > 6 meses
Necessita do uso regular de laxativo e/ou extração manual _____	( ) Sim ( ) Não
Frequência das evacuações _____	
Consistência das fezes _____	
Incontinência fecal ( ) Sim ( ) Recente ( ) Crônica ( ) Não	

### 5. SISTEMA APARELHO GÊNITO-URINÁRIO

<b>Próstata</b> Prostatismo ( ) Sim ( ) Não Alteração do jato urinário ( ) Sim ( ) Não Noctúria ( ) Sim ( ) Não Último controle urológico: _____	<b>Sintomas ginecológicos</b> Secura vaginal ( ) Sim ( ) Não Corrimento ( ) Sim ( ) Não Sangramento vaginal ( ) Sim ( ) Não Último controle ginecológico: _____
<b>Mamas</b> Nódulos _____ Mamilo _____ Secreção _____	
<b>Sintomas urinários</b> Disúria ( ) Sim ( ) Não Hematúria ( ) Sim ( ) Não Incontinência urinária ( ) Sim ( ) Não ( ) Recente ( ) Crônica ( ) De urgência ( ) Quando tosse ou espirra	Melhora quando vai ou é levado ao banheiro a tempo? Usa proteção ou fralda: ( ) Sim ( ) Não ( ) Diurna ( ) Noturna ( ) Ambos

<b>6. SISTEMA OSTEOMUSCULARE CUTÂNEO</b>			
<b>Sintomas</b>	Deformidade	Dor	Edema
Articulações			
Estado dos pés			
Coluna cervical			
Coluna lombar			
Estado das mãos			
Estado das Unhas			
<b>Estado da pele</b>			
Úlceras de pressão			
Ceratose			
Lesões pré-cancerosas			
Lesões suspeitas de câncer			
<b>Linfonodos palpáveis</b>			

<b>7. SISTEMA NERVOSO</b>			
Tremores	_____	Repouso _____	Cinético _____ Misto _____
Tonturas	( ) Ocasionalmente	( ) Frequentemente	
	( ) Rotatório	( ) Não rotatória (visão turva, desequilíbrio, “cabeça vazia”)	
	( ) Associada a mudanças súbitas do pescoço/cabeça	( ) Associada a ortostatismo	
Déficit focal	_____		
Bradicinesia	_____		
Rigidez	_____		
Reflexos osteotendíneos	_____		
Reflexos primitivos	_____		

<b>IV. AVALIAÇÃO FUNCIONAL</b>		
<b>1. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (A.V.D.)</b>		
<b>FUNÇÃO</b>	<b>INDEPENDÊNCIA</b>	<b>DEPENDÊNCIA</b>
<b>Atividades de vida diária básicas (auto-cuidado)</b>		
<b>Banhar-se:</b> usa adequadamente o chuveiro, sabão e/ou bucha.		
<b>Vestir-se:</b> apanha a roupa, veste-se e consegue despir-se.		
<b>Uso do banheiro:</b> Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.		
<b>Transferir-se:</b> Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa		





( ) Doença tireoidiana

## VII. AVALIAÇÃO PSÍQUICA E SÓCIO-FAMILIAR

### 1. Composição Familiar

Com quem residia antes de vir para a instituição? \_\_\_\_\_

Membros da Família

Nome	Parentesco	Sexo	Est.Civil	Local residência	Visita	
					da	Sim

### 2. Como chegou à instituição:

( ) Vontade própria      ( ) Trazidos por outros      ( ) Trazido por parentes

### 3. Motivo da institucionalização:

\_\_\_\_\_

### 4. Para você, o que significa viver no asilo?

\_\_\_\_\_

### 5. Religião

Qual? \_\_\_\_\_ Praticante? \_\_\_\_\_

Onde? \_\_\_\_\_ Frequência? \_\_\_\_\_

### 6. Área profissional

Ocupação de habilitações profissionais: \_\_\_\_\_

Situação atual \_\_\_\_\_

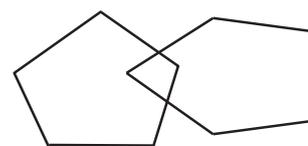
### 7. Interesses principais:

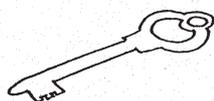
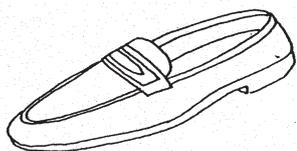
Antes da institucionalização: \_\_\_\_\_

Atuais: \_\_\_\_\_

**ANEXO B AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL: MINI-MENTAL DE FOLSTEIN  
(1975).**

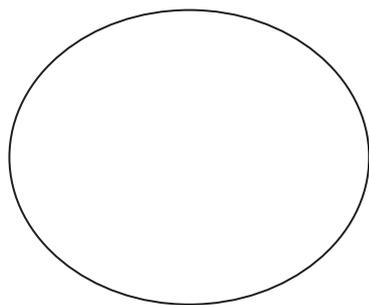
<b>I- AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL</b>						
<b>1. TRIAGEM COGNITIVA</b>						
<b>1.1.1 Pacientes com 8 anos ou mais de escolaridade</b>						
<b>MINI-MENTAL DE FOLSTEIN (1975)</b>						
1. Orientação Temporal	Ano	Mês	Dia do Mês	Dia da Semana	Semestre	(5):
2. Orientação Espacial (5):	Estado	Cidade	Bairro	Local	Andar	
3. Registro (3): -Repetir:	GELO,	LEÃO	e PLANTA			
4. Atenção e Cálculo (5):	100 – 7 = 93 – 7 = 86 – 7 = 79 – 7 = 72 – 7 =			MUNDO=	ODNUM	65
5. Memória de Evocação (3):	Quais os três objetos perguntados anteriormente?					
6. Nomear dois objetos:	relógio e caneta (0 a 2)					
7. Repetir:	“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”					
8. Comando de estágios:	“Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão” (0 a 3)					
9. Escrever uma frase completa (0 a 1)						
10. Copiar diagrama (0 a 1)						
11. Ler e executar (0 a 1)	FECHE SEUS OLHOS					
<b>1.1.2 Pacientes analfabetos ou baixa escolaridade</b>						
<b>FLUÊNCIA VERBAL</b>	<i>Scores</i>					
Animais						
Frutas						
<b>TESTE DAS FIGURAS</b>						
Percepção visual correta						
Nomeação correta						
Memória Incidental						
Memória imediata 1						
Memória imediata 2						
Evocação após 5 minutos						





TESTE DO RELÓGIO.....( )

*“Desenhe um relógio com todos os números e marcando 11:10”*



**ANEXO C VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: DADOS SUBJETIVOS**

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, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta 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	1	2	3	4	5	6

calmo ou tranqüilo?						
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