

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**SIMONE DE FREITAS DUARTE OLIVEIRA**

**DECLÍNIO COGNITIVO, FUNCIONALIDADE E ARRANJOS  
DOMICILIARES ENTRE OS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**SÃO PAULO  
2006**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**SIMONE DE FREITAS DUARTE OLIVEIRA**

**DECLÍNIO COGNITIVO, FUNCIONALIDADE E ARRANJOS  
DOMICILIARES ENTRE OS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

**SÃO PAULO  
2006**

## Folha de Aprovação

Simone de Freitas Duarte Oliveira

DECLÍNIO COGNITIVO, FUNCIONALIDADE E ARRANJOS DOMICILIARES ENTRE OS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do Título de Mestre.

Data da Defesa: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

## ***Dedicatória***

*Dedico esse trabalho primeiramente aos meus filhos, Samuel e Ester, razão da minha luta, pelo amor, por acreditarem e me apoiarem e acima de tudo por saberem entender minha ausência em tantos momentos.*

*Ao meu marido, Marco Antonio, pelo amor, carinho, apoio incondicional e companheirismo com que me acompanha nessa jornada.*

*Aos meus pais que me ensinaram tudo o que sou, por serem exemplos de vida. Em especial à minha mãe, pela ajuda, incansável força e “socorro” com as crianças.*

*À minha irmã, Débora, pela força e incentivo ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.*

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

*À Prof<sup>a</sup> Yeda, pela sua orientação, suas observações e direcionamento que permitiu minha caminhada nessa pesquisa e proporcionou através de suas idéias, saber e competência conduzir-me nessa trajetória.*

*À Prof<sup>a</sup> Maria Lúcia pela oportunidade de participar desse Projeto, partilhando seus conhecimentos e experiência.*

*À Prof<sup>a</sup> Ana Tereza e Prof<sup>o</sup> Jair pelas sugestões coerentes e indispensáveis no exame de qualificação.*

*Ao Fernão, pela disponibilidade, seriedade e valiosa ajuda.*

*À Elaine, amiga de todas as horas, por me estimular, pelo carinho, pelo ombro amigo, por ter me escutado tantas vezes, pela sua doce presença.*

*À Denise, onde essa caminhada permitiu o fortalecimento da nossa amizade, por ter dividido comigo tantas dificuldades, desânimo, caronas, alegrias, sorrisos e amizade verdadeira.*

*Às minhas amigas Luzinete e Dionize, pela simples presença, pelo incentivo, pelas palavras de ânimo, por me escutarem, sempre.*

*À minha tia Ângela, por tão valiosa ajuda e disponibilidade, sempre me ajudando com as crianças.*

*Aos meus sogros, Wilma e Maurílio, por todo apoio, pela torcida, pelas orações, meu carinho e agradecimento, sempre.*

*Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e carinho.*

*Aos meus familiares, pelas palavras de incentivo, pelo carinho e amizade.*

*A todos aqueles que ainda não tenha citado, e que direta ou indiretamente tenham contribuído na realização deste trabalho, meu muito obrigada.*

## RESUMO

Oliveira SFD. Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre os idosos do município de São Paulo. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006.

O envelhecimento populacional no Brasil é um fenômeno que ocorre rapidamente, alterando o perfil de morbi-mortalidade da população, com conseqüente aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Dentre essas doenças estão inseridas as demências, que produzem grande impacto para os indivíduos acometidos, tanto no que diz respeito à funcionalidade e manutenção da independência, como também a necessidade, muitas vezes, do auxílio de um cuidador para o desempenho das tarefas do cotidiano, afetadas pelo declínio cognitivo. Para conhecer as demandas de saúde que poderão emergir da população que se tornou rapidamente idosa, a Organização Pan-Americana de Saúde, desenvolveu em 2000, um estudo multicêntrico denominado Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE), realizado em sete países, entre eles o Brasil, sendo desenvolvido na área urbana do Município de São Paulo, com 2.143 idosos com 60 anos ou mais, divididos em duas partes: uma probabilística e uma intencional. Em todos os países envolvidos foi aplicado um instrumento único, padronizado, composto por onze seções. Para o estudo presente, a composição da amostra foi de idosos que, na avaliação do estado cognitivo, obtiveram uma pontuação de 12 ou menos no MEEM (Mini Exame do Estado Mental) e 6 ou mais no Questionário de Pfeffer para Atividades Funcionais (QPAF). O MEEM é um instrumento utilizado para avaliação das funções cognitivas e para o SABE utilizou-se uma versão modificada e validada do MEEM desenvolvido por Folstein. A combinação desses dois instrumentos indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave, sugerindo a presença de demência ou outros transtornos associados. Os objetivos desse estudo foram: traçar o perfil sócio-demográfico e as condições de saúde desses idosos com declínio cognitivo, bem como conhecer as reais necessidades de ajuda e a ajuda recebida pela rede de apoio, segundo arranjos domiciliares e rede de suporte social. As variáveis foram agrupadas em blocos temáticos de interesse: informações pessoais, condições de saúde, avaliação funcional, medicações utilizadas e suporte social. Os resultados se mostraram equiparados com a literatura, principalmente no que diz respeito às características sócio-demográficas, com maior número de mulheres, em faixas etárias mais velhas e com menor nível de escolaridade. Esses idosos também são mais acometidos de comorbidades, sendo que mais que a metade deles sofre de hipertensão arterial, possuem maior perda funcional, principalmente em relação às atividades instrumentais de vida diária, 30,8% sofrem de incontinência urinária e 13,0% de fecal, 37,2% deles apresentaram queda nos últimos 12 meses e 22,6% moram sós, sendo que a ajuda oferecida, pela maioria dos arranjos domiciliares chega muitas vezes em 100,0%, ficando também quase em sua totalidade, a responsabilidade e o oferecimento de ajuda pela família.

Palavras-chave: envelhecimento populacional, declínio cognitivo, condições de saúde, comorbidades, arranjos domiciliares, ABVD, AIVD. SABE

## **ABSTRACT**

### **Summary**

Oliveira SFD. Cognitive decline, functionality, and home living among senior citizens in São Paulo County. [Thesis defense] São Paulo(SP): "Escola de Enfermagem da USP"; 2006.

The Brazilian aging population is a phenomenon that occurs rapidly, changing the population morbid-mortality profile, consequently increasing the chronic non-transmissible diseases. Among these diseases there are dementias that produce a great impact to the attacked individuals, in their functionality as well as in the being able to be independent, often times needing extra caregiver for daily living, affected by cognitive decline. To understand the health demands that may emerge from the population that became rapidly aged, the Pan-American Health Organization, developed in 2000, a multi center study, named Well Being and Aging in Latin America and Caribbean (SABE), comprising of 7 countries, including Brazil, with 2,243 aged people 60 years and older in the urban area of the Sao Paulo county, divided in two parts: one probabilistic and one intentional. In all studied countries it was used only one instrument, standardized, consisting of eleven sections. For this present study, the sample composition was of aged people that presented 12 or less points in the Mini Mental State Test (MEEM) of the cognitive test and 6 points or more in the Pfeffer Examination for the Functional Activities (QPAF). The MEEM is an instrument used to evaluate the cognitive functions and to the SABE test, it was used a modified and validated version of the MEEM developed by Folstein. The combination of these two instruments shows a higher specificity to measure the worst cognitive decline, suggesting the presence of dementia and other associated problems. The objectives of this study were: to trace the socio-demographic profile and the health conditions of these aged people with cognitive decline, as well as to learn the real need for help and aid provided by the support group, as per the home arrangements and the web of social support. The variables were grouped in interest theme blocks: personal information, health conditions, functional evaluation, used medication, and social support. The results were demonstrated to be comparable with the literature, mainly related to the socio-demographic characteristics, with a larger number of women, in older age levels and lesser levels of schooling. These aged people are more susceptible of comorbidities, more than half of them have high blood pressure, and greater functional, mostly related to the loss of instrumental activities of the daily life, 30.8% suffer with urinary incontinence and 13.0% of fecal, 37.2% of them have fallen in the last 12 months, and 22.6% live alone, and the offered home support comes to 100%, coming to be the responsibility almost totally dependent of the family support.

Key words: population aging, cognitive decline, health conditions, comorbidities, home support, ABVD, AIVD, and SABE.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> IDOSOS(%) SEGUNDO DECLÍNIO COGNITIVO, SEXO, IDADE, ESTADO MARITAL E ESCOLARIDADE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000.....	45
<b>TABELA 2:</b> IDOSOS (%) SEGUNDO DECLÍNIO COGNITIVO E DOENÇAS REFERIDAS, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000.....	50
<b>TABELA 3:</b> IDOSOS (%) SEGUNDO DECLÍNIO COGNITIVO E USO DE MEDICAMENTOS*, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000.....	53
<b>TABELA 4:</b> IDOSOS(%) SEGUNDO DECLÍNIO COGNITIVO E DIFICULDADES DE DESEMPENHO DAS ATIVIDADES BÁSICAS (ABVD) E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD) E PRESENÇA DE INCONTINÊNCIAS ..	56
<b>TABELA 5:</b> IDOSOS (%) SEGUNDO DECLÍNIO COGNITIVO E OCORRÊNCIA DE QUEDA NOS ÚLTIMOS 12 MESES, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000.....	61
<b>TABELA 6:</b> IDOSOS (%) SEGUNDO DECLÍNIO COGNITIVO E AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000.....	63
<b>TABELA 7:</b> IDOSOS (%) SEGUNDO DECLÍNIO COGNITIVO E ARRANJOS DOMICILIARES, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000.....	65
<b>TABELA 8:</b> IDOSOS(%) COM DECLÍNIO COGNITIVO SEGUNDO TIPO DE ARRANJO DOMICILIAR, DIFICULDADES PARA EXECUÇÃO DE ATIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA E RECEBIMENTO DE AJUDA. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000. ....	71
<b>TABELA 9:</b> IDOSOS(%) SEM DECLÍNIO COGNITIVO SEGUNDO TIPO DE ARRANJO DOMICILIAR, DIFICULDADES PARA EXECUÇÃO DE ATIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA E RECEBIMENTO DE AJUDA. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000. ....	72
<b>TABELA 10:</b> IDOSOS (%) SEGUNDO PRESENÇA DE DECLÍNIO COGNITIVO E SITUAÇÃO DE MORADIA HÁ 5 ANOS. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000.....	79
<b>TABELA 11:</b> IDOSOS (%) SEGUNDO PRESENÇA DE DECLÍNIO COGNITIVO E MUDANÇA DE SITUAÇÃO DE MORADIA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000. ....	79
<b>TABELA 12:</b> IDOSOS(%) SEGUNDO PRESENÇA DE DECLÍNIO FUNCIONAL E AJUDA RECEBIDA POR FILHOS(AS) E IRMÃOS(ÃS) QUE NÃO RESIDEM NA MESMA CASA. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000. ....	81
<b>TABELA 13:</b> IDOSOS(%) SEGUNDO PRESENÇA DE DECLÍNIO COGNITIVO E ASSISTÊNCIA RECEBIDA DE INSTITUIÇÃO OU ORGANIZAÇÃO DE APOIO DA COMUNIDADE. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2000. ..	82
<b>TABELA 14:</b> RESULTADOS DA REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD) SEGUNDO O DESFECHO “TEM DIFICULDADE E RECEBE AJUDA”.....	84
<b>TABELA 15:</b> RESULTADOS DA REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD) SEGUNDO O DESFECHO “TEM DIFICULDADE E NÃO RECEBE AJUDA”.....	87
<b>TABELA 16:</b> RESULTADOS DA REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL PARA ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD) SEGUNDO O DESFECHO “TEM DIFICULDADE E RECEBE AJUDA”.....	88
<b>TABELA 17:</b> RESULTADOS DA REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL PARA ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD) SEGUNDO O DESFECHO “TEM DIFICULDADE E NÃO RECEBE AJUDA”.....	90



## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1:</b> BLOCOS TEMÁTICOS E QUESTÕES CORRESPONDENTES AO QUESTIONÁRIO SABE, SÃO PAULO, 2005.....	42
<b>QUADRO 2:</b> CLASSIFICAÇÃO DOS ARRANJOS DOMICILIARES SEGUNDO TIPO DE CO-RESIDENTES.....	43
<b>QUADRO 3:</b> NOMES, DEFINIÇÕES E CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS CONSIDERADAS PARA A ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL.....	44

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	11
1.2 DESEMPENHO COGNITIVO NO IDOSO .....	13
1.2 DEMÊNCIA.....	18
1.3 O CUIDADO COM O IDOSO.....	26
1.4 O ESTUDO SABE SAÚDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE .....	32
1.5 INSTRUMENTO .....	33
1.5.1 Seção A – Dados pessoais .....	33
1.5.2 Seção B – Avaliação cognitiva .....	33
1.5.3 Seção C – Estado de saúde.....	34
1.5.4 Seção D – Estado funcional .....	34
1.5.5 Seção E – Medicamentos.....	34
1.5.6 Seção F – Uso e acesso a serviços .....	34
<i>Serviços de saúde utilizados, públicos ou privados, nos últimos 12 meses e ocorrência de hospitalização, atendimento ambulatorial, exames nos últimos quatro meses, bem como tempo de espera para atendimento, terapêutica prescrita e gastos relacionados.</i>	
1.5.7 Seção G – Rede de apoio familiar e social .....	34
1.5.7 Seção G – Rede de apoio familiar e social .....	35
1.5.8 Seção H – História laboral e fontes de renda.....	35
1.5.9 Seção J – Características da moradia.....	35
1.5.10 Seção K – Antropometria .....	36
1.5.11 Seção L – Flexibilidade e Mobilidade.....	36
1.6 AMOSTRA.....	36
1.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	38
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>39</b>
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODO</b> .....	<b>40</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	40
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	40
3.3 MODELO DE ANÁLISE .....	44
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>45</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>94</b>

### ANEXO A – INSTRUMENTO SABE

### ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional no Brasil vem acontecendo de forma rápida, acentuado pelas baixas taxas de fecundidade que, somadas a outros fatores como queda nas taxas de mortalidade e aumento da esperança de vida, têm feito com que a proporção de idosos aumente em velocidade crescente.

Esse panorama é particularmente preocupante uma vez que todo esse fenômeno de envelhecimento teve início sem que o país tivesse conseguido resolver problemas primordiais em sua população, como saneamento básico, habitação e melhor garantia à assistência de saúde, com efetividade em ações preventivas.

As mudanças no perfil populacional foram acentuadas a partir dos anos 40, pois até então as taxas de natalidade e mortalidade pouco oscilaram. Mas o processo de envelhecimento populacional pode ser notado com maior atenção a partir da década de 1960, quando começou a ocorrer diminuição das taxas de fecundidade, que era, então, de 6,3 filhos por mulher, e em 1991 era de 2,9 passando em 2000 para 2,3 <sup>(IBGE-1)</sup>.

Em resposta a esse declínio, a proporção do número de crianças e adolescentes na população em geral também diminuiu. A faixa etária de 0 a 14 anos em 1970 era de 42,1%, passando para 38,2% em 1980, e em 2003 representava 27,2% do total da população brasileira. Essa tendência vai estreitando a base da pirâmide populacional, modificando sua estrutura <sup>(2)</sup>.

Em contrapartida, a proporção de idosos na população geral aumentou gradativamente de 3,1% em 1970 para 4,8% em 1991 e 9,6% em 2003. As taxas de mortalidade também decaíram de 13 por mil habitantes na década de 1960, para 6,9

em 1999. Em conjunto também aumentou a esperança de vida ao nascer, passando de 42 anos em 1940 para 67,7 anos em 1993 e chegando em 2004 a 71,7 anos. Esses fenômenos em conjunto alteraram a pirâmide populacional, alargando seu topo e estreitando sua base <sup>(1,2,3,4)</sup>.

Esses dados dão a dimensão de quão rápido tem sido esse processo de envelhecimento, que acontece de forma semelhante em outros países da América Latina e Caribe, e bem diferente nos países desenvolvidos, uma vez que, nesses, o referido processo ocorreu mais lentamente, havendo ao longo desses anos uma melhora nas condições de vida da população uma vez que, no momento que envelheceram, estavam em melhores condições econômicas e puderam desenvolver melhorias no sistema de saúde, saneamento, habitação, entre outras, fato esse não ocorrido, nas mesmas proporções, no Brasil <sup>(5)</sup>.

Com o aumentar da idade também aumenta a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, não sendo incomum os idosos possuírem concomitantemente mais de uma condição crônica, elevando, assim, o risco de complicações. Segundo dados do Estudo SABE (Saúde Bem Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe), realizado na cidade de São Paulo em 2000, a prevalência de doenças crônicas concomitantes entre os idosos foi de 48% entre as mulheres e 33% entre os homens <sup>(6)</sup>.

Chaimowcz <sup>(7)</sup> chama atenção para o fato de o Brasil não ter sido capaz de se preparar para prevenir e tratar de forma efetiva as doenças crônicas degenerativas e suas complicações, uma vez que no momento de transição demográfica estava preocupado com outros desafios, como mortalidade infantil e doenças transmissíveis.

Essa falta de estratégias para promoção da saúde trouxe implicações para o indivíduo que está envelhecendo, aumentando o número de doenças crônicas e representando um desafio para as políticas de saúde.

Dentre as doenças crônicas que possuem incidência e prevalência aumentada entre os idosos estão: a doença arterial coronariana, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus tipo 2, os acidentes vasculares cerebrais, as artrites, artroses, reumatismos, osteoporose, e as demências. Essas podem também ser consideradas potencialmente incapacitantes oferecendo risco para dependência. Nesse estudo será dado ênfase às doenças relacionadas ao declínio cognitivo dos idosos, em especial as demências.

## **1.2 Desempenho cognitivo no idoso**

O desempenho físico, emocional e cognitivo do indivíduo pode ser alterado no processo de envelhecimento e, como consequência, levar à diminuição da capacidade funcional. O desempenho físico está relacionado às limitações impostas pelo funcionamento sensório-motor; o desempenho emocional à maneira em como ele lida psicologicamente com os efeitos estressantes da vida, e o desempenho cognitivo com sua capacidade intelectual e de raciocínio <sup>(8,9)</sup>.

No processo de envelhecimento ocorrem perdas de grupos celulares e diminuição da capacidade funcional de sistemas bioquímicos, levando a um declínio cognitivo, sem que isso possa ser classificado como doença <sup>(10)</sup>. A perda de neurônios pode tornar-se mais rápida em consequência de eventos como acidentes vasculares cerebrais, lesões, tumores e outros processos degenerativos <sup>(11)</sup>.

Essas mudanças cerebrais que ocorrem no envelhecimento representam hoje, o interesse de diversos estudos. Pequenos lapsos de memória, raciocínio mais

lento, modificações morfológicas do cérebro como diminuição do tamanho e peso, giros mais finos, menor espessura de regiões corticais são alguns dos sinais de atrofia que aparecem no idoso. Outras mudanças importantes são a diminuição do número de sinapses, de proteínas cerebrais e de neurotransmissores, substâncias essenciais para a transmissão de mensagens cerebrais <sup>(12)</sup>.

Segundo Almeida <sup>(13)</sup> existem evidências de que no idoso o desempenho intelectual sofre discreta deterioração nas tarefas que exigem uma maior velocidade e flexibilidade; o que é complementado por Yassuda <sup>(14)</sup> quando afirma haver uma diminuição da velocidade de processamento das informações decorrente de alterações neurofisiológicas cerebrais, sendo base das alterações de memória.

Memória pode ser definida como a aquisição, a formação, a conservação e a evocação de informações <sup>(11)</sup>. Ela é o que torna o organismo capaz de registrar, armazenar informações e resgatá-las quando necessário <sup>(15)</sup>.

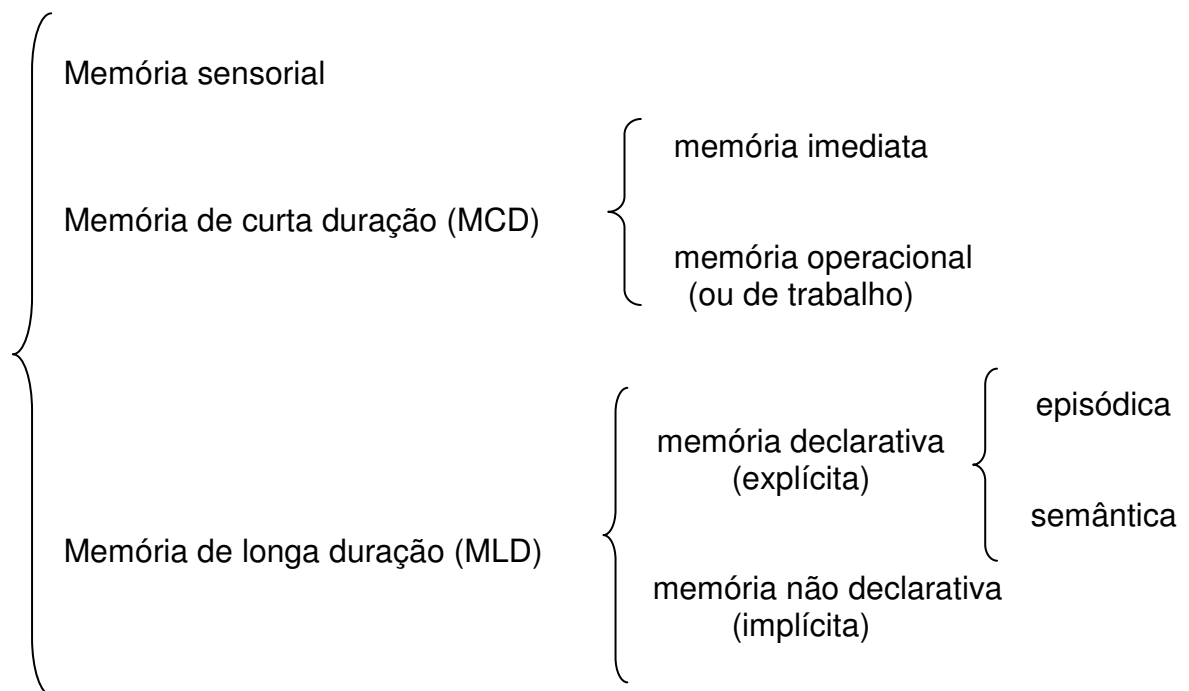
Diferenciar o normal do patológico, embora os critérios neuropsicológicos, patológicos e de neuroimagem estejam estabelecidos e diagnosticar problemas cognitivos leves no indivíduo idoso pode não ser tarefa fácil devido à ausência de uniformidade nos conceitos, resultando na falta de um consenso de algoritmos diagnósticos <sup>(11,15,16)</sup>.

Segundo Charchat-Fichman <sup>(17)</sup>, existe uma diversidade de definições a respeito do declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento, porém a utilizada como Comprometimento Cognitivo Leve (Mild Cognitive Impairment) é a que mais amplamente tem sido estudada, sendo inclusive recomendada pela Academia Americana de Neurologia como diagnóstico a fim de detectar precocemente a demência.

Para receber o diagnóstico de declínio cognitivo leve os critérios diagnósticos são: o indivíduo não pode ser normal nem ser demente, deve ter evidência de declínio cognitivo mensurado de forma objetiva combinada com o comprometimento cognitivo objetivo, ter preservada a realização das atividades de vida diária e nenhum ou mínimo comprometimento das atividades instrumentais avançadas ou complexas <sup>(17)</sup>.

As perdas cognitivas podem advir não somente de mudanças fisiológicas, mas também podem ser decorrentes da falta de estimulação e uso contínuo da memória. Isquierdo <sup>(11)</sup> salienta que o exercício contínuo da memória provavelmente seja a principal diferença entre o declínio cognitivo entre uns idosos e outros. O uso contínuo da memória reduz e torna mais lento o déficit funcional que ocorre no idoso, portanto, quanto mais se usa, menos se perde.

A memória pode ser classificada em:



A memória sensorial dura menos de um segundo, permanecendo ativa apenas o tempo que for necessário para que aconteça a percepção; frágil e de capacidade limitada, é mais uma função de atenção do que a memória <sup>(18)</sup>.

A MCD possui uma capacidade limitada de armazenar a informação, mantendo-a temporariamente, por poucas horas, apenas o necessário para que haja consolidação da MLD, embora não seja necessária essa consolidação, ou seja, o processo de conversão da MCD para a MLD <sup>(11,15,18)</sup>.

A MCD é subdividida em memória imediata e operacional (ou de trabalho). Memória imediata é a capacidade de gravar passivamente informações que logo serão apagadas, como é o caso de transmissão de um recado a alguém. Na memória operacional o processamento da informação acontece de forma ativa, para que possam ser integradas e manipuladas, sendo essencial para fixação, evocação, para as atividades cognitivas como compreensão, raciocínio, tomada de decisões e planejamento de ações, como no caso de realização mental de uma operação matemática, guardando-se a informação parcial e continuando o cálculo restante <sup>(15,18)</sup>.

A MLD representa a capacidade de evocar informações registradas após dias, meses ou anos de armazenamento, possibilitando sua manutenção por um período de tempo longo. Ela é utilizada ao lembrar-se de fatos ocorridos no passado como, por exemplo, na infância <sup>(15,18,19)</sup>.

A memória declarativa (explícita) é uma sub-divisão da MLD, quando ocorre memorização num processo consciente, por exemplo, ao se estudar para uma prova. Ela pode ser dividida em episódica e semântica.

Episódica é a memória autobiográfica ou seja, a utilizada para guardar experiências com dados espaciais e temporais, ligadas às vivências pessoais do



indivíduo. Semântica é aquela utilizada para gravar conhecimentos lingüísticos e sobre o mundo, referindo-se a conhecimentos compartilháveis com outras pessoas, por exemplo: *O Brasil é um país da América do Sul, a última eleição para presidente foi em 2002, etc* <sup>(11,15,19)</sup>.

A memória não declarativa, outra sub-divisão da MLD, é manifestada quando um evento prévio torna mais fácil o desempenho de uma tarefa sem requerer evocação consciente daquela experiência. Por exemplo, a visão de uma arma pode trazer o ímpeto de afastar-se para longe por estar associada a perigo <sup>(11,15)</sup>.

No processo de envelhecimento há um declínio relacionado à memória de curta duração e à de longa duração. Na de curta duração, o declínio acontece mais acentuadamente em relação à memória operacional <sup>(11,15)</sup>. As áreas cerebrais envolvidas no funcionamento desse tipo de memória são o córtex frontal, córtex entorrinal, parietal superior e cíngulo anterior e hipocampo.

O declínio de memória de longa duração é mais acentuado na memória declarativa do que na não declarativa, mas é a episódica que mais acentuadamente declina nessa fase da vida <sup>(11)</sup>. Pouca diferença no processo de envelhecimento sofre a memória semântica.

A memória declarativa requer funcionamento do hipocampo e córtex entorrinal, áreas interligadas localizadas no lobo temporal. Já a memória não declarativa está associada ao núcleo caudato e ao cerebelo, podendo também utilizar circuitos do lobo temporal <sup>(12)</sup>.

## 1.2 Demência

As demências e a depressão são os transtornos mentais mais freqüentes entre os idosos <sup>(20)</sup>.

Segundo Nitrini e Caramelli <sup>(21)</sup> demência pode ser definida como uma “síndrome caracterizada pela presença de declínio cognitivo persistente que interfere com as atividades sociais ou profissionais do indivíduo e que independe de alterações do nível de consciência”.

Segundo Cummings e Benson (*apud* Nitrini<sup>(22)</sup>) demência é um déficit adquirido e persistente do funcionamento intelectual, atingindo no mínimo três funções cognitivas, entre elas: a linguagem, a memória, as habilidades visuo-espaciais, o controle das emoções ou personalidade, e outros aspectos da cognição como abstração, o julgamento ou as funções executivas.

Os transtornos demenciais aumentam com a idade, de 1,3% nos indivíduos entre 65 e 69 anos para 17,0% nos indivíduos com 80 e 84 anos, chegando a alcançar aproximadamente 37,8% entre os que possuem 85 anos e mais <sup>(23)</sup>. A prevalência da demência dobra a cada 5 anos de aumento da faixa etária <sup>(24,25)</sup>. Isso é corroborado por Cerqueira <sup>(26)</sup> quando afirma que há um aumento significativo dos idosos que possuem deterioração cognitiva entre os 70 e 74 anos (6,5%) aumentando para 12,8% na faixa de 75 a 79 anos e para 31,6% naqueles com mais de 85 anos.

Em um estudo realizado na cidade de Catanduva, a prevalência de demência foi de 7,1%, sendo a doença de Alzheimer (DA) responsável pela maioria dos diagnósticos, seguida pela demência vascular, com 54,1% dos casos e 9,3%, respectivamente <sup>(23)</sup>.

Ferri et al <sup>(27)</sup>, em um estudo de revisão sobre a prevalência de demência no mundo apontaram que em 2005, 24,3 milhões de pessoas apresentariam demência, surgindo 4,6 milhões de casos novos/ano e em 2040 serão 81,1 milhões de pessoas, sendo 71% desses vivendo nos países em desenvolvimento <sup>(27)</sup>.

Em outra revisão restrita aos países da União Européia, e com idosos com 65 anos e mais, a prevalência de demência ficou entre 5,9% e 9,4% <sup>(28)</sup>. Na Índia, estudo recente mostrou prevalência de demência em 3,3%, sendo 54% dos casos de doença de Alzheimer e 39% de demência vascular <sup>(29)</sup>. Já na Itália, em estudo realizado em um distrito na região central do país, a prevalência de demência foi 6,2% nos idosos com 65 anos e mais, sendo a DA, também, a mais incidente <sup>(30)</sup>.

Para que o diagnóstico de demência seja feito há necessidade de comprovação de comprometimento cognitivo que inclui memória, linguagem, praxias, gnosias, funções executivas e também comprometimento funcional, relacionado ao desempenho das atividades de vida diária <sup>(21)</sup>.

O indivíduo idoso não pode, então, ser considerado portador de demência se apenas apresentar declínio da memória, esse diagnóstico só pode ser realizado se houver pelo menos mais uma função cognitiva afetada.

Na maioria dos casos de demência o sintoma inicial e com maior prevalência é o prejuízo da memória, sendo que as alterações anátomo-patológicas encontradas em áreas responsáveis por ela são, com grande frequência, as do hipocampo, córtex entorrinal e amígdala. Nas demências, principalmente na DA, a memória episódica é a primeira a ser acometida, mas o indivíduo pode apresentar também declínio da memória operacional e semântica.

Nessa fase inicial das demências nem sempre é fácil detectar esse declínio da memória operacional, que pode fazer com que o indivíduo pareça desorientado e

com dificuldade de concentração, fazendo com que tenha tendência à confusão do que percebe e recorda. Pode apresentar falha na atenção ao lidar com situações complexas e dificuldade em identificar pessoas e locais conhecidos com desorientação de tempo e espaço <sup>(11,22,31)</sup>.

Há um comprometimento importante na MLD e, ainda que a MCD na maioria dos casos ainda funcione em algum grau, ocorrem perdas acentuadas com o avanço da lesão de tal forma que o indivíduo pode se perder dentro de sua própria casa, esquecer de sua profissão ou ainda não reconhecer familiares. À medida que a doença progride há acometimento de outras estruturas como alterações no córtex parietal, pré-frontal e frontal <sup>(11,31)</sup>.

O córtex pré frontal é uma estrutura que, através de conexões com outras, integra aspectos emocionais e afetivos. Além de participar ativamente no comportamento do indivíduo também participa na evocação das memórias declarativas e de procedimento <sup>(19,22)</sup>.

Com a progressão da doença e lesão de lobo frontal há distúrbio de atenção, mobilidade e percepção, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldade na realização de ações complexas que necessitam de organização para uma seqüência de atos <sup>(21,32)</sup>.

Em fase inicial do quadro demencial o indivíduo também pode apresentar a apraxia, que é um distúrbio de atividade gestual, uma incapacidade de realizar atos motores complexos, apesar de ter a capacidade motora intacta. Não executa um ato motor ou o faz de maneira incorreta <sup>(19,21,31)</sup>.

O planejamento e execução das ações motoras complexas estão relacionadas ao córtex pré frontal, onde aparecem lesões com o agravamento da

demência. O cerebelo também desempenha importante função na melhora da precisão do movimento <sup>(32)</sup>.

Nos indivíduos com apraxias são encontradas lesões dos córtices motor suplementar (área pré - motora no lobo frontal) e associativo parietal posterior (lobo parietal). Nesses indivíduos não há fraqueza ou déficit sensorial e podem ser capazes de realizar atos motores simples, porém são incapazes de realizar atos complexos e que necessitem de planejamento ou tenham seqüência de contrações musculares, como por exemplo escovar os dentes ou pentear os cabelos <sup>(32)</sup>.

As funções executivas são manifestações comuns e aparecem logo na fase inicial, tendendo acentuar-se com o avançar da deterioração e envolvendo a incapacidade de iniciar uma ação e a de julgar uma situação. O ato de planejar requer auxílio de componentes como memória e atenção e problemas no planejamento e na execução de estratégias complexas aparecem quando há comprometimento da região dorsolateral do lobo pré-frontal esquerdo. Esse tipo de distúrbio pode tornar difíceis tarefas como preparar uma refeição ou fazer compras <sup>(11,33)</sup>.

O comprometimento da linguagem também pode aparecer na fase inicial das demências. Uma das responsáveis pela linguagem é a área de Broca, que se situa adjacente à região do córtex motor e é a área motora da fala, controlando movimentos de articulação, expressão facial e fonação. Outra área importante pela linguagem é a área de Wernicke, que se situa no lobo temporal pósterior superior esquerdo, próximo do córtex auditivo primário e é o centro da compreensão auditiva, relacionada à compreensão da fala <sup>(19,32)</sup>.

Inicialmente, o sintoma mais evidente é a anomia, na qual o indivíduo apresenta termos vagos para identificação, utilizando-se por exemplo “aquela coisa”

ou “aquele negócio” para designar a palavra. Substitui também por termos genéricos, por exemplo, não consegue falar cachorro e fala “bicho”. Na fase inicial a compreensão escrita normalmente se encontra mais afetada do que compreensão oral. Nessa fase inicial raramente aparecem as parafasias (substituição de uma palavra por outra) e nessa fase as lesões estão relacionadas à lesão de lobo temporal, hipocampo e córtex entorrinal <sup>(22,32)</sup>.

Numa fase mais intermediária os danos são em todos os domínios, com uma fala com repetições de palavras, anomia e parafasia verbal, que pode ter relação com a palavra substituída, por exemplo, trocando garfo por colher, ou ter relação de ordem fonética com a palavra, por exemplo, substituindo carro por barro. Aparecem também neologismos, com palavras totalmente sem significado. As frases tornam-se confusas podendo ocorrer ruptura nos discursos <sup>(32)</sup>.

Na fase final o comprometimento da linguagem é geral, com diminuição importante da produção oral, resumindo-se a automatismos e dificuldade grande na compreensão. Quando é possível a emissão de palavras, pode ocorrer a ecolalia. Esses distúrbios são atribuídos ao comprometimento da associação temporal – parietal – occipital <sup>(22)</sup>.

A agnosia é outro distúrbio que ocorre com certa freqüência nos indivíduos com demência e pode ser definido como a incapacidade em identificar um objeto que antes era reconhecido facilmente. É a dificuldade de orientar-se, de reconhecer fisionomias de imediato, sem que haja déficit sensitivo ou sensorial <sup>(12, 32,33)</sup>.

Para identificar um objeto necessita-se, primeiramente, reconhecer as características físicas, como forma, textura, volume e cor. Depois é necessária uma comparação com o conceito que o indivíduo tem desse objeto em sua memória. As agnosias são geralmente causadas por lesões no córtex cerebral, e, dependendo da

região lesada, elas podem ser visuais, auditivas ou somestésicas. Na visual há o distúrbio de reconhecer pela visão, por exemplo, não reconhecer rostos familiares, mas sendo capaz de reconhecê-los por voz. Na auditiva o indivíduo não reconhece sons e na somestésica não consegue reconhecer objetos pelo tato <sup>(33)</sup>.

Pacientes com agnosia possuem lesões em áreas do córtex parietal posterior, córtex ínfero – temporal ou face lateral do córtex occipital que estão localizadas no córtex associativo <sup>(12)</sup>.

A capacidade de juízo crítico desse idoso também está diminuída. O julgamento crítico é a capacidade de avaliar, de discernir e escolher entre diferentes opções em determinadas situações <sup>(34)</sup>. Isso faz com que não tenha uma visão realista de si mesmo, de suas dificuldades e qualidades, não conseguindo distinguir a realidade e nem ter respostas adequadas e aceitáveis em situações diversas <sup>(35)</sup>. Essas alterações do juízo crítico aparecem precocemente fazendo com que o idoso possa apresentar condutas inadequadas e até mesmo absurdas, por exemplo, andar seminu pela rua, colocar roupas do avesso. Algumas condutas, inclusive, podem expor o idoso e seus familiares ao perigo, como por exemplo, assinar documentos importantes ou cheques <sup>(33)</sup>.

No idoso com demência, a redução dessa capacidade de juízo crítico é o principal fator de comprometimento da autonomia. Pensar com clareza e tomar decisões podem ser tarefas muito complicadas.

Outras alterações importantes que aparecem nesse indivíduo com declínio cognitivo acentuado são: desintegração da personalidade, alterações de sono, alterações de humor, alternando depressão com ansiedade e excitação, dificuldade em locomoção, irritabilidade, diminuição da afetividade e perda do controle esfinteriano (numa fase mais terminal) <sup>(36)</sup>.

Essas alterações e déficits causados pelo declínio na cognição acarretam diminuição e/ou perdas nas habilidades interferindo de forma significativa a realização das denominadas atividades de vida diária (AVD), ocorrendo assim um declínio funcional. As AVDs são as atividades desenvolvidas no dia a dia relacionadas ao autocuidado e a sua participação social, e podem ser subdivididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) <sup>(37)</sup>.

Essa perda normalmente ocorre primeiramente em relação às AIVDs, que são mais complexas, incluindo uso do telefone, arrumação de casa, uso de transporte, lidar com finanças, fazer compras. As perdas em relação às ABVDs surgem na maioria das vezes após as perdas das AIVDs, sendo as tarefas relacionadas aos cuidados pessoais básicos e que são fundamentais para uma vida independente, tais como tomar banho, vestir-se, alimentar-se <sup>(31)</sup>.

Capacidade funcional, num conceito mais amplo, significa não apenas a capacidade de realização de tarefas cotidianas, mas também a preservação das atividades mentais e a possibilidade de integrar-se socialmente <sup>(38)</sup>. Por se tratar de um conceito bastante complexo, na prática trabalha-se com o conceito de capacidade / incapacidade, sendo a incapacidade funcional definida pela presença de dificuldade no desempenho de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las <sup>(39)</sup>.

A capacidade do idoso com demência, ou seja, a aptidão para executar uma tarefa está comprometida uma vez que seu desempenho está falho, entendendo-se por desempenho o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual <sup>(40)</sup>.

Esse quadro de declínio cognitivo faz com que, por vezes, o indivíduo idoso tenha problema no desempenho e limitação da capacidade sem apresentar



deficiência aparente, tornando o quadro paradoxal. A resolução de um problema simples do cotidiano, como, por exemplo, realizar um pagamento num mercado, pode ser uma tarefa impossível para esse idoso apesar de muitas vezes possuir boa saúde física <sup>(36,40)</sup>.

Essas alterações cognitivas somadas às outras mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento podem ter um efeito devastador no idoso, tornando-o incapaz e gerando a necessidade de alguém que faça e assuma por ele as tarefas do cotidiano.

Ainda que o declínio esteja em fase inicial, o idoso terá a necessidade de algum auxílio, em menor ou maior grau, nas realizações de suas atividades cotidianas.

A capacidade funcional vai sendo perdida à medida que esse declínio se acentua e está intimamente ligada à independência e qualidade de vida do idoso. Ter capacidade funcional significa ter habilidade para executar tarefas físicas, ter atividade mental preservada e possuir condição adequada de integrar-se socialmente, capacidade essa afetada pelo declínio cognitivo <sup>(38, 40, 42,43)</sup>.

A independência no idoso está relacionada diretamente à sua capacidade em executar as AVD sem auxílio e a autonomia, à liberdade em decidir por sua própria vontade, em como ele vai dirigir sua vida. O idoso pode ser dependente, necessitar de alguma ajuda para o autocuidado, mas ainda assim ter sua autonomia preservada <sup>(44)</sup>.

### 1.3 O cuidado com o idoso

Aos poucos as fases e as dificuldades apresentadas vão se acentuando. Paulatinamente, as incapacidades vão se instalando, sobrevivendo progressivamente a dependência, sendo indispensável a presença de um cuidador.

Cuidador é o indivíduo que tem a responsabilidade de prestar os cuidados diretos ao idoso dependente, relacionados à vida cotidiana, podendo ser classificado como: principal, aquele que detém a maior responsabilidade pelo idoso, e secundário, o que presta cuidados complementares <sup>(43,45)</sup>.

O papel de cuidador, na maioria das vezes, é assumido pelas famílias que, apesar das modificações em suas estruturas ao longo dos anos, predomina como suporte informal ao idoso e, de forma mais ampliada, envolve vizinhos, amigos e outros que integram e que prestam cuidados continuamente <sup>(20, 43,46)</sup>.

Apesar do suporte informal envolver essa rede de apoio citada anteriormente ainda é a família a fonte primária de apoio <sup>(44)</sup>. Quando os problemas de saúde surgem é ela que, na maioria das vezes, os reconhece como também é a primeira a solicitar ajuda e tomar atitudes de cuidar <sup>(47,48)</sup>.

O cuidado dispensado ao idoso por seus parentes é influenciado pelos modelos de família que existem atualmente na sociedade e principalmente pelo modelo daquela em que ele está inserido. Esse cuidado sofre influência também dos costumes e valores dessa família, bem como de sua educação e situação socioeconômica <sup>(49)</sup>.

Outro fator importante a ser considerado, pela influência que causa no cuidado dispensado pela família, diz respeito às relações familiares anteriores à dependência, podendo trazer bem-estar ou desavenças à relação atual, pois em situações de crises os conflitos anteriores podem se intensificar <sup>(45,49,50)</sup>.

Quem dará os cuidados ao idoso e quem será o cuidador? Tradicionalmente, a mulher vem representando esse papel ao longo dos anos cuidando de seus filhos, dos doentes e dos idosos da família. Mesmo quando esse cuidar representa uma atividade profissional, a predominância é ainda do sexo feminino, como no caso da enfermagem.

Segundo Néri e Carvalho <sup>(50)</sup> geralmente o cuidador é mulher, de meia-idade ou idosa, parecendo obedecer uma certa hierarquia dentro das famílias. A esposa, aparece em primeiro lugar seguida da filha mais velha, geralmente casada e com filhos. A filha viúva e a solteira e as que vivem sozinhas aparecem depois e, com menor freqüência, os homens, os jovens ou outros parentes.

Esse cuidado assumido pelas famílias gera profunda modificação na reorganização familiar, com redefinição de papéis e responsabilidades, pois a família assume não só apoio funcional, mas também social, econômico, material e afetivo. Esses aspectos são concretizados através das atividades do dia-a-dia no auxílio e realização das ABVDs e AIVDs <sup>(20,48,51)</sup>.

Quando esse cuidado é dispensado a um idoso portador de demência, doença com alto grau de complexidade, e, dependendo da fase da doença em que está, essa experiência pode ter efeitos devastadores tanto nas pessoas afetadas quanto em seus familiares <sup>(52)</sup>.

Cuidar de um idoso portador de demência é uma situação particular, bem diferente da assistência ao idoso sem demência, uma vez que muitas vezes há, pelo cuidador, dificuldade em aceitar as transformações ocorridas no curso da doença, que fez com que o idoso se transformasse numa outra pessoa, embora o corpo seja o mesmo e, muitas vezes, possa ainda parecer saudável <sup>(48,52)</sup>. Boss <sup>(53)</sup> dá a isso o nome de perda ambígua, na qual o indivíduo está presente fisicamente e ausente

psicologicamente, fato esse que pode gerar conflito e estresse. Santos <sup>(48)</sup> em sua pesquisa também relata que esses problemas de interação entre idoso dementado e cuidador geram tensões, o que pode favorecer distanciamento entre dementado e família, e que essas alterações, principalmente para os cônjuges, são percebidas como “perdas”.

O cuidado ao idoso dementado pode se tornar uma prática com importante impacto na vida do cuidador e de sua família, principalmente quando aparecem sintomas psiquiátricos, como os distúrbios de comportamento, sintomas depressivos e alucinações. Esses transtornos costumam gerar mais impacto do que as necessidades de apoio às ABVDs e AIVDs <sup>(54)</sup>.

O cuidado exigido pelo idoso que possui demência, principalmente nas fases mais avançadas ou quando apresenta sintomas psiquiátricos, envolve uma vigilância constante a fim de evitar, inclusive, acidentes ao próprio idoso. Isso faz com que esse cuidado, algumas vezes, assumam uma característica negativa, pois vai dominando a liberdade e limitando o espaço do idoso, gerando desgaste e cansaço a quem cuida <sup>(52)</sup>.

Em um estudo realizado por Almeida e Crocco <sup>(55)</sup>, 45% dos pacientes com diagnóstico de demência atendidos em um serviço ambulatorial apresentavam transtornos psiquiátricos, sendo comuns os sintomas psicóticos como idéias delirantes e alucinações auditivas. Esse fato foi agravado tanto por sua longa duração quanto pelo fato de, ao desaparecerem, serem substituídos por outros. Esses transtornos psiquiátricos são os maiores estressores dos cuidadores de idosos com demência e também risco para institucionalização <sup>(56)</sup>.

Há muitos estudos que tratam do estresse do cuidador e do impacto sofrido por ele e família. Estudo realizado por Garrido e Menezes <sup>(51)</sup>, mostrou que esse

impacto é maior nos indivíduos de família nuclear, essa representada por “cônjuges e filhos”. Isso pode ser resultado do convívio direto e muitas vezes da falta de compartilhamento do cuidado, ficando a responsabilidade do cuidar apenas para os que convivem mais proximamente com o idoso.

Atualmente as famílias estão diminuindo. Dados do PNAD <sup>(57)</sup> (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2003, mostraram que na década de 80 o número de pessoas na família era em média 4,5 e em 2003 representavam 3,3 pessoas, mas mesmo assim, ainda é nela que os idosos, na maioria das vezes, têm recebido apoio quando necessário. É a consangüinidade que reforça a força de parentesco, pois todos nascemos e morremos com uma família <sup>(58)</sup>.

No estudo SABE verificou-se que a maioria dos idosos vive com a família de procriação, que é aquela onde a união de duas pessoas de sexos diferentes dá origem a uma descendência comum. O estudo mostrou que 32,5% dos idosos moravam com os filhos e 20,0% moravam apenas com o cônjuge, o que comprova a importância da família na assistência ao idoso <sup>(59)</sup>.

Além da diminuição no tamanho das famílias, outra mudança relevante que vem ocorrendo é em relação ao aumento do número de famílias em que a mulher é a pessoa de referência. Isso se deve a importante participação delas no mercado de trabalho, e também devido a maior esperança de vida ao nascer, fazendo com que a mulher viva mais que o homem, trazendo como consequência um maior número delas na condição de viúvas <sup>(60)</sup>.

Essas alterações geram modificações no arranjo familiar e também no desempenho de papéis de seus membros, podendo constituir obstáculos para o auxílio ao idoso dependente <sup>(61)</sup>. Silva <sup>(62)</sup> afirma que esse modelo contemporâneo de família, em sua maioria nuclear, também possui laços matrimoniais mais frágeis,

parentes distanciados e perda do sentido de responsabilidade com as gerações mais velhas.

O arranjo domiciliar é definido como a pessoa ou grupo de pessoas que habita o domicílio e há um arranjo familiar quando pelo menos uma dessas pessoas reconhece grau de parentesco com o chefe do arranjo domiciliar <sup>(63)</sup>.

Os novos arranjos domiciliares envolvem mais de uma geração, surgindo muitas vezes para garantir a assistência ao idoso, devido à incapacidade física e financeira do idoso, ou devido a filhos desempregados, morte de um dos cônjuges, casamento ou divórcio dos filhos. Na verdade, pode-se dizer que a co-residência pode ser para beneficiar tanto o idoso como as gerações mais novas <sup>(64)</sup>.

Essas composições familiares, apesar de serem a maioria, não traduzem a situação de muitos idosos que vivem sós. Essa é uma realidade cada vez mais freqüente e que nem sempre deve ser interpretada como abandono pelos familiares. Essa situação é real e cada vez mais comum, pois a mulher que tradicionalmente ocupava o papel de cuidadora, hoje está trabalhando, além de um número significativo de famílias com filhos únicos, filhos que vão morar longe dos pais em busca de trabalho, viuvez, entre outros. Esse fato, no entanto, tem sido associado a decréscimo de qualidade de vida, agravamento de doenças e até indicador de risco de mortalidade <sup>(65)</sup>. Dados do Estudo SABE mostraram que 7% dos homens e 17% das mulheres idosas moravam sós no município de São Paulo no ano de 2000<sup>(59)</sup>.

A apresentação dos arranjos é diferente quando se faz análise em relação ao gênero. Pode-se notar que o número de mulheres idosas morando sós é mais que o dobro dos homens. Também há um número maior de homens que co-residem com cônjuge e filhos ou só com cônjuge. As mulheres aparecem em sua maioria nos arranjos que compreendem filhos e netos, que são os chamados trigeracionais, o

que pode ser um indicativo da necessidade da idosa em colaborar com as atividades da família, por exemplo auxiliando no cuidado com netos <sup>(59)</sup>.

Existem vários tipos de arranjos domiciliares, o Estudo SABE mostrou que no Município de São Paulo há, por exemplo, 66 tipos diferentes. Podem ser intrageracionais, ou seja, aqueles que possuem relações entre iguais, idoso morando com outro (s) idoso (s), ou intergeracionais que são os que envolvem duas ou mais gerações co-residindo <sup>(59)</sup>.

Sobre a ajuda oferecida ao idoso com alguma dificuldade em ABVDs é importante ressaltar que esse mesmo estudo, mostrou que em nenhum tipo de arranjo domiciliar, o auxílio ao idoso que referia dificuldades foi de 100% e que a ajuda recebida era maior para os homens do que para as mulheres, apesar delas apresentarem um pior desempenho funcional na realização das atividades propostas. Portanto, a co-residência por si só, não é uma certeza de recebimento de ajuda para o idoso <sup>(61,64)</sup>.

Sendo assim, este trabalho visa conhecer em que arranjos domiciliares os idosos com declínio cognitivo estão inseridos, seu desempenho funcional, a rede de suporte que o cerca, e, conseqüentemente, o tipo de ajuda que tem recebido, uma vez que, como exposto, a demanda assistencial é real, expressiva e progressiva, podendo trazer modificações e desequilíbrio à estrutura familiar. Dessa forma, acredita-se na importância que esse conhecimento possa trazer como benefício a uma população que não tem sido priorizada, que é a de idosos com declínio cognitivo.

Para tanto serão utilizados dados obtidos através do estudo SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, um inquérito multicêntrico desenvolvido para traçar o perfil de saúde e condições de vida dos idosos na América Latina e Caribe.

#### **1.4 O Estudo SABE Saúde, Bem estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe**

Entre os anos de 1997 e 2003, a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS coordenou um estudo multicêntrico denominado Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, para traçar o perfil dos idosos na América Latina e no Caribe. Esse estudo foi planejado para colocar luz nas demandas de saúde que poderão emergir de uma população que se tornou rapidamente idosa e pela necessidade de antecipar o que se encontrará adiante, de modo que os países possam se planejar adequadamente para prevenir as conseqüências mais negativas do processo de envelhecimento na região <sup>(66)</sup>.

Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai foram os países incluídos nesse estudo. Esses representavam uma combinação daqueles que traziam uma boa representação dos vários estágios do envelhecimento na região. Argentina, Barbados, Cuba e Uruguai estão em estágios muito avançados do processo de envelhecimento, enquanto Chile, México e Brasil estão ligeiramente atrás, mas a velocidade com que esse processo ocorre em tais países pode fazê-los, muito em breve, superar os primeiros <sup>(66)</sup>.

Esse estudo, caracterizado por ser transversal, simultâneo, muito abrangente e construído de forma a ser rigorosamente comparável, foi o primeiro desse tipo na região e teve por finalidade recolher uma ampla quantidade de informações cujos resultados pudessem subsidiar tanto o desenvolvimento de outros estudos complementares, quanto à organização das políticas públicas destinadas a esse segmento etário na região.



## **1.5 Instrumento**

Os dados para o estudo SABE foram obtidos por entrevista domiciliar, por meio de um questionário, elaborado por um comitê regional, composto pelos principais pesquisadores de cada país e por especialistas em temas específicos da pesquisa. O instrumento inicial foi submetido a dois pré-testes até a obtenção de sua forma final (ANEXO A), composta por onze seções, a saber:

### **1.5.1 Seção A – Dados pessoais**

Ano e país de nascimento; local de residência durante os primeiros quinze anos de vida; local de residência durante os últimos cinco anos de vida e, onde fosse aplicável, razões para a mudança de residência; história e estado marital; número de filhos; sobrevivência dos pais e, se não, a idade em que faleceram; escolaridade.

### **1.5.2 Seção B – Avaliação cognitiva**

Auto-avaliação da memória; avaliação da memória pelo teste mini-mental modificado e validado no Chile para realização do estudo. Para os que obtivessem escore igual ou inferior a 12 pontos, uma escala de desempenho funcional era administrada a um proxi-respondente (informante substituto) a partir da questão “é capaz de...”.

### **1.5.3 Seção C – Estado de saúde**

Auto-avaliação de saúde atual e comparativa ao ano anterior, bem como da saúde na infância; doenças referidas, considerando nove das condições crônicas mais prevalentes na população idosa e incluindo seu tratamento; hábitos, condições sensoriais; saúde reprodutiva; saúde bucal; ocorrência de quedas; escala de avaliação de depressão geriátrica e mini screening nutricional.

### **1.5.4 Seção D – Estado funcional**

Avaliação do desempenho funcional e da ajuda recebida, quando necessário, nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e identificação e caracterização do(s) cuidadores principais.

### **1.5.5 Seção E – Medicamentos**

Terapêutica medicamentosa utilizada, incluindo indicação, tempo de uso, forma de utilização, obtenção e pagamento; gastos mensais com medicamentos e motivos referidos para a não utilização dos medicamentos prescritos.

### **1.5.6 Seção F – Uso e acesso a serviços**

Serviços de saúde utilizados, públicos ou privados, nos últimos 12 meses e ocorrência de hospitalização, atendimento ambulatorial, exames nos últimos quatro meses, bem como tempo de espera para atendimento, terapêutica prescrita e gastos relacionados.

### **1.5.7 Seção G – Rede de apoio familiar e social**

Número e características de pessoas que vivem com o idoso no mesmo domicílio (sexo, parentesco, estado marital, idade, escolaridade e condição de trabalho); assistência prestada ao idoso e fornecida por ele referente a cada membro citado; tempo gasto na ajuda ao idoso. As mesmas perguntas foram feitas em relação aos irmãos e filhos que não vivem no mesmo domicílio, bem como a outros familiares e que, de alguma forma, fornecem ou recebem ajuda do/ao idoso; assistência recebida ou fornecida nos últimos 12 meses de alguma instituição ou organização; participação do idoso em algum serviço voluntário ou organização comunitária.

### **1.5.8 Seção H – História laboral e fontes de renda**

Trabalho atual (tipo, renda, razões para continuar trabalhando); caso não trabalhasse mais, por quê não o fazia, ocupação que teve durante o maior período de sua vida, horas trabalhadas, razões para mudar de atividade, aposentadoria, pensões, benefícios, outras fontes de renda, renda total pessoal e número de dependentes dessa renda; gastos pessoais (moradia, transporte, alimentação, vestimenta, saúde) e auto-avaliação de seu bem estar econômico.

### **1.5.9 Seção J – Características da moradia**

Tipo e propriedade da moradia, condições de habitação (saneamento básico, luz, número de cômodos, bens presentes).

### **1.5.10 Seção K – Antropometria**

Altura do joelho, circunferência do braço, cintura, quadril, prega tricipital, peso, circunferência da panturrilha, largura do punho e força da mão.

### **1.5.11 Seção L – Flexibilidade e Mobilidade**

Provas de equilíbrio, mobilidade e flexibilidade.

## **1.6 Amostra**

Em todos os países, fizeram parte da amostra pessoas com 60 e mais anos, com exceção do México, que ampliou sua amostra incluindo mulheres de 50 anos e mais.

Exceto em Barbados, que utilizou o registro de eleitores, as amostras foram calculadas a partir do censo de cada país. Essas amostras foram probabilísticas e utilizaram o método de Amostragem por Conglomerados Polietápico, com estratificação das unidades primárias da amostra, com exceção do Chile, que não aplicou a estratificação. Em seis dos países, o processo de amostragem contou com três etapas (Barbados contou com duas, aplicando os critérios probabilísticos em cada uma delas). Cinco dos países consideraram os estratos socioeconômicos (com exceção de Chile e Cuba que fizeram isso posteriormente). México e Argentina também definiram estratos geográficos.

Em todos os países a distribuição da amostra foi realizada pelo método de Fixação Proporcional ao Tamanho. Inicialmente, estavam previstas 1.800 entrevistas em cada país do estudo. No entanto, devido à disponibilidade ou a restrições no orçamento de cada local, essas metas foram ajustadas para mais ou menos da proposta original. A amostra final proposta foi de 13.023 idosos e, desses,

obtiveram-se 10.906 entrevistas, correspondendo a uma taxa média de resposta de 80%, variando de 62,8%, na Argentina, para 95,3%, em Cuba. Em São Paulo (Brasil), a taxa de resposta foi de 84,6%. Esse total correspondeu a 92% da meta originalmente prevista, que é considerada satisfatória para estudo desse tipo.

Em quatro dos sete países, foi aplicado algum tipo de procedimento para sobredimensionar a seleção de idosos em velhice avançada (com 75 e mais anos).

Os métodos de estimação e ponderação aplicados correspondiam à utilização de estimadores simples, não viesados, e estimadores de Razão que consideram, em todos os casos, o cálculo dos fatores de expansão do desenho amostral empregado, ou seja, as probabilidades de seleção aplicadas em cada etapa e as não-respostas. Foram também consideradas as variáveis sexo e grupos etários, dadas as diferenças de mortalidade entre sexos e o sobredimensionamento da população igual e superior a 80 anos. Ao final, obteve-se um fator para cada indivíduo da amostra, que resumia todos os elementos mencionados no desenho amostral e os estratos considerados.

No Brasil, a população do estudo foi composta pelos idosos residentes, no ano de 2000, na área urbana do Município de São Paulo, cujo cálculo teve por base a contagem populacional da Fundação IBGE, de 1996. A amostra final foi composta por 2.143 idosos. Foi utilizado o cadastro permanente de 72 setores censitários existentes na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, coordenadora do estudo no Município, selecionados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios do cadastro da PNAD, de 1995 e, em seguida, foram sorteados sistematicamente os domicílios a serem visitados. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais foi realizada pela localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro

dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados <sup>(67)</sup>. Para a análise dos resultados, foi atribuído a cada questionário um peso relativo a sua representatividade na população.

### **1.7 Procedimento de coleta de dados**

Após a seleção da amostra, os idosos foram entrevistados em seus domicílios. A maior parte das entrevistas (88%) foi feita de forma direta. Em algumas ocasiões, utilizou-se um proxi-respondente quando havia impossibilidade do idoso para responder às questões (problemas físicos ou cognitivos).

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, foram preenchidas as seções de A a J, e na segunda, que ocorreu de um a seis meses após a primeira, as seções L e K. Isso ocorreu, em parte, pela extensão do questionário e, por outro lado, as seções L e K exigiam maior disponibilidade do idoso para a realização de alguns testes, além de material específico.

O estudo foi submetido aos respectivos comitês de ética dos países envolvidos. No Brasil, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a qual pertencem os principais investigadores do estudo e pelo CONEP, Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Anexo B).

## 2 OBJETIVOS

Esse trabalho apresenta como objetivos:

- a) Traçar o perfil dos idosos com declínio cognitivo no Município de São Paulo, segundo as características sócio-demográficas e condições de saúde.
- b) Identificar a rede de apoio do idoso com declínio cognitivo segundo arranjos domiciliares e rede de suporte social.
- c) Correlacionar a necessidade de ajuda do idoso com a real ajuda recebida, segundo a rede de apoio.

### **3 CASUÍSTICA E MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Esse trabalho é parte integrante do Estudo SABE e caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, descritiva, retrospectiva e com abordagem quantitativa.

#### **3.2 População e amostra**

A amostra desse estudo foi composta pelos idosos que, na avaliação do estado cognitivo (seção B), obtiveram uma pontuação de 12 ou menos no MEEM (Mini Exame do Estado Mental) e seis ou mais no Questionário de Pfeffer para Atividades Funcionais (QPAF) <sup>(68)</sup>, o que representou 3,2% do total de idosos pesquisados.

O MEEM é um instrumento utilizado para avaliação das funções cognitivas, sendo a escala mais utilizada em estudos em todo o mundo. O MEEM, composto por uma série de questões agrupadas com o objetivo de avaliar as funções cognitivas, é um instrumento de rastreio para detecção de perdas cognitivas. Essas questões fornecem informações sobre diferentes funções cognitivas, tais como: orientação, memória, linguagem, atenção e cálculo. O MEEM tem uma pontuação que pode variar de um mínimo de 0 a um máximo de 30 pontos <sup>(69)</sup>.

No estudo SABE, foi utilizada uma versão modificada e validada por Icaza e Albala <sup>(70)</sup>, no Chile, em 1999, do MEEM desenvolvido por Folstein et al <sup>(71)</sup>. Para a utilização desse instrumento, em versão reduzida e validada, desenvolvido especialmente esse estudo, os dados utilizados foram os obtidos em estudo da Organização Mundial da Saúde sobre “Demências Associadas à Idade”, no Chile, com versão completa do MEEM de Folstein et al <sup>(71)</sup>, em que foram avaliados 2.318



peessoas com mais de 60 anos, e utilizou-se para validação o exame clínico como padrão ouro. Os resultados desse estudo indicaram um forte viés educacional com a utilização do instrumento em sua versão completa, optando-se então por validar uma nova versão.

Essa nova versão foi utilizada como filtro para a aplicação do questionário desenvolvido por Pfeffer et al <sup>(68)</sup>. Esse questionário foi utilizado para verificar se o indivíduo com declínio cognitivo também possuía limitação da capacidade funcional, e se foi necessário um proxi-respondente para obtenção das respostas <sup>(26)</sup>.

A combinação do MEEM com o Questionário de Pfeffer indicam uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave. Ainda considerando o viés produzido pela baixa escolaridade nos resultados do MEEM, conforme sugerido por Cerqueira <sup>(26)</sup>, parece ser adequada a associação do QPAF para se obter a confirmação do declínio cognitivo acompanhado de limitações funcionais sugerindo a presença de demência ou outros transtornos associados.

Para traçar o perfil da amostra delimitada serão utilizadas as seguintes variáveis (quadro 1):

**Quadro 1: Blocos temáticos e questões correspondentes ao questionário SABE, São Paulo, 2005**

<b>BLOCO</b>	<b>VARIÁVEIS</b>
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>	Idade em anos (A1b) Última série estudada ( A6) Sexo (C18) Estado marital (A13a) Com quem vivia há 5 anos (A7a, A7b, A7c) Idoso respondente ou proxi-respondente (A30)
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>	Avaliação cognitiva (B9, B11) Auto-referência de estado de saúde (C1) Comparação com estado de saúde anterior (C2) Hipertensão arterial (C4) Diabetes (C5) Doença pulmonar crônica (C7) Doença cardíaca (C8) Doença cerebrovascular (C9) Doença ósteo-articular (C10) Queda no último ano (C11) Incontinência urinária e fecal ( C12, C12b) Problema nervoso ou psiquiátrico referido (C20)
<b>AVALIAÇÃO FUNCIONAL</b>	Dificuldades nas atividades de vida diária (D11, D13, D14a, D15a, D16a, D17a) Dificuldade de atividades instrumentais (D18a, D19a, D20a, D21a, D22a, D23a, D24a, D25a)
<b>ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	Remédios que toma (E2)
<b>SUORTE SOCIAL</b>	Ajuda recebida nas ABVDs (D12c, D13b, D14c, D15b, D16c, D17c) Ajuda recebida nas AIVDs (D18b, D19b, D20b, D21b, D22b, D23b, D24b, D25b) Apoio de filhos que não residem na mesma casa com o idoso ( G30) Apoio de irmãos e /ou outros familiares ou amigos que não residem na mesma casa (G43) Apoio recebido pela comunidade (G53)

Para a análise dos arranjos domiciliares utilizou-se a classificação proposta por Duarte, Lebrão e Lima <sup>(61)</sup> em estudo anteriormente desenvolvido com a base de dados do estudo SABE-Brasil. Essa classificação, em sete grupos, considera a identificação efetiva do potencial de ajuda disponível e busca identificar os arranjos aparentemente mais vulneráveis de forma a propiciar uma reorganização assistencial mais efetiva. Segundo ela, os arranjos domiciliares são subdivididos basicamente em arranjos intrageracionais (entre iguais, ou seja, entre idosos) e intergeracionais (considerando duas, três ou mais gerações co-residentes). A tabela a seguir mostra a classificação utilizada nesse estudo:

**Quadro 2: Classificação dos arranjos domiciliares segundo tipo de co-residentes.**

<b>CLASSIFICAÇÃO DO ARRANJO DOMICILIAR</b>	<b>COMPOSIÇÃO DO ARRANJO</b>
<b>A</b>	vive sozinho (sem outros co-residentes)
<b>B</b>	vive somente com o cônjuge
<b>C</b>	cônjuge+filho/ cônjuge+filho/genro-nora / somente com filho
<b>D</b>	arranjos trigeracionais (filho e neto)
<b>E</b>	arranjos intrageracionais (irmãos, pais, outros idosos)
<b>F</b>	arranjos intrageracionais + neto (sem filhos)
<b>G</b>	não familiares

Fonte: Referência n. 61.

Para análise estatística dos dados foi utilizada a regressão logística multinomial. Os arranjos domiciliares foram colocados como variáveis independentes. Cada categoria de arranjo domiciliar foi transformada em uma variável binomial, com a convenção 0 = o indivíduo não pertence ao arranjo, 1 = o indivíduo pertence ao arranjo especificado. Não se considerou a categoria de Arranjo domiciliar A, que corresponde aos que viviam sozinhos.

Todas as variáveis dependentes foram consideradas dicotômicas, com valores 0 e 1. As categorias dessas variáveis constam do quadro 3, onde também se especifica quais categorias foram usadas como referência e quais foram utilizadas como contraste na análise multivariada.

A variável dependente para a análise dos condicionantes da ajuda foi definida como um gradiente de necessidade e ajuda. Definiu-se para as ABVD e as AIVD as variáveis “abvdaj” e “aivdaj” respectivamente, com os valores:

0 = O indivíduo não necessita de ajuda nas suas atividades.

1 = O indivíduo necessita e recebe ajuda.

2 = O indivíduo necessita e não recebe ajuda nas suas atividades.

### 3.3 Modelo de Análise

Para a apreciação conjunta das possíveis influências das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes *abvdaj* e *aivdaj* optou-se por uma regressão logística multinomial, com a variável desfecho tendo as categorias 0, 1 e 2 descritas anteriormente. Para facilidade de interpretação as variáveis independentes foram transformadas em dicotômicas, conforme especificado. O elemento de comparação escolhido foi a Razão de Risco Relativa, com a categoria “0 = O indivíduo não necessita de ajuda nas suas atividades” utilizada para grupo de comparação <sup>(72)</sup>.

Foram considerados significantes aquelas Razões de Risco Relativas, cujo valor de *p* fosse inferior a 0,05.

**Quadro 3: Nomes, definições e categorias das variáveis consideradas para a análise de Regressão Logística Multinomial.**

VARIÁVEIS	NOMES	DEFINIÇÃO	REFERÊNCIA	CONTRASTE
<b>INDEPENDENTES</b>	Idade	idade em anos (a01b)	60 a 74	75 e +
	Sexo	sexo do entrevistado (c18)	Masculino	feminino
	Escolaridade	Anos de estudo completados	Até 3 anos	Mais de 3 anos
	Detério	Declínio Cognitivo	Todos os demais valores diferentes do contraste	b09<=12eb11>=6
	Renda	Posição na distribuição de renda	Até 2º quintil	Acima do 2º quintil
	Filhos	Número de filhos tidos	Até 2 filhos	3 filhos e mais
	Doenças	Número de doenças referidas	Nenhuma doença	Uma ou mais doenças
	Arranjo domiciliar B,C,D, E,F G	Arranjo domiciliar a que pertence	Não pertence ao Arranjo	Pertence ao arranjo
<b>DEPENDENTES</b>	<i>abvdaj</i>	Dificuldades e ajudas recebida nas atividades básicas da vida diária	Não tem dificuldades nas ABVD	Tem dificuldades e recebe ajuda
				Tem dificuldades e não recebe ajuda
	<i>aivdaj</i>	Dificuldades e ajudas recebida nas atividades instrumentais da vida diária	Não tem dificuldades nas AIVD	Tem dificuldades e recebe ajuda
				Tem dificuldades e não recebe ajuda

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados considerando-se dois grandes grupos. Os idosos sem declínio cognitivo ou seja, os que apresentaram MEEM igual ou superior a 13 e os idosos com declínio cognitivo ou seja, com MEEM igual ou menos que 12 e QPAF igual ou superior a 6.

A Tabela 1 traz algumas características sócio-demográficos da população do estudo.

**Tabela 1: Idosos(%) segundo declínio cognitivo, sexo, idade, estado marital e escolaridade, Município de São Paulo, 2000.**

<b>SEXO</b>	<b>Sem declínio (%)</b>	<b>Com declínio (%)</b>
Feminino	58,3	67,4
Masculino	41,7	32,6
<b>IDADE</b>		
60 l– 70	60,3	22,9
70 l– 80	29,8	36,9
80 e mais	9,9	40,1
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado	58,0	30,2
Divorciado/Separado	8,5	10,4
Viúvo	28,8	48,2
Solteiro	4,7	11,2
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Sem estudo	20,4	43,1
1 - 6 anos	60,4	54,1
7 - 11 anos	13,5	2,8
12 anos ou +	5,7	0,0

**Fonte: Estudo SABE**

Observa-se, entre os idosos com declínio cognitivo, um predomínio do sexo feminino, dados apresentados também em outras pesquisas <sup>(24, 30, 73)</sup>. Lopes e

Bottino <sup>(24)</sup>, em revisão de estudos populacionais sobre prevalência de demência, analisando trabalhos da Europa, Ásia, América do Norte, América do Sul, Oceania e África, observaram maior prevalência, um total de 75%, de estudos com predomínio do sexo feminino, e 25% de estudos com predomínio para o masculino.

Em revisão recente realizada em países da União Européia <sup>(28)</sup>, que focou estudos com população de idosos com mais de 65 anos e que utilizaram critérios de diagnósticos de demência validados, nota-se que de treze estudos, sete deles encontraram a incidência maior em homens, em cinco, a incidência maior foi em mulheres e em outro a prevalência foi igual em ambos os sexos. Nota-se também, nesse mesmo estudo, quando estratificado por idades, há prevalência de demência no sexo feminino principalmente nas faixas etárias mais elevadas (após os 75 e os 85 anos), dado esse corroborado por outros estudos <sup>(30,74,75)</sup>.

Essa prevalência maior para o sexo feminino, relaciona-se preferencialmente com a doença de Alzheimer (DA), sendo, portanto, assim considerado fator de risco para o desenvolvimento dessa demência <sup>(30,76,77,78,79)</sup>, enquanto o sexo masculino é considerado risco para ocorrência de demência vascular <sup>(76,77,80)</sup>.

Outros estudos sobre prevalência de demências e diferenças de gênero, referem-se ao efeito protetor dos hormônios sobre as mulheres no período anterior à menopausa. O estrógeno, segundo os mesmos, aumenta a concentração da colina acetiltransferase, enzima essa envolvida na síntese da acetilcolina e é um neurotransmissor relevante na função de memória, produzindo efeitos tanto em estruturas cerebrais envolvidas na neuropatologia da DA, quanto em outras funções cognitivas <sup>(78)</sup>. Isso pode ser observado pelo melhor desempenho das mulheres em atividades que envolvam habilidades verbais, motoras finas e memória, tarefas tipicamente femininas. Nos homens observa-se melhor desempenho nos testes de

memória visual, matemática e habilidade espacial <sup>(81)</sup>, diferenças que, segundo Sherwin <sup>(78)</sup>, se devem à exposição do cérebro fetal a níveis de hormônios sexuais na vida pré-natal.

Outros estudos, entretanto, não acharam diferenças significativas entre os sexos para incidência e/ou prevalência das demências. Alguns deles sugerem que a diferença entre os achados pode estar relacionada à maior longevidade feminina <sup>(75, 82,83,84)</sup>, fazendo com que nas pesquisas apareçam poucos homens nas idades em que a incidência é maior, sendo, então, a longevidade feminina a maior causa da prevalência aumentada de demência.

A escolaridade é outro fator importante relacionado à diferença entre gêneros, podendo afetar os resultados. Entre as mulheres idosas, o nível de escolaridade tende a ser menor do que entre os homens idosos, levando-as a ocupações de menor prestígio. Ambos influenciam os dados relacionados ao declínio cognitivo <sup>(82)</sup>.

Há um aumento da prevalência de declínio cognitivo com o avançar da idade, corroborando outros estudos o que sugere uma associação importante entre a incidência da doença e o aumento da faixa etária <sup>(74,75,80,85)</sup>, o que coloca a idade avançada, como fator de risco para o desenvolvimento das demências <sup>(74,75,77,80,85)</sup>.

Em recente estudo de revisão verifica-se que em todas as regiões do mundo, sem exceção, a prevalência de DA aumenta a cada aumento de faixa etária, chamando a atenção para a América Latina, cuja prevalência, dos 65 aos 69 anos era de 1,7%, elevando-se para 33,2% na faixa igual ou superior a 85 anos. As menores prevalências encontradas foram na Índia e sul da Ásia (0,4% e 14,4%) e África (0,3% e 9,7%), respectivamente <sup>(27)</sup>. Esses resultados podem estar relacionados, dentre outros motivos, a um menor número de estudos de prevalência nessas regiões, a questões metodológicas, ao baixo índice de sobrevivência entre

os dementados, bem como os baixos níveis de risco cardiovascular e lipídeos se comparados a regiões desenvolvidas <sup>(27)</sup>.

Em relação ao estado civil, observa-se que os idosos sem companheiro constituem a maioria (69,8%) Talvez isso seja explicado pelo recasamento observado mais freqüentemente entre os homens, assim como pelo fato de as mulheres enviuvarem mais devido à sua maior longevidade e maior mortalidade do sexo masculino. Em estudo realizado por Buchanan <sup>(86)</sup>, a maioria das mulheres eram viúvas, 66,4% contra 25,0% dos homens, enquanto os homens casados somavam 62,1%.

Passando a observar o nível de escolaridade, nota-se que o número de idosos, com 7 ou mais anos de estudos é pequeno, independente da presença ou não de declínio cognitivo. Indicadores Sociais do IBGE <sup>(87)</sup>, mostraram que, em 2005, a média de estudos dos indivíduos com 60 anos ou mais era de 3,5 anos, ou seja, o nível de escolaridade formal do idoso no Brasil ainda é baixo.

Várias pesquisas <sup>(69,88,89,90,91,92)</sup> relacionam a influência da escolaridade na determinação de contagens finais em testes neuropsicológicos, fazendo com que esses resultados sejam alterados para menos, o que pode ocasionar os chamados casos falsos positivos para declínio cognitivo <sup>(88)</sup>.

Scazufca et al <sup>(93)</sup> salientam que os instrumentos utilizados para rastreamento e detecção de demência em países desenvolvidos exigem bom nível educacional, podendo se tornar inadequados quando a população apresenta um nível educacional baixo ou nenhuma educação formal e que isso pode superestimar a prevalência da demência entre os idosos com baixa escolaridade.

Essa influência da escolaridade também foi encontrada em indivíduos saudáveis e sem queixas de déficit de memória e em não idosos, como no estudo



realizado por Brucki et al. <sup>(89)</sup> com 433 indivíduos, com uma média de idade de 58,9 anos, sendo o nível educacional o fator de maior importância na determinação dos escores finais do MEEM.

O estudo de Brito-Marques e Cabral-Filho <sup>(94)</sup>, realizado com idosos sem diagnóstico de demência, indica que os fatores culturais também podem influenciar os resultados finais. Os citados pesquisadores utilizaram uma versão modificada do MEEM, substituindo a figura dos pentágonos por triângulos, e a parte de atenção e cálculo por uma contagem regressiva unitária a partir de 25. Dessa forma, apontaram a figura do triângulo como mais fácil de reconhecer que a do pentágono, mesmo porque o triângulo é uma figura geométrica utilizada inclusive como instrumento musical, sendo conhecido pelas pessoas no seu dia-a-dia, fato que destaca que o nível cultural pode capacitar o indivíduo a resolver problemas. O mesmo aconteceu com os cálculos, para os quais uma série de números simples ao invés de uma seqüência complexa foi utilizada, facilitando a resolução.

No estudo SABE, a versão modificada e validada por Icaza e Albala <sup>(70)</sup>, a figura dos pentágonos foi substituída por dois círculos interligados, podendo assim ser reconhecida sem maiores dificuldades e na parte de atenção e cálculo, houve a substituição da contagem regressiva dos 7 a partir de 100, por contagem regressiva da seqüência de números ímpares de 9 a 1, acreditando que a seqüência utilizada da subtração de 7 a partir do 100 pode ser uma seqüência difícil até mesmo para quem não possua níveis educacionais baixos, sendo assim a seqüência de números ímpares mais adequada, uma vez que pode ser resolvida pelo indivíduo que tenha pouco ou nenhum estudo.

Acredita-se que a pessoa que possua um melhor nível educacional, é protegida contra uma redução em sua capacidade de solucionar problemas

cognitivos e que questões matemáticas clássicas e alguns problemas podem ser resolvidos pelo treino e vivência em sua atividade profissional <sup>(94)</sup>.

Di Carlo e colaboradores <sup>(76)</sup> destacam que a educação tem efeito protetor contra a demência, sustentando a hipótese de que essa contribui para o aumento da densidade das sinapses no neocortex, melhorando a rede neuronal e minimizando sinais de disfuncionalidade e declínio cognitivo. Estudos em animais sugerem que isso também ocorre quando há exposição a um meio ambiente enriquecido <sup>(81)</sup>. Outro fator diz respeito ao fato de as pessoas com um nível educacional mais elevado possuírem reserva cerebral maior do que as pessoas com níveis menores, habilitando-as a um melhor manejo das situações no caso de declínio cognitivo e neurodegeneração progressiva <sup>(81)</sup>.

**Tabela 2: Idosos (%) segundo declínio cognitivo e doenças referidas, Município de São Paulo, 2000.**

<b>Problema de saúde referido</b>	<b>Sem declínio (%)</b>	<b>Com declínio (%)</b>
<b>HAS</b>	53,2	56,3
<b>Problemas ósteo articulares</b>	31,9	26,9
<b>Diabetes</b>	17,6	25,8
<b>Problemas cardíacos</b>	19,4	23,7
<b>Problemas cérebro vasculares</b>	6,8	18,0
<b>Doença Pulmonar</b>	12,1	15,3
<b>Problema psiquiátrico</b>	15,6	13,4

**Fonte: Estudo SABE**

Sofrer de doenças crônicas concomitantes não é situação rara entre indivíduos idosos. Nos Estados Unidos acredita-se que 65% dos idosos tenham duas ou mais doenças crônicas associadas, entre elas a hipertensão, o diabetes mellitus, osteoartrite e doença arterial coronariana <sup>(95)</sup>.

O estudo SABE revelou que, entre os idosos pesquisados, 48% das mulheres e 33% dos homens revelaram sofrer três ou mais doenças. Deve-se considerar que as mulheres têm uma maior tendência a procurar por serviços médicos contribuindo para uma melhor informação sobre sua saúde <sup>(6)</sup>. A tabela 2 mostra que, exceto os problemas osteoarticulares e os psiquiátricos, todos os outros problemas de saúde, são mais freqüentes entre os idosos com declínio cognitivo.

Estudos mostram que a hipertensão arterial <sup>(96,97,98,99)</sup>, o diabetes <sup>(98,100,101)</sup>, principalmente os submetidos à insulinoaterapia <sup>(101,102)</sup>, doenças cardiovasculares <sup>(97,98,99)</sup> e a doença arterial periférica <sup>(99)</sup> são condições crônicas que aumentam o risco de desenvolvimento das demências.

Bynum <sup>(103)</sup>, Van Dijk <sup>(104)</sup> e Sloan <sup>(105)</sup> mostraram que indivíduos com demência são mais vulneráveis a comorbidades, sofrem mais hospitalizações e apresentam maior mortalidade quando comparados com grupo de idosos sem demência. Sloan <sup>(105)</sup> também aponta o fato de as doenças crônicas associadas aumentarem a gravidade da demência, acentuando a necessidade de hospitalização ou institucionalização. Estudo recente mostrou que condições crônicas coexistentes em vários estágios da doença de Alzheimer podem afetar sua progressão, especialmente as desordens vasculares <sup>(106)</sup>.

Tratar o idoso com múltiplas condições crônicas representa um desafio e maior ainda ele será se esse idoso for portador de demência, que por si só demanda um cuidado especial, não só da família e sociedade, mas também da equipe de saúde. Schubert <sup>(95)</sup> relata que é mais complicado o tratamento das comorbidades quando o idoso é portador de demência, uma vez que alguns problemas apresentados requerem medicamentos com atividade anticolinérgica que

podem agir como antagônicos dos inibidores da colinesterase, medicação atualmente utilizada no tratamento das demências.

Vale destacar que os pacientes com demência tratados com medicações que possuem atividade anticolinérgica, estão mais sujeitos e expostos ao risco de quedas, piora dos déficits cognitivos e delírio, além de receberem um menor benefício dos inibidores da colinesterase <sup>(95)</sup>.

Outra dificuldade, apontada pelos estudos <sup>(95,98,103)</sup> em relação ao tratamento das comorbidades associadas à demência, relaciona-se ao problema de linguagem que esses indivíduos podem apresentar, fazendo com que a comunicação de sintomas adversos e outras intercorrências não sejam relatadas ao profissional de saúde, podendo inclusive, comprometer o diagnóstico.

O tratamento das condições crônicas requer o seguimento das orientações médicas, o envolvimento do indivíduo, o entendimento e creditação que ele atribui à doença para real aderência ao tratamento <sup>(103)</sup> e, conseqüentemente, melhoria de sua condição de saúde, de sua qualidade de vida e menor exposição a riscos.

Os problemas psiquiátricos foram relatados por 13,4% dos idosos com declínio cognitivo, percentagem essa menor do que a relatada pelos idosos sem declínio. Almeida e Crocco <sup>(55)</sup> relatam que idosos com DA podem subestimar as alterações de comportamento e o déficit intelectual por eles vivenciados.

Os sintomas neuropsiquiátricos mais comumente apontados pelos estudos, como manifestações nos processos demenciais são agitação, agressividade, depressão, ansiedade, irritabilidade, distúrbios de sono e apetite, alucinação e delírio <sup>(55,107-111)</sup>. Podem ser ocasionados pelas lesões nos neurônios em grandes áreas cerebrais atingidas, como hipocampo, córtex e sistema límbico, ocasionando não só déficits para as habilidades funcionais, mas também sintomas psicológicos e

comportamentais <sup>(110)</sup>. O aparecimento dessas manifestações costuma ser mais comum em fases mais avançadas da demência, e devem ser investigados, pois podem ser ocasionados por doenças associadas ou outras condições, muitas vezes detectáveis e tratáveis sem complicações, como por exemplo, infecção urinária ou efeitos indesejáveis de drogas.

Outro ponto importante relacionado aos problemas neuropsiquiátricos, diz respeito ao impacto causado pelos mesmos no cuidador e família tais como estresse, depressão, diminuição da qualidade de vida <sup>(107,110-113)</sup>, sendo também apontados como fatores preditores de institucionalização, devido justamente à sobrecarga advinda dos mesmos <sup>(107,111-113)</sup>.

**Tabela 3: Idosos (%) segundo declínio cognitivo e uso de medicamentos\*, Município de São Paulo, 2000.**

Medicações	Sem declínio	Com declínio
Antidiabéticos	15,0	17,8
Antitrombóticos	15,8	23,1
Antihipertensivos	45,3	52,0
Diuréticos	31,8	40,9
Analgésicos	21,1	22,0
Ansiolíticos	10,7	4,1
Hipnóticos e Sedativos	0,5	0,0
Antidepressivo	4,5	3,2
Antiepilético	2,5	9,2
Antipsicótico	1,7	0,3
Outros psicotrópicos	1,2	0,0
Ervas medicinais	40,0	25,8

\* foi utilizado o ponto de corte de 15% de uso, com exceção das medicações psicotrópicas.

Fonte: SABE

A análise da tabela 3 evidencia que as medicações relacionadas ao controle das comorbidades prevalentes no idoso, principalmente as doenças cardiovasculares e o diabetes, são mais utilizadas entre os idosos com declínio cognitivo do que naqueles sem declínio. No levantamento dessas comorbidades, os

idosos foram questionados sobre a ocorrência de ataque do coração, doença coronária, angina, doença congestiva ou outro problema cardíaco e a análise do resultado apresentou a hipertensão e os problemas cardíacos como mais prevalentes nos idosos com declínio. Vale destacar que esse dado se confirma com o uso das medicações para essas doenças, que ocorrem com mais frequência entre os idosos com declínio cognitivo, dando destaque aos diuréticos, nos quais essa diferença é maior, sendo utilizado por 40,9% desses idosos e por 31,8% daqueles sem declínio.

Os antidiabéticos são também mais utilizados, ainda que com pequena diferença, entre aqueles idosos com declínio, sendo esses mais acometidos pelo diabetes, com 25,8% contra 17,6% entre os sem declínio (Tabela 2).

Estudo desenvolvido por Fillit e Hill <sup>(114)</sup>, aponta para o aumento nos custos relacionados aos serviços de saúde entre os pacientes com demência e uma comorbidade associada, quando comparados com os que não apresentam demência. Tal custo aumenta ainda mais quando há duas ou mais comorbidades associadas à demência.

Importante considerar que, geralmente, esses idosos são portadores de doenças concomitantes, sendo a polifarmácia uma ocorrência frequentemente presente. Apesar de não ser uma ocorrência necessariamente inapropriada <sup>(115)</sup>, ela representa um fator de preocupação, uma vez que aumenta o risco de efeitos adversos e dificulta a aderência <sup>(115,116)</sup>.

É importante salientar que o aumento do risco de ocorrência de efeitos adversos está relacionado às mudanças ocorridas no envelhecimento, como declínio do metabolismo e da função renal, aumento da gordura corporal e pela presença de doenças crônicas <sup>(116)</sup>. As drogas mais associadas a efeitos adversos nessa faixa

etária são as cardiovasculares, analgésicos, antiinflamatórios não esteróides e os psicotrópicos <sup>(116)</sup>. Em indivíduos com demência, o uso de drogas psicotrópicas, antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos pode resultar em piora da deterioração cognitiva <sup>(116,117)</sup>, pois em seus efeitos adversos há o risco aumentado de quedas <sup>(117,118)</sup>, sedação diurna e indução ao delírio <sup>(118)</sup>. Essas pessoas apresentam maior dificuldade para reportar esses sintomas <sup>(103)</sup> o que pode interferir na conduta terapêutica, pois é mais difícil distinguir se as ocorrências indesejáveis são ocasionadas pelos fármacos ou pelo avanço da doença <sup>(116)</sup>.

Ainda em relação à tabela 3, pode-se notar que o uso de medicações psicotrópicas entre os idosos com declínio foi menor se comparado aos idosos sem declínio cognitivo, com exceção aos antiepiléticos. Esses podem ser utilizados na demência para distúrbios de humor, como agressividade e agitação, sendo tais sintomas reconhecidos como maior preocupação para os idosos e seus cuidadores, pois afetam qualidade de vida de ambos e são preditores de maior sobrecarga e morbidade psicológica dos cuidadores familiares <sup>(119)</sup>.

Outra preocupação citada nos estudos em relação à interação medicamentosa nos idosos com demência, diz respeito à utilização de drogas com propriedades anticolinérgicas <sup>(95,116,120,121)</sup>, pelos efeitos adversos que causam, como prejuízo na concentração, na memória, piora do declínio cognitivo, confusão e delírio, podendo, também, ocasionar menor benefício dos inibidores da acetilcolinesterase, nos casos de DA <sup>(95)</sup>. Os inibidores da acetilcolinesterase são medicamentos específicos para tratamento da DA. Eles agem diminuindo a queda dos níveis da acetilcolina e aumentando, assim, a atividade colinérgica do neurotransmissor. Seu uso no Brasil foi autorizado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 255 <sup>(122)</sup>, de 12 de abril de 2002 e disponibilizado aos pacientes do

Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece essas medicações por meio do Programa de Medicamentos Excepcionais: rivastigmina (Exelon), donepezil (Erans) e galantamina (Remynil).

**Tabela 4: Idosos(%) segundo declínio cognitivo e dificuldades de desempenho das Atividades Básicas (ABVD) e Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e presença de Incontinências**

<b>Tipo de atividade</b>	<b>Número de dificuldades</b>	<b>Sem declínio</b>	<b>Com declínio</b>
<b>Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)</b>	0	81,4	61,3
	1-2	13,3	22,7
	3 ou +	5,2	16,0
<b>Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)</b>	0	35,8	2,4
	1-2	35,1	11,4
	3 ou +	29,0	86,2
<b>Incontinência urinária</b>		19,8	30,8
<b>Incontinência fecal</b>		4,5	13,0

Fonte: Estudo SABE

Verifica-se na tabela 4 que os idosos com declínio cognitivo apresentam um maior comprometimento funcional nas AVDs, sendo mais expressivo ainda, nas AIVDs. A realização das atividades de vida diária é importante para a manutenção de uma vida independente e sua perda representa um marcador de declínio e fragilidade entre os idosos <sup>(123)</sup>. Quando essas dificuldades se somam, maior é a dependência.

Um fator importante a se considerar no desempenho das AIVDs é a influência cultural, principalmente no que se refere aos papéis de gênero, em tarefas universais como, por exemplo, cozinhar, atividade essa considerada tipicamente feminina ou o manejo de dinheiro, caracteristicamente associado ao sexo masculino<sup>(37,61,124)</sup>. Por último, e não menos importante a considerar sobre as AIVDs, é a participação



significativa de fatores como percepção, motivação e habilidades sensório-motoras <sup>(125)</sup>.

O declínio cognitivo e a demência são grandes fatores de risco e fortemente associados com declínio da funcionalidade e incapacidade, como mostram vários estudos <sup>(123-134)</sup>. Outros fatores de risco apontados são: nível de escolaridade baixo, pouco contato social, sexo feminino, idade avançada, comorbidades como doença cerebrovascular, doença cardíaca e fratura de quadril <sup>(126)</sup>, baixos resultados no MEEM, pobre atividade intelectual, tabagismo, viver sozinho, sedentarismo, incontinência urinária e queda <sup>(131,133)</sup>, má auto-avaliação de saúde <sup>(39)</sup>, obesidade <sup>(39, 123,125-128,130,135)</sup>, sintomas como agitação e agressividade <sup>(133)</sup>.

Disfunções, principalmente em lobo frontal, estão estreitamente correlacionadas com desenvolvimento de incapacidades para as AVDs. O lobo frontal controla a atividade motora, através do córtex motor e pré motor e, quando acontecem anormalidades nesse local, surgem distúrbios executivos neuropsicológicos e síndromes neuropsiquiátricas. As funções executivas, incluindo planejamento da ação, seqüência, organização, estratégias de desenvolvimento e ajustes, abstração, motivação e controle de respostas, são mediadas pelo córtex pré-frontal, assim como nas AIVDs <sup>(136)</sup>.

Nas demências, principalmente na DA, que corresponde à maioria dos subtipos de demências, o primeiro impacto ocorre nas regiões temporal e parietal posterior, no entanto algumas anormalidades das funções executivas podem estar presentes na fase inicial. Com o avançar da doença há progressivo envolvimento do lobo frontal, ocasionando o comprometimento das funções executivas, sintomas neuropsiquiátricos e declínio das AVDs <sup>(136)</sup>.

As AIVDs são atividades mais complexas demandando maior capacidade de julgamento, raciocínio e planejamento para as ações, sendo mais vulneráveis aos efeitos da deterioração cognitiva. Alguns fatores a serem considerados para a execução de AIVD devem ser levados em conta, como o desenvolvimento tecnológico que pode influenciar nessas atividades, devido à complexidade desses novos inventos <sup>(129,131)</sup>, como por exemplo, telefones celulares e caixas eletrônicos em bancos. Isso pode explicar porque idosos sem declínio também apresentem dificuldades em sua realização <sup>(127)</sup>.

O declínio cognitivo associado à perda da independência está também ligado à redução da qualidade de vida <sup>(39,130)</sup> por estar relacionada à realização de atividades sociais mais agradáveis e à ocupação do tempo livre do idoso. A incapacidade na realização das mesmas está relacionada também com o aumento de institucionalização <sup>(127,129)</sup>, aumento do uso de serviços de saúde e mortalidade <sup>(127,130)</sup>.

Estudos indicam que o declínio da capacidade funcional, particularmente no que diz respeito às ABVDs, está relacionado com o aumento da demanda de cuidados sobre a família, sendo determinado pela incapacidade, com possíveis conseqüências negativas para o cuidador <sup>(39,137)</sup>. Recentemente foi apontado o risco aumentado para o cuidador desenvolver depressão quando existe dependência de AVD no idoso dementado sendo esse risco acentuado quando a dependência se refere às ABVDs. Apesar de, hierarquicamente, as perdas ocorrerem de AIVDs para ABVDs, as últimas são atividades que, quando comprometidas, necessitam de supervisão e auxílio direto e, necessariamente, a presença de um cuidador ou de outras pessoas, tornando-as assim mais onerosas <sup>(61,137)</sup>.

Para manutenção da capacidade funcional é importante que se trabalhe com o idoso, proporcionando atividades laborativas, recreativas, físicas, sociais para grupos de idosos na comunidade, com objetivo preventivo. Portanto, há necessidade de criar e desenvolver programas sociais para promover e facilitar encontro de idosos, estimulando a participação social <sup>(39,123)</sup>.

Por outro lado, desenvolver programas que também trabalhem com aqueles que possuem limitações é importante para evitar a progressão da incapacidade, uma vez que é possível recuperar significativamente funções já comprometidas com intervenção de reabilitação. Trabalho desenvolvido por Barnes e colaboradores <sup>(138)</sup> com idosos com declínio cognitivo e limitação funcional mostrou ser possível, através de programas de reabilitação, a recuperação de algumas funções, sendo necessária a utilização de mais intervenções com esses pacientes do que com idosos com cognição intacta.

No que se refere às incontinências, tanto urinária quanto fecal, pode-se notar que são problemas mais prevalentes entre os idosos com declínio cognitivo. O declínio cognitivo e a demência são alguns dentre os fatores de risco existentes para a prevalência e incidência aumentadas das incontinências <sup>(139-143)</sup>, porém, segundo Schnelle <sup>(143)</sup>, são tidos como principais fatores junto com imobilidade.

Além do declínio cognitivo, estão associadas à incontinência urinária: infecção do trato urinário, uso de dispositivos de retenção no leito, como grades <sup>(140)</sup>.

Em recente pesquisa Siegler <sup>(141)</sup> afirma que a incontinência urinária nas demências é primeiramente causada por hiperreflexia do detrusor, imobilidade e gravidade da demência e que outros fatores como obstrução do canal e incontinência de estresse podem também ser etiologias associadas a esse

problema. Na literatura, no entanto, a associação entre incontinência urinária e demência ainda não está bem esclarecida <sup>(141)</sup>.

Quanto à incontinência fecal, os estudos mostram como fatores associados, a própria incontinência urinária <sup>(140,144)</sup>, a dependência nas AVDs, história de isquemia cerebral, constipação, cirurgia e doença perianal, saúde geral pobre, urgência fecal, cirurgia ginecológica <sup>(140,144)</sup>, imobilidade <sup>(143)</sup>, diarreia crônica ocasionada por síndrome do cólon irritável, doença inflamatória do intestino e intolerância à lactose <sup>(144)</sup>, pela maior dificuldade em controlar o conteúdo líquido.

As incontinências aumentam o risco de isolamento e empobrecimento dos contatos sociais, pois costumam causar embaraço e impacto e, conseqüentemente, isolando o idoso de amigos e familiares <sup>(129)</sup>, afetando negativamente a vida social, limitando-a com conseqüência na qualidade de vida <sup>(145)</sup>.

O idoso com demência e incontinência, urinária ou fecal, ou ambas, gera um aumento na demanda de cuidados e uma maior atenção por parte do cuidador. Esse idoso pode não lembrar onde fica o banheiro ou não conseguir chegar até ele, pode acreditar que o armário ou qualquer outro lugar da casa seja o vaso sanitário, o que exige atenção redobrada do cuidador. Uma possibilidade citada por alguns pesquisadores, é a de levar o idoso ao vaso sanitário em intervalos regulares, a cada duas ou três horas, para encorajamento, facilitação e possibilidade de uso correto, evitando acidentes e até mesmo irritações na pele <sup>(146)</sup>. Essa rotina criada para o uso do vaso sanitário em certas ocasiões pode dar resultado, mas as causas da(s) incontinência(s) deve(m) ser pesquisada(s) <sup>(146)</sup>. Esse cuidado, apesar de simples, de não necessitar de grandes orientações ou preparo do cuidador, dá a real dimensão da demanda de atenção exigida por esses idosos.

Outro fato importante apontado é o risco aumentado de institucionalização e também aumento de custos causado pelas incontinências. É provável que a institucionalização aconteça em momentos de desgaste e de diminuição da qualidade de vida do cuidador <sup>(111,147)</sup>. Para a família, pode representar um aumento considerável de custos, pois envolve gastos com dispositivos como fraldas geriátricas, roupas, hidratantes, medicamentos e outros envolvidos com o propósito de melhorar a assistência ao idoso e evitar complicações <sup>(145,148)</sup>.

**Tabela 5: Idosos (%) segundo declínio cognitivo e ocorrência de queda nos últimos 12 meses, Município de São Paulo, 2000.**

Problema		Sem declínio	Com declínio
Queda	Sim	28,3	37,2
	Não	71,7	62,8
	Total	100,0	100,0

Fonte: Estudo SABE

Observa-se que os idosos com declínio cognitivo estão mais sujeitos à ocorrência de quedas que aqueles que não apresentam o problema.

A queda é uma ocorrência comum entre os idosos e um problema de saúde pública, uma vez que está fortemente associada à dependência, graves seqüelas e morte. É a principal etiologia de morte por causas violentas em indivíduos acima de 65 anos <sup>(149)</sup>.

Estudos mostram que dentre os fatores de risco para queda estão: sexo feminino, idade avançada, declínio cognitivo e demência, hipotensão ortostática, depressão, visão diminuída, diminuição do equilíbrio e força motora, problemas com marcha, polimedicação, artrite, uso de antidepressivos, sedativos e história anterior de queda <sup>(150-152)</sup>.

Nesses estudos, a demência é fortemente associada ao risco de queda<sup>(150-154)</sup> e, segundo eles, o risco de um indivíduo com demência apresentar queda é três vezes maior se comparado ao idoso com cognição preservada<sup>(150,153)</sup>.

O déficit de memória é apontado como um fator de risco para a queda no idoso com demência, pois pode tornar sua adaptação a ambientes novos mais difícil. Assim, uma pequena mudança no ambiente pode ocasionar a queda pela dificuldade de memorização da nova informação. As apraxias, agnosias, desorientação espacial, deterioração das funções executivas, comprometimento de equilíbrio<sup>(154)</sup>, sinais extrapiramidais, como bradicinesia de extremidades e face, rigidez de membros, tremores e distúrbios da marcha, também são fatores associados à demência e que podem ser fatores de risco para queda<sup>(150,153,155)</sup>.

O déficit de julgamento também pode facilitar a queda, uma vez que é capaz de comprometer a avaliação de reais incapacidades fazendo o indivíduo assumir atividades e tarefas arriscadas, ocasionando acidentes<sup>(155)</sup>.

Outro fator citado pelos estudos como aumento de risco para queda<sup>(149, 154, 156,157)</sup>, está relacionado ao uso de certos medicamentos, como: diuréticos, psicotrópicos (principalmente benzodiazepínicos) e anti-hipertensivos. Essas medicações podem ter associações quando em uso conjugado, ou seja, se o idoso faz uso de várias medicações ao mesmo tempo, a polimedicação, poderá ocorrer diminuição das funções motoras, fadiga, vertigem e hipotensão postural. Essa polimedicação além de expor o idoso a esses sintomas também pode indicar uma saúde em pior estado, aumentando os riscos de queda<sup>(149)</sup>.

Algumas pesquisas também analisam o fato de o declínio cognitivo afetar indiretamente a densidade óssea, podendo diminuir a massa óssea mais rápido devido ao fato desses indivíduos terem uma tendência ao baixo peso, má nutrição,

falta de exercícios e hiperparatireoidismo secundário ao envelhecimento, condicionado por deficiência na vitamina D devida à pequena exposição à luz solar que pode acontecer com eles <sup>(157-160)</sup>.

Na ocorrência de quedas é importante considerar também a possibilidade de o idoso dementado apresentar dificuldade na linguagem, não comunicando tal fato a ninguém, o que pode comprometer a avaliação e possibilidade de ajuda se essa não for presenciada por alguém. Tal fato pode acontecer também com os idosos dementados que moram sós. O evento da queda pode causar lesões nem sempre vistas facilmente, que podem ser graves e com grandes conseqüências caso não sejam avaliadas e tratadas de imediato <sup>(152)</sup>.

**Tabela 6: Idosos (%) segundo declínio cognitivo e auto-avaliação de saúde, Município de São Paulo, 2000.**

<b>Auto-avaliação</b>	<b>Sem declínio</b>	<b>Com declínio</b>
Muito boa/boa	46,6	28,8
Regular	45,2	58,4
Má	8,0	12,4

**Fonte: Estudo SABE**

A auto-avaliação de saúde tem sido apontada por vários estudos <sup>(161-166)</sup> como um bom indicativo de saúde e com forte relação com mortalidade, porém, segundo Helweg <sup>(166)</sup>, ainda não estão exatamente claros os fatores incluídos para que essa relação ocorra.

A auto-avaliação de saúde representa um valioso recurso para acessar dados sobre estado de saúde, além de ser um preditor importante de declínio funcional <sup>(161-163,167)</sup>. Yunhwan <sup>(162)</sup> e Maia <sup>(168)</sup> mostraram que indivíduos que auto avaliaram sua

saúde como má foram os que apresentaram maior risco para desenvolvimento de declínio funcional e morte. Dados do Estudo SABE no Município de São Paulo também indicaram que à medida que o grau de dependência aumenta a chance de o idoso ter uma pior percepção de sua saúde <sup>(6)</sup>.

Os estudos, porém, de maneira geral, não consideram os indivíduos com declínio cognitivo ou demência, sendo que normalmente esses indivíduos fazem parte dos critérios de exclusão <sup>(163)</sup>. No entanto, nos resultados encontrados há uma pior percepção de saúde entre os indivíduos com declínio se comparado com os sem declínio, o que sugere que outros estudos nesse sentido sejam desenvolvidos. Walker et al. <sup>(163)</sup> relatam, além de dados já citados anteriormente, que experiência passada e presente do assunto são mecanismos envolvidos na auto-avaliação da saúde e contam, em parte, com processos cognitivos dos respondentes. Assim, declínio cognitivo é um preditor independente de mortalidade na auto-avaliação de saúde <sup>(163)</sup>. Finalmente, estão normalmente associados a uma má auto-avaliação de saúde os indivíduos mais idosos, os não casados, com maior declínio cognitivo e de AVD, maiores comorbidades e menos anos de educação formal <sup>(163)</sup>.

Há necessidade de se conhecer os arranjos domiciliares e sua organização uma vez que esses afetam a satisfação com a vida, a saúde, a vida em comunidade. A partir de seu conhecimento pode-se notar a influência do suporte formal e informal oferecido ao idoso e a necessidade emergente de políticas públicas que possam atender a demanda assistencial gerada por essa população.

As mudanças que vem ocorrendo nas estruturas das famílias brasileiras mostram tendência a famílias nucleares com modificações no desempenho de papéis entre seus componentes, o que pode problematizar a assistência e o cuidado ao idoso com incapacidades.



**Tabela 7: Idosos (%) segundo declínio cognitivo e arranjos domiciliares, Município de São Paulo, 2000.**

<b>Arranjo Domiciliar*</b>	<b>Sem declínio</b>	<b>Com declínio</b>
<b>A</b>	12,8	22,6
<b>B</b>	20,4	8,8
<b>C</b>	32,7	26,1
<b>D</b>	18,6	28,4
<b>E</b>	6,7	6,5
<b>F</b>	4,6	2,4
<b>G</b>	4,3	5,2

\*Grupo A: idoso que mora sozinho; Grupo B: mora somente com o cônjuge; Grupo C: mora com o cônjuge e os filhos, ou mora com o cônjuge, os filhos e o genro ou a nora, ou mora somente com os filhos; Grupo D: arranjos trigeracionais, ou seja, mora com filhos e netos; Grupo E: o idoso mora somente com outros idosos além do cônjuge; Grupo F: o idoso mora com outro idoso e/ou somente com os netos (sem os filhos); Grupo G: mora com não-familiares

**Fonte: SABE**

Quando da análise da distribuição dos arranjos domiciliares entre os idosos no Município de São Paulo foram identificados sessenta e seis combinações diferentes. Para que as demandas referidas e a assistência recebida pudessem ser analisadas, foi necessário agrupar esses arranjos. Assim, esses arranjos foram agrupados em sete categorias considerando o potencial de ajuda presente em cada um:

- a) idoso que mora sozinho - Grupo A;
- b) mora somente com o cônjuge - Grupo B;
- c) mora com o cônjuge e os filhos, ou mora com o cônjuge, os filhos e o genro ou a nora, ou mora somente com os filhos- Grupo C;
- d) arranjos trigeracionais, ou seja, mora com filhos e netos - Grupo D;
- e) arranjos intrageracionais, ou seja, o idoso mora somente com outros idosos além do cônjuge - Grupo E;

- f) mora em arranjos intrageracionais e/ou com os netos (sem os filhos) - Grupo F;
- g) mora com não-familiares - Grupo G.

O Grupo C representa o tipo de arranjo mais prevalente entre os idosos sem declínio cognitivo (32,7%) seguido pelo Grupo B (20,4%) e Grupo D (18,6%). Já entre os idosos com declínio essa distribuição é um pouco diferente. Verifica-se o predomínio do Grupo D, com 28,4% seguido pelo Grupo C, com 26,1% e em seguida o Grupo A, com 22,6%, fato esse que chama muito a atenção.

A maior diferença entre os arranjos dos dois grupos de idosos está no grupo B (morar com cônjuge): 20,4% entre os que não possuem declínio e 8,8% naqueles com declínio. Essa diferença talvez seja explicada pelo número bem maior de idosos casados e sem declínio que somam 58,0% contra 30,2% com declínio (Tabela 1) e também pela maior longevidade feminina o que pode predispor à viuvez.

Observa-se que 22,6% de idosos portadores de importante declínio cognitivo residem sozinhos. Esse dado chama atenção principalmente quando comparada com os idosos que moram sozinhos mas não possuem declínio cognitivo, o que somou 13,0%. Essa é uma realidade atual, como mostra os dados do IBGE, na Síntese dos Indicadores Sociais de 2005 <sup>(87)</sup>, na qual os domicílios unipessoais apresentam contínuo crescimento, com 41% do total desses domicílios a serem ocupados por indivíduos com 60 anos ou mais.

Alguns estudos <sup>(170,171)</sup> lembram, no entanto, a importância da manutenção da rede social (incluindo outros familiares não residentes, vizinhos e amigos), pois morar sozinho pode não necessariamente representar abandono. Nem sempre viver com outras pessoas significa estar melhor assistido.

Morar só para o idoso com declínio cognitivo pode não ser tarefa fácil além de constituir uma situação de risco (por exemplo: exposição a acidentes e auto-negligência). Prescop <sup>(169)</sup> verificou que idosos dementados que moram sozinhos são, frequentemente, doentes há menos tempo e com a doença em estágios menos avançados e em sua maioria mulheres com melhor habilidade funcional. A inexistência de cuidador ou supervisão, contribui para a progressão mais rápida da doença, geralmente em consequência da dificuldade em acessar serviços sociais e de saúde, além da inexistência de ajuda no desempenho das tarefas básicas do cotidiano. Outro fato relevante é que o contato social, quando pobre ou limitado, pode aumentar o risco de demência em até 60%, mas para o contato com familiares e amigos satisfatório, ainda que não seja freqüente, esse risco não é aumentado <sup>(171)</sup>.

Os idosos com declínio cognitivo que moram sozinhos, estão mais expostos a risco de acidentes, injúrias, má nutrição, abuso e exploração de recursos financeiros, morte prematura e institucionalização do que aqueles sem declínio cognitivo <sup>(169,173)</sup>. Isso ocorre principalmente se, além de morar só, ele não possuir um cuidador, ou ainda alguém que o supervisione de alguma forma. Nesses casos, a segurança do idoso está em risco, pois o declínio de memória, da capacidade de julgamento, desorientação no tempo e no espaço somadas à limitação funcional podem expor esse idoso a intercorrências tais como: não conseguir retornar à própria casa, não se alimentar pensando que já o fizera, dificuldade em tomar os próprios medicamentos corretamente e manejar adequadamente seu próprio dinheiro <sup>(169,173,174)</sup>.

Em estudo realizado por Tirney <sup>(175)</sup> com idosos com declínio cognitivo e que residiam sozinhos verificou-se que 21,6% deles apresentaram algum fator de risco para acidentes e outros danos apresentando algum tipo de consequência. 50%

desses problemas estavam relacionados ao auto-cuidado, como falta da alimentação, desidratação, problemas ligados à higiene pessoal, e 43% necessitaram de atendimento em serviço de emergência. Outro fator de grande importância relacionava-se ao descumprimento das orientações dos profissionais de saúde bem como a ausência de relatos de problemas ao médico.

O fato de morar sozinho também pode dificultar o monitoramento de mudanças graduais experimentadas pelo idoso, sejam elas funcionais ou comportamentais. Morar com alguém faz com que essas mudanças possam ser percebidas e observadas logo de início evitando a instalação de um problema de maior magnitude <sup>(174)</sup>.

Há de se pensar em desenvolver meios de facilitação para suporte desses indivíduos que muitas vezes moram sós por falta de opção. É importante o apoio da rede social envolvendo amigos, vizinhos, comunidade, uma vez que a família pode não estar por perto ou até mesmo inexistir. Implementar futuros projetos que desenvolvam na comunidade atos que, formal ou informalmente, habilitem pessoas a desempenhar papel de cuidadoras, para suporte primário desses idosos <sup>(173)</sup> torna-se essencial e urgente.

Nossa população idosa de maneira geral carece de rede de serviços especializados, de saúde e de assistência social para favorecimento de um envelhecimento saudável, apesar de ser previsto na legislação. Quando analisamos os recursos oferecidos a essa população específica e a seus familiares, a escassez se torna mais evidente, colocando-os expostos à própria sorte. Os membros familiares co-residentes, passam a ser os únicos provedores de cuidado, não recebendo apoio, ajuda e/ou orientação em grande parte das situações, pois as políticas públicas não oferecem esse tipo de suporte, e quando em casos isolados

esse tipo de ajuda acontece, está normalmente associado a projetos assistenciais ligados a Universidades ou Organizações Não Governamentais. A Estratégia de Saúde da Família, pode constituir um recurso de ajuda muito importante porém, ainda não está implantado em todo território nacional, sendo desenvolvida com mais eficácia em cidades menos populosas.

Embora a proporção de idosos residindo com filhos tenha decrescido da década de 80 para cá, quando representava cerca de 64,1%<sup>(64)</sup>, esses arranjos domiciliares ainda são a maioria, tanto para idosos sem quanto para os com declínio cognitivo, que são os grupos C e D (51,3% e 54,5%, respectivamente). Isso mostra que os filhos são, ainda, o maior potencial de ajuda aos idosos<sup>(61)</sup>.

Cabe ressaltar que, nem sempre, a co-residência ocorre por necessidade dos idosos. Recentemente tem sido observada a ocorrência de co-residência por necessidades econômicas dos filhos, por exemplo, quando o idoso tem sua própria casa e algum tipo de benefício previdenciário ou ainda um emprego, motivando assim o adiamento da saída de casa pelos filhos ou ainda permitindo o retorno à casa dos pais, nos casos de divórcio, viuvez, desemprego e diminuição importante de renda familiar dos filhos<sup>(64)</sup>. É importante ressaltar que, nessas situações nem sempre haverá uma maior disponibilidade de auxílio, pois a dinâmica familiar está alterada gerando outras demandas que podem desviar o potencial de ajuda ao idoso.

Nos arranjos domiciliares dos grupos B e E que são intrageracionais, acredita-se que existam dois fatores de maior importância para sua existência e manutenção. Nos idosos sem declínio há um maior número de prevalência desse tipo de arranjo, que somam 31,7% contra 17,7% dos com declínio. Um desses fatores é o orçamento familiar para garantia de sustento de seus componentes,

sendo essencial uma renda que possa suprir as necessidades desses idosos. Outro fator de elevada importância para manutenção desse tipo arranjo é a independência para as AVD, que pode ser fator determinante, pois à medida que um dos idosos perde ou tem comprometimento de sua capacidade funcional, a situação passa a ser especial para o outro idoso, pois deve garantir apoio às demandas assistenciais que surgem, levando à necessidade de recorrer à ajuda muitas vezes de outros familiares, a uma reorganização familiar, e na maioria das vezes à co-residência com filhos.

Em arranjos intrageracionais, de idosos com outros idosos, existe uma preocupação bastante grande, pois há de se levar em consideração que na vigência de um desses idosos apresentar um comprometimento funcional, o outro que também é idoso, pode não ter um bom estado de saúde geral ou não ter condições físicas para assumir a função de cuidador, sendo ele mesmo um doente em potencial e expondo a risco sua própria capacidade funcional <sup>(61,176)</sup>. Esse idoso quando cuidador, além da sobrecarga dessa função, de seu próprio envelhecimento e possível comprometimento físico, pode enfrentar também sentimento de solidão e isolamento social <sup>(177)</sup>.

Nos arranjos em que há a presença de netos percebe-se uma tendência de desvio de recursos dos idosos para a geração mais nova, com prioridade para esses, podendo os idosos, inclusive, se privarem de itens importantes para si mesmo em detrimento dos mais novos. Assim, morar com netos pode ser mais carga do que necessariamente benefício <sup>(64,178)</sup>. Outra ressalva importante no que se refere à co-residência com netos é a necessidade de muitas vezes o idoso participar ativamente das tarefas de casa e principalmente no cuidado das crianças <sup>(64,178)</sup> para

que seus pais possam trabalhar, o que pode também expor esse idoso a riscos de auto negligenciarem seu estado de saúde.

Quando existe um idoso em um arranjo domiciliar com presença de filhos ou um arranjo estendido com mais de duas gerações e outros parentes agregados há de se supor que as demandas apresentadas pelos mesmos fossem melhor atendidas dado o maior potencial de ajuda disponível, mas não é bem isso que ocorre. No Estudo SABE <sup>(61)</sup> verificou-se que a ajuda mais expressiva vem dos arranjos que contavam com a presença de não familiares, provavelmente cuidadores, entendendo-se que nem sempre viver com a família pode significar ter as demandas assistenciais adequadamente supridas. Em todos os outros tipos de arranjos, o atendimento dessas demandas girava em torno de 50% o que mostra uma grave situação de impossibilidade assistencial familiar.

**Tabela 8: Idosos(%) com declínio cognitivo segundo tipo de arranjo domiciliar, dificuldades para execução de atividades básicas e instrumentais de vida diária e recebimento de ajuda. Município de São Paulo, 2000.**

Tipo de Arranjo Domiciliar	Dificuldades de AVD apresentadas		Recebimento de ajuda			
	ABVD	AIVD	ABVD		AIVD	
			Não	Sim	Não	Sim
<b>A</b>	28,1	23,2	65,1	34,9	0,0	100,0
<b>B</b>	3,9	9,0	0,0	100,0	0,0	100,0
<b>C</b>	24,2	24,3	54,3	45,7	9,7	90,3
<b>D</b>	21,1	29,1	15,4	84,6	5,4	94,6
<b>E</b>	13,7	6,6	20,5	79,5	0,0	100,0
<b>F</b>	3,7	2,4	21,9	78,1	0,0	100,0
<b>G</b>	5,2	5,3	15,8	84,2	0,0	100,0

Fonte: Estudo SABE

**Tabela 9: Idosos(%) sem declínio cognitivo segundo tipo de arranjo domiciliar, dificuldades para execução de atividades básicas e instrumentais de vida diária e recebimento de ajuda. Município de São Paulo, 2000.**

Tipo de Arranjo Domiciliar	Dificuldades de AVD apresentadas		Recebimento de ajuda			
	ABVD	AIVD	ABVD		AIVD	
			Não	Sim	Não	Sim
<b>A</b>	12,7	10,0	86,4	13,6	42,7	57,3
<b>B</b>	19,5	20,4	66,0	34,0	65,6	34,4
<b>C</b>	28,3	32,7	57,9	42,1	64,1	35,9
<b>D</b>	27,3	21,6	51,6	48,4	48,2	51,8
<b>E</b>	5,2	6,8	78,8	21,2	67,2	32,8
<b>F</b>	3,5	3,6	80,1	19,9	49,0	51,0
<b>G</b>	3,6	4,9	31,6	68,4	64,7	35,3

Fonte: Estudo SABE

Comparando-se as tabelas 8 e 9 pode-se notar que os idosos com declínio recebem mais ajuda do que os idosos sem declínio. Nesse grupo, sem dúvida, a demanda assistencial é mais evidente e, a exigência de cuidados e de atenção, mais pronunciada. Essa pode ser uma das razões da maior assistência observada. No grupo sem declínio, no entanto, verifica-se que, apesar de necessária, a ajuda está muito aquém da necessidade, o que coloca os idosos parcialmente limitados em maior risco de não assistência. Isso, a nosso ver, deveria direcionar o olhar das políticas públicas, pois, caso a intervenção não ocorra nessa fase possivelmente haverá uma evolução para um quadro mais comprometedor gerando maior assistência e maior comprometimento da qualidade de vida do idoso além de uma maior sobrecarga familiar.

Na tabela 8 pode-se notar que, para o arranjo domiciliar tipo A, a maior dificuldade apresentada relacionava-se às ABVDs, porém o oferecimento de ajuda para essas atividades foi o menor em todos os arranjos. Cabe lembrar que as



dificuldades nessas atividades implicam em assistência direta de outra pessoa e seu não atendimento pode comprometer a manutenção da saúde física e da própria vida da pessoa idosa. Vale ressaltar que o idoso com declínio cognitivo, apresenta maior número de quedas e incontinências. Quando essas questões são levadas em consideração, pode-se imaginar que esse idoso está exposto a grandes riscos. Sendo pequeno o potencial de ajuda e morando só, há chance aumentada para eventos indesejáveis.

A ocorrência de desnutrição nesses idosos também é um fator importante a ser considerado <sup>(169,174)</sup>. Se esse idoso, morando só, apresentar dificuldade para comer, ele incorre no risco de desenvolver desnutrição por exclusiva ausência de cuidados sendo que essa piorará, e muito, o quadro de confusão mental além de outros comprometimentos. Como já mencionado, a ajuda nas ABVDs requer a presença de alguém que auxilie o idoso nas tarefas, que esteja junto dele a maior parte do tempo, identificando suas dificuldades e oferecendo o auxílio necessário, fato esse que, quando morando só, o idoso não possui.

Por outro lado, quando são analisadas as AIVDs, verifica-se que a ajuda oferecida é adequada. Isso mostra que esses idosos contam com uma rede de apoio, presente e suportiva que, de alguma forma, os supervisiona e auxilia. Vale lembrar que o auxílio requerido para essas atividades envolve, normalmente, uma reorganização familiar não sendo necessária a presença premente de alguém que o acompanhe durante todo o dia, como no caso das ABVDs. São atividades que podem ser desempenhadas, inclusive, sem a presença do idoso, como por exemplo, o pagamento de uma conta, uma compra em supermercado, a limpeza de uma casa. É provável que, esse seja um dos motivos para a ajuda ser maior em relação às AIVDs do que às ABVDs, pois na ausência de um familiar que resida junto, há um

preocupação nas pessoas de seu entorno em suprir as demandas relacionadas às AIVDs, podendo não necessariamente ser um familiar, mas também amigos e até mesmo vizinhos e pessoas de confiança.

Para o idoso inserido nos tipos de arranjos domiciliares B e E, que são intrageracionais é interessante notar que, apesar de serem arranjos em que moram apenas idosos, o potencial de ajuda é total para o grupo B, de 100,0% tanto nas ABVDs quanto para as AIVDs, enquanto para os idosos sem declínio, a ajuda declina para apenas em torno de 34,0%. Entre os casais, normalmente há um maior comprometimento mútuo de ajuda e, na presença de declínio, isso se torna mais expressivo. É importante ressaltar, no entanto, que esse cônjuge pode e, muitas vezes está, sobrecarregado tanto física quanto emocionalmente e, necessita de apoio, para que possa manter esse cuidado. Pouco ou nada existe de suporte para os cuidadores familiares o que é ainda mais complicado quando se trata de cuidadores idosos de outros idosos mais comprometidos. Acredita-se que isso deva ser alvo de atenção especial das políticas públicas.

No grupo E, para os idosos com declínio, o potencial de ajuda é grande chegando a 79,5% no caso de ABVDs e para as AIVDs é de 100,0%. Esses achados surpreendem, uma vez que sendo o arranjo formado somente por pessoas idosas acreditava-se que o potencial de ajuda poderia estar mais limitado, como é visto entre os idosos sem declínio porém com dificuldades. No entanto, os dados mostram o contrário. Pode-se imaginar a dificuldade e o grande esforço que é para esse idoso que exerce a função de cuidador, atender as demandas apresentadas, como por exemplo, dar um banho, levar ao vaso sanitário e ajudar na locomoção e mobilização do outro, pois são atividades que exigem intenso esforço físico podendo ser desgastantes <sup>(179)</sup>. O que se pode inferir é que, nesse grupo, possa

haver um maior comprometimento entre seus membros e, a ajuda mútua, seja um compromisso de todos, talvez resultado de valores obtidos em outra época.

No grupo C, onde o idoso mora com o(a) filho(a) verifica-se uma diferença entre os idosos com e sem declínio. No primeiro grupo há um menor potencial de ajuda comparativamente ao segundo. A ajuda oferecida às ABVDs não atinge nem os 50%, sendo o segundo menor, muito aquém do esperado. É válido lembrar que esse tipo de arranjo é o segundo mais prevalente para os idosos com declínio cognitivo. O resultado surpreende, dado que se esperava que a ajuda vinda dos filhos que co-residem com idosos atendessem às demandas apresentadas, porém, o quadro que se vê não é esse, mostrando que esses idosos mesmo em dificuldades consideradas básicas, como alimentação e de higiene não estão sendo adequadamente atendidos.

Entre cuidadores familiares estão em maior número as esposas e filhas, sendo então a mulher tradicionalmente considerada a cuidadora de idosos dentro do lar <sup>(50,180)</sup>. Atualmente esse é um motivo de preocupação, uma vez que pela situação econômica, uma grande parte dessas mulheres está inserida no mercado de trabalho, pois necessita ajudar na economia de sua família, ou mesmo provém dela a responsabilidade pelo sustento da casa, fazendo com que esse potencial de ajuda e oferecimento de assistência fique comprometido <sup>(180)</sup>. Esse idoso que reside com o(a) filho(a) que trabalha durante todo o dia, pode ficar um longo período só, sem nenhum tipo de ajuda. Essa pode ser uma possibilidade para esse resultado ter sido menor do que o esperado e também a ajuda ser menor do que a oferecida aos outros idosos inseridos em outros arranjos. Alternativas assistenciais como centros dia, programas de cuidadores formais, etc, poderiam contribuir para mudança nesse

quadro, pois o que se observa, é que apenas a co-residência com filhos, não garante ou se quer melhora o potencial de ajuda oferecida.

O grupo D, que é o arranjo domiciliar mais prevalente entre os idosos com declínio cognitivo, também apresenta uma das maiores prevalências de dificuldades na realização de AIVD e ABVD respectivamente. Nesse tipo de arranjo o oferecimento de ajuda ultrapassa os 80,0% para os dois grupos de atividades. Isso corrobora alguns estudos que referem que a maior ajuda está diretamente relacionada com o maior número de co-residentes. O resultado mostra que esses idosos apresentam dificuldades, e essas estão sendo, em sua maioria, atendidas por seus familiares. Existe a maior possibilidade de ajuda intergeracional ou de divisão de tarefas. Outra possibilidade é de serem famílias onde as mulheres não estão inseridas no mercado de trabalho, exercendo primordialmente as funções de cuidar das crianças e dos idosos.

Em relação ao arranjo domiciliar do tipo F, onde os idosos residem com netos, sem a presença de seus filhos a dificuldade apresentada em relação às AVDs é pequena, não chegando aos 4,0%, o que indica pouco comprometimento funcional desses idosos. A ajuda oferecida em ABVDs segue o padrão dos demais arranjos, sendo menor em relação às AIVDs, porém com um oferecimento de ajuda chegando a 78%, muito diferente do observado entre os idosos sem declínio onde esse arranjo foi o menos continente às demandas dos idosos. Atualmente não se pode ignorar o número de netos que vivem com seus avós, muitos deles por situações de morte de seus pais, vitimados pela violência ou pela AIDS <sup>(64)</sup>. Esses netos podem ser crianças, limitando o oferecimento de ajuda, principalmente no que se refere às ABVDs. Quando os mesmos são adolescentes ou mais velhos, pode também ocorrer uma limitação na ajuda oferecida, uma vez que esses podem estar ocupados

com estudos e/ou trabalho. Pode ser mais fácil ajudar nas AIVDs do que nas ABVDs, pois essas atividades podem ser realizadas em momentos de folga ou descanso, como por exemplo, arrumar uma casa e fazer uma compra. Isso talvez explique o oferecimento de ajuda nessas atividades ter chegado a 100,0%.

Menos de 5% dos idosos com dificuldades para ABVD e AIVD estão inseridos no arranjo domiciliar onde há a presença de um não familiar (Grupo G). Verifica-se, no entanto, que a ajuda oferecida é elevada (84,2%) nas ABVDs, porém, maior ainda nas AIVDs. Provavelmente por ser mais fácil auxiliar em alguma tarefa do que ter que se manter supervisionando e ajudando em tempo integral, uma vez que os “não familiares” podem ser, por exemplo, pessoas contratadas que muitas vezes permanecem junto ao idoso em grande parte do dia, explicando o alto oferecimento de ajuda mesmo em ABVDs, diferente e superior à ajuda nas mesmas atividades nos idosos sem declínio cognitivo.

Para as AIVDs, se esse não familiar, for uma pessoa contratada, mesmo não permanecendo junto do idoso durante todo o dia, a ajuda consegue ser oferecida e a demanda atendida, pois como já discutido, há alguém disponível para preparar sua refeição, arrumar e limpar sua casa, fazer uma compra, o que pode talvez explicar essa ajuda de 100,0%.

Analisando e comparando as tabelas dos idosos com e sem declínio cognitivo, nota-se um maior atendimento às demandas assistenciais aos idosos com declínio cognitivo, surpreendendo em algumas situações, como no caso de idosos com outros idosos, indicando um enorme esforço, por parte desse cuidador, que muitas vezes pode também apresentar alguma limitação.

Deve-se ressaltar que o cuidado exigido pelo idoso dementado é especial e com maior sobrecarga do cuidador. Esse idoso possui mais limitações e,

normalmente, maiores comorbidades. Requerem atenção permanente pois representam risco para si mesmos. A ajuda oferecida a eles pode ser maior, quando comparada ao outro grupo, pelo fato da família perceber a dificuldade não só funcional, relacionada ao desempenho físico, mas também pelo fato desse idoso ser totalmente dependente, no que diz respeito também à consciência de ser e estar, à dificuldade de entendimento e comunicação, o que pode dificultar até mesmo um pedido de ajuda, indicando e confirmando que a família é a primeira fonte de cuidados e a primeira a reconhecer os déficits apresentados.

Isso confirma dados já encontrados em outro estudo<sup>(181)</sup> que mostra que a maior dependência é, de alguma forma protetora aos idosos. Quanto mais dependente ele é, possivelmente mais atento estão os que o circundam e assim podem atendê-lo mais prontamente quando necessário. Isso em si é muito positivo. O que preocupa é exatamente o oposto. Os idosos medianamente comprometidos são menos assistidos e, em maior risco de não ajuda, tornando-os mais vulneráveis a agravos e intercorrências possivelmente evitáveis ou postergáveis. Isso deve ser considerado na organização dos programas assistenciais no que diz respeito à priorização dos atendimentos.

Na análise de demandas, buscou-se verificar se a doença poderia estar associada a uma modificação na co-residência. Assim buscou-se verificar como residiam esses idosos 5 anos antes da entrevista.

**Tabela 10: Idosos (%) segundo presença de declínio cognitivo e situação de moradia há 5 anos. Município de São Paulo, 2000.**

Situação de moradia há 5 anos		Sem declínio	Com declínio
Como vivia há 5 anos	Só	5,9	6,7
	cônjuge	61,8	64,4
	com filho casado	13,3	25,2
	com filho solteiro	49,4	30,5
	com outro familiar	22,2	24,3
	com outro não familiar	3,4	5,0

Fonte: Estudo SABE

**Tabela 11: Idosos (%) segundo presença de declínio cognitivo e mudança de situação de moradia nos últimos 5 anos. Município de São Paulo, 2000.**

Motivo da mudança	Sem declínio	Com declínio
Econômica (filho)	6,8	5,5
Separação conjugal (filho)	9,5	0,0
União conjugal (filho)	33,8	20,5
Cuidar de crianças	5,8	0,0
Econômicas	7,0	1,3
Separação conjugal	3,1	5,5
Falecimento	33,4	42,2
Se sentia só	1,1	0,0
Precisa de ajuda	2,8	8,1
Ficou doente	3,0	14,6
Outro	19,1	24,9

Fonte: Estudo SABE

Nota-se que a maior parte dos idosos, nos dois grupos, há 5 anos residiam com o cônjuge, fato esse modificado muito provavelmente por motivo de viuvez, uma

vez que o motivo de mudança por falecimento foi o mais prevalente entre todos, mais acentuadamente entre os idosos com declínio cognitivo(42,2%).

Isso também deve contribuir com o aumento do número de idosos vivendo sós. Há 5 anos 5,9% dos idosos sem declínio estavam nessa situação e 6,7% dos idosos com declínio, passando para 12,8% e 22,6%, respectivamente.

Não houve grande mudança em arranjos de idosos com declínio que moram com filhos se comparado com os arranjos de 5 anos antes, ou seja, apesar da diminuição desse tipo de arranjo, ainda é a família, representada principalmente pelos filhos, a principal referência de apoio ao idoso quando necessário.

O tipo de arranjo com não familiar permaneceu quase inalterado, reforçando a impressão de que esse membro deve ser na maioria das vezes alguém contratado, o que dificulta muitas vezes essa possibilidade pelo alto custo que pode representar para idoso ou sua família.

Os motivos “ficou doente” e “precisa de ajuda”, dois indicativos de uma saúde mais fragilizada, somam 22,7%, e podem estar associados ao declínio instalado.

Observa-se que nos 5 anos anteriores a esse estudo, ocorreram algumas modificações e reorganizações dos arranjos, mas não se pode afirmar que essas mudanças se devem ao fato do aparecimento do declínio cognitivo, apesar de saber que o declínio e a demência, bem como os fatos que os acompanham, tais como as comorbidades e a deterioração de sua capacidade funcional, podem trazer grande impacto e desequilíbrio da estrutura familiar.

Esse impacto muitas vezes surge quando a demanda de cuidados é muito grande e os recursos insuficientes ocasionando sobrecarga de um único cuidador, inabilidade ou desconhecimento para o cuidado, falta de suporte e orientação ao cuidador falta de resolução de problemas, agravamento de situações familiares



conflitantes <sup>(176,179)</sup>. Sem dúvida, esse fato será refletido nos membros da família em forma de tensão o que implicará na qualidade da assistência prestada.

**Tabela 12: Idosos(%) segundo presença de declínio funcional e ajuda recebida por filhos(as) e irmãos(ãs) que não residem na mesma casa. Município de São Paulo, 2000.**

Tipo de ajuda		Sem declínio	Com declínio
Com dinheiro	Filhos	54,2	59,7
	Irmãos e irmãs	4,8	2,4
Transporte, tarefas de casa	Filhos	32,9	67,9
	Irmãos e irmãs	2,6	0,0
Dando alimentos, roupas, etc	Filhos	48,6	69,7
	Irmãos e irmãs	6,5	2,6
Companhia	Filhos	38,1	56,7
	Irmãos e irmãs	14,2	5,6
Outro	Filhos	36,6	73,2
	Irmãos e irmãs	20,3	7,8

Fonte: Estudo SABE

Verifica-se que o tipo de ajuda recebida de filhos que não moram na casa difere entre idosos sem e com declínio cognitivo. A primeira impressão é a de que a ajuda recebida pelos idosos com declínio é maior. Eles recebem com maior prevalência ajuda relacionado a “outro” (73,2%) o dobro dos idosos sem declínio 36,6%. Essa ajuda compreende: pagamento de empregada, remédios, plano de saúde, etc.

O segundo maior auxílio recebido é em relação a recebimento de gêneros de consumo, como alimentos e roupas entre outros (69,7%), seguido de transporte e ajuda nas tarefas de casa (67,9%), dinheiro (59,7%) e companhia (56,7%).

Entre os idosos sem declínio, o recebimento de ajuda dos filhos que não moram na casa é menor, ultrapassando em 50% apenas no que se refere à ajuda em dinheiro (54,2%). Nessas situações há possibilidade desse idoso trabalhar, manter uma convivência social e em comunidade e também de possuir menos dificuldades para execução de AVD.

A ajuda recebida por irmãos que não moram na mesma casa é pouco expressiva, aumentando apenas nos idosos sem declínio cognitivo no que se refere a “outro” e “a companhia”. Irmãos e irmãs desses idosos devem estar em faixas etárias próximas, ou seja, devem também ser idosos, com potencial de ajuda reduzido, podendo também como o próprio idoso, apresentar dificuldades.

De um modo geral, observa-se que os filhos dos idosos com declínio auxiliam mais que os sem declínio sendo que o mesmo não ocorre entre os irmãos. Isso reforça que os filhos ainda são a principal fonte de cuidados e suporte, preocupando ainda mais a organização de futuros serviços dado que essa rede assistencial está sendo cada vez menos expressiva.

Com vistas a isso, buscou-se verificar outros auxílios recebidos, como apoio comunitário, por exemplo.

**Tabela 13: Idosos(%) segundo presença de declínio cognitivo e assistência recebida de Instituição ou Organização de Apoio da comunidade. Município de São Paulo, 2000.**

<b>Tipo de Instituição de Apoio</b>	<b>Sem declínio</b>	<b>Com declínio</b>
Serviço de Bem-Estar Social	0,4	0,0
Centro de Idosos	0,6	0,0
Serviços de Cuidador em casa	0,1	0,0
Igreja ou Templo	2,2	2,4
Outro	0,2	0,0
Não	96,7	97,6

**Fonte: Estudo SABE**

Observa-se que a ajuda recebida, para os dois grupos é pouco ou nada expressiva sendo ainda menor entre os idosos com declínio que, teoricamente, mais necessitariam. Esse resultado permite analisar o tamanho da carência assistencial em que vivem os idosos. Nenhum tipo de ajuda, de qualquer que seja a instituição ou organização, chega a 5%.

Esse apoio social é considerado informal, pois vem de recursos da comunidade, podendo oferecer desde companhia e expressões de afeto e amor, como também fornecer orientações e informações a respeito da saúde além de ajuda concreta, como provimento de necessidades materiais e ajuda em dinheiro <sup>(182)</sup>.

O fato de cuidar de um idoso portador de demência pode gerar isolamento <sup>(169)</sup> do cuidador, que fica absorvido nas funções de auxílio e/ou supervisão ao idoso com declínio cognitivo durante as 24 horas, o que dificulta ou até mesmo não permite sua participação nas atividades sociais e em serviços oferecidos pela comunidade. O mesmo acontece com o idoso. Ora, se o idoso e seu cuidador não participam desse tipo de intercâmbio social, a probabilidade de acontecer reciprocidade é remota <sup>(182)</sup>, ou seja, o auxílio dispensado pelas organizações atende, na maioria das vezes, aos membros que são participantes de suas atividades.

Fica então mais clara a necessidade de se criar subsídios que possam dar apoio à família e cuidador, pois eles realmente são os principais provedores das necessidades desses idosos.

Programas de orientação e apoio aos cuidadores, com envolvimento da família e comunidade devem ser amplamente implementados pelas políticas públicas. Caso contrário, há risco inclusive do cuidador também se tornar um

paciente, uma vez que, está exposto a riscos de depressão e estresse por sobrecarga, além do fato de muitos deles também serem idosos <sup>(54,176)</sup>.

Os grupos de apoio são de grande relevância aos cuidadores e familiares, sendo capazes de proporcionar alívio emocional, diminuição de estresse, depressão, angústia e ansiedade <sup>(177,179)</sup>. Esses grupos podem ter ações sob a forma de orientação e apoio por parte de profissionais da área de saúde, por atendimento no domicílio ou ainda por serviço de cuidador substituto <sup>(176,177)</sup>.

Os resultados foram, em seguida, submetidos à análise de Regressão Logística Multinomial buscando conhecer as razões de risco relativas para o recebimento de ajuda.

**Tabela 14: Resultados da Regressão Logística Multinomial para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) segundo o desfecho “tem dificuldade e recebe ajuda”**

Grupo comparado : “Não tem dificuldade nas ABVDs”

Observações = 1818	Pseudo R2 = 0,0852	P < 0,0001
--------------------	--------------------	------------

VARIÁVEL INDEPENDENTE			Razão Relativa de Riscos	P	SIGNIFICÂNCIA A 5%
Nome	Referência	Contraste	RRR		
Idade	60 a 74	75 e +	3,24	0,000	*
sexo	masculino	feminino	1,20	0,000	*
Escolaridade	Até 3 anos	Mais de 3 anos	1,12	0,393	
Detério	Todos os demais valores diferentes do contraste	b09<=12eb11>=6	2,42	0,000	*
Renda	Até 2º quintil	Acima do 2º quintil	-2,53	0,011	
Filhos	Até 2 filhos	3 filhos e mais	1,32	0,051	
Doenças	Nenhuma doença	Uma ou mais doenças	2,14	0,000	*
Arranjo B	Não pertence ao arranjo	Pertence ao arranjo	1,24	0,350	
Arranjo C			1,47	0,054	
Arranjo D			2,20	0,000	*
Arranjo E			1,35	0,350	
Arranjo F			1,54	0,125	
Arranjo G			2,33	0,011	*

Fonte: Estudo SABE

Quando são consideradas as dificuldades apresentadas para o desempenho das ABVDs e comparado o grupo “tem dificuldade e recebe ajuda” com o grupo que refere não apresentar dificuldades, verifica-se que:

- a) Ser mais idoso multiplica em 3,24 a chance do indivíduo ter dificuldade e receber ajuda;
- b) Ser do sexo feminino aumenta a chance em 1,20 do idoso ter dificuldade e receber ajuda;
- c) Ter declínio cognitivo multiplica a chance por 2,42;
- d) Ter tido uma ou mais doenças multiplica por 2,14;
- e) Pertencer ao arranjo D, trigeracional, multiplica por 2,20 a chance de receber ajuda;
- f) Pertencer ao arranjo G (presença de não familiar) multiplica por 2,33 a chance de receber ajuda.

O auxílio fornecido para essas atividades requer, necessariamente, a presença de um cuidador, familiar ou não.

Portanto, quanto mais idoso, maior a chance de receber ajuda para o desempenho das ABVDs, assim como ser do sexo feminino.

Como já discutido, o idoso com declínio cognitivo é um idoso com maior chance de riscos e maior dificuldades. O declínio cognitivo por si é um preditor para o aumento da chance de recebimento de ajuda. Dado esse, também visto na análise de freqüências. O que permite concluir que o idoso com declínio realmente é mais vulnerável, e, quanto maior essa vulnerabilidade, maior é a chance do recebimento de ajuda. Lembrando que o declínio cognitivo também é mais prevalente nos indivíduos de maior faixa etária.

Residir no grupo D, que são os arranjos com filhos e netos, também aumenta a chance de receber ajuda, lembrando que é o grupo mais freqüente nesses idosos. Esse arranjo é o que mais possui co-residentes, corroborando estudos que indicam que a maior ajuda está relacionada ao número de pessoas co-residindo. Mas isso também é fator que gera preocupação, uma vez que há a tendência de diminuição no tamanho das famílias.

Pertencer ao grupo G também aumenta a chance desse idoso em receber ajuda para o desempenho das ABVDs, reforçando a importância de ter um membro não familiar co-residindo, sendo esses dados coincidentes com os idosos de forma geral mostrados pelo Estudo SABE. Isso permite acreditar na importância de implementação de políticas públicas que invistam nesse tipo de serviço e assistência.

**Tabela 15: Resultados da Regressão Logística Multinomial para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) segundo o desfecho “tem dificuldade e não recebe ajuda”**

Grupo comparado : “Não tem dificuldade nas ABVDs”

Observações = 1818	Pseudo R2 = 0,0852	P < 0,0001
--------------------	--------------------	------------

VARIÁVEL INDEPENDENTE			Razão Relativa de Riscos	P	SIGNIFICÂNCIA A 5%
Nome	Referência	Contraste	RRR		
Idade	60 a 74	75 e +	1,02	0,922	
Sexo	Masculino	feminino	1,59	0,032	*
Escolaridade	Até 3 anos	Mais de 3 anos	0,913	0,594	
Detério	Todos os demais valores diferentes do contraste	b09<=12eb11>=6	<0,00	1,000	
Renda	Até 2º quintil	Acima do 2º quintil	1,40	0,157	
Filhos	Até 2 filhos	3 filhos e mais	1,25	0,324	
Doenças	Nenhuma doença	Uma ou mais doenças	1,86	0,031	*
Arranjo B	Não pertence ao arranjo	Pertence ao arranjo	1,14	0,600	
Arranjo C			0,86	0,545	
Arranjo D			0,56	0,152	
Arranjo E			1,08	0,855	
Arranjo F			0,74	0,600	
Arranjo G			0,22	0,148	

**Fonte: Estudo SABE**

Quando são consideradas as dificuldades apresentadas para o desempenho das ABVDs e comparado o grupo “tem dificuldade e não recebe ajuda” com o grupo que refere não apresentar dificuldades, verifica-se que:

- Ser do sexo feminino multiplica as chances de ter dificuldades ABVD e não receber ajuda por 1,59;
- Ter tido uma ou mais doenças multiplica essa chance por 1,86.

Na análise dos arranjos, nenhum resultado encontrado foi significativo, onde pode-se inferir que todos os arranjos, com algumas diferenças, apresentam dificuldades em oferecer ajuda para esse grupo específico.

Quando são consideradas as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), ou seja, aquelas que requerem uma reorganização familiar para o oferecimento de suporte e não necessariamente a presença permanente de um cuidador verifica-se:

**Tabela 16: Resultados da Regressão Logística Multinomial para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) segundo o desfecho “tem dificuldade e recebe ajuda”**

Grupo comparado : “Não tem dificuldade nas AIVDs”

Observações = 1818	Pseudo R2 = 0,1545	P < 0,0001
--------------------	--------------------	------------

VARIÁVEL INDEPENDENTE			Razão Relativa de Riscos	P	SIGNIFICÂNCIA a 5%
Nome	Referência	Contraste	RRR		
Idade	60 a 74	75 e +	5,39	0,000	*
Sexo	masculino	feminino	0,89	0,458	
Escolaridade	Até 3 anos	Mais de 3 anos	0,79	0,101	
Detério	Todos os demais valores diferentes do contraste	b09<=12eb11>=6	**	**	**
Renda	Até 2º quintil	Acima do 2º quintil	0,50	0,000	*
Filhos	Até 2 filhos	3 filhos e mais	1,24	0,132	
Doenças	Nenhuma doença	Uma ou mais doenças	2,74	0,000	*
Arranjo B	Não pertence ao arranjo	Pertence ao arranjo	1,55	0,054	
Arranjo C			1,79	0,004	*
Arranjo D			2,89	0,000	*
Arranjo E			1,35	0,328	
Arranjo F			1,15	0,542	
Arranjo G			2,55	0,011	*

Fonte: Estudo SABE

\*\* Cálculos prejudicados. Há apenas um indivíduo na amostra com declínio cognitivo e que não tem dificuldade AIVD. Isto torna impossível calcular as medidas de variabilidade necessárias.

Quando são consideradas as dificuldades apresentadas para o desempenho das AIVDs e comparado o grupo “tem dificuldade e recebe ajuda” com o grupo que refere não apresentar dificuldades, verifica-se que:



- a) Ser mais idoso multiplica a chance de ter dificuldades em AIVDs e receber ajuda em 5,39 vezes;
- b) Ter melhor renda multiplica as chances de ter dificuldades e receber ajuda por 0,5 . Isto é, diminui pela metade.
- c) Ter tido uma ou mais doenças multiplica essa chance por 2,74;
- d) Pertencer ao grupo D multiplica a chance por 2,89;
- e) Pertencer ao arranjo C multiplica por 1,79 essa chance;
- f) Pertencer ao arranjo G multiplica por 2,55.

Portanto, novamente a idade aparece com maior chance de ter dificuldade, porém agora nas AIVDs, e também maior chance de receber ajuda.

A possibilidade de comorbidades também aumenta a chance de ter dificuldades e de receber ajuda nas AIVDs. As doenças associadas aumentam ainda mais a demanda de cuidados e expõe com maior magnitude a riscos, tornando esse idoso mais vulnerável, novamente entrando no ciclo de quanto maior a vulnerabilidade maior a chance de receber ajuda.

Fazer parte dos grupos D e C também aumenta essa chance, e esses arranjos são os primeiro e segundo mais freqüentes entre esses idosos com declínio, e que também inclui filhos, confirmando serem eles a maior fonte de apoio ao idoso. Mas, novamente gerando preocupação pelo fato da diminuição do tamanho das famílias, o que pode se tornar daqui há poucos anos um efeito caótico, com toda a possibilidade que essa mudança pode representar.

O grupo G aparece mais uma vez, agora nas AIVDs como chance para aumento de recebimento de ajuda. Como discutido anteriormente, um membro não familiar co-residindo parece favorecer a ajuda ofertada, tanto para ABVDs quanto para AIVDs, podendo alertar para que possa ser esse o caminho no direcionamento

de programas para atendimento dessa população, que pode incluir por exemplo, um programa de cuidadores formais.

Chama a atenção ainda, o fato de quanto maior for a renda, menor é a chance de recebimento de ajuda, o que parece fazer sentido, que, quanto mais dinheiro se tem, decresce a oferta de ajuda.

**Tabela 17: Resultados da Regressão Logística Multinomial para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) segundo o desfecho “tem dificuldade e não recebe ajuda”**

Grupo comparado : “Não tem dificuldade nas AIVDs”

Observações = 1818	Pseudo R2 = 0,1545	P < 0,0001
--------------------	--------------------	------------

VARIÁVEL INDEPENDENTE			Razão Relativa de Riscos	P	SIGNIFICÂNCIA a 5%
Nome	Referência	Contraste	RRR		
Idade	60 a 74	75 e +	2,05	0,000	*
Sexo	masculino	feminino	0,28	0,000	*
Escolaridade	Até 3 anos	Mais de 3 anos	0,92	0,549	
Detério	Todos os demais valores diferentes do contraste	b09<=12eb11>=6	**	**	**
Renda	Até 2º quintil	Acima do 2º quintil	0,84	0,213	
Filhos	Até 2 filhos	3 filhos e mais	0,97	0,845	
Doenças	Nenhuma doença	Uma ou mais doenças	1,13	0,353	
Arranjo B	Não pertence ao arranjo	Pertence ao arranjo	2,11	0,001	*
Arranjo C			2,15	0,000	*
Arranjo D			2,53	0,000	*
Arranjo E			2,04	0,013	*
Arranjo F			1,05	0,839	
Arranjo G			3,44	0,001	*

**Fonte: Estudo SABE**

\*\* Cálculos prejudicados. Há apenas um indivíduo na amostra com declínio cognitivo e que não tem dificuldade AIVD. Isto torna impossível calcular as medidas de variabilidade necessárias.

Quando são consideradas as dificuldades apresentadas para o desempenho das AIVDs e comparada com o grupo “tem dificuldade e não recebe ajuda” com o grupo que refere não apresentar dificuldades, verifica-se que:

- a) Ter mais de 75 anos multiplica a chance de ter dificuldade e não receber ajuda em 2,05;
- b) Neste caso, ser do sexo feminino diminui a chance ao contrário dos anteriores. Ser mulher multiplica a chance por 0,28 de ter dificuldades AIVD e não receber ajuda;
- c) todos os arranjos domiciliares menos o F multiplicam a razão de riscos de pertencer à categoria ter dificuldades AIVDs e não receber ajuda.

A idade avançada aumenta a chance de ter dificuldade em AIVD e não receber ajuda.

O dado sobre o sexo feminino é curioso no que tange a diminuição de chance de ter dificuldade e não receber ajuda.

Em relação aos grupos domiciliares é interessante que nenhum tipo de arranjo, exceto o F, aumentam a chance de não receber ajuda nas AIVDs.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer a população de idosos no Município de São Paulo com declínio cognitivo acentuado, que provavelmente podem ser portadores de demência ou outro transtorno associado, e suas características sócio demográficas, condições de saúde, demandas assistências, ajuda recebida e rede de apoio.

Esses idosos são em sua maioria do sexo feminino, em faixa etária mais avançada, com menor nível de escolaridade, possuem mais comorbidades, e dentre as doenças concomitantes, a com maior prevalência é a hipertensão arterial. Outro fato importante diz respeito à gravidade, mostrando que esses idosos possuem mais incontinências, urinária e fecal, e também com mais eventos de quedas nos últimos doze meses. Isso mostra que esses idosos correm maior risco para institucionalização, uma vez que isso gera aumento da demanda de cuidados.

Em relação à funcionalidade, esses idosos possuem maiores limitações, quando comparados com idosos sem declínio cognitivo, tanto em ABVD quanto em AIVDs, sendo nessa mais acentuada, aparecendo na grande maioria desses idosos algum tipo de dificuldade para esse tipo de atividade. Os arranjos domiciliares que aparecem com maior prevalência são aqueles que envolvem a presença de filhos, que são os grupos D e C, em primeiro e segundo lugar respectivamente, e em terceiro lugar aparece o arranjo A, em que o idoso mora só.

Quanto a ajuda oferecida, pode-se notar que ela é bem maior do que para os idosos sem declínio cognitivo, chegando muitas vezes a 100.0%, principalmente em relação às AIVDs, e, para as ABVDs essa ajuda chega a 100,0% apenas no grupo B, onde reside apenas o casal. Isso pode ser pela percepção, por parte de quem

cuida e da família, da fragilidade a qual esse idoso apresenta e também por estar mais exposto a riscos.

As razões que aumentam a chance para receber ajuda, tanto em ABVDs quanto em AIVDs são: ter idade mais avançada, ser portador de uma ou mais comorbidades, residir no grupo domiciliar D. Para chance aumentada de receber ajuda em ABVD aparece ainda o declínio cognitivo e fazer parte do arranjo domiciliar G.

Importante sobre a chance de não recebimento de ajuda, é o fato da renda ser maior, indicando que os mais abastados correm um maior risco de não recebimento de ajuda quando em situações de limitação funcional.

Chama a atenção o fato da totalidade de cuidado prestada pela família, corroborando ser ela a responsável pelo cuidado ao idoso, quase sem nenhum respaldo ou atenção por parte de organização, quer seja governamental ou não, ficando essa parcela de idosos e familiares a mercê de sua própria sorte.

Essa população específica, talvez por terem uma demanda assistencial e uma exigência de cuidados mais evidenciada possui uma maior chance de recebimento de cuidados, principalmente de grupos domiciliares com maior número de co-residentes, coincidindo com a literatura. Fica evidente também com os resultados que os idosos que se encontram parcialmente limitados, estão expostos a um maior risco de evolução para quadros de comprometimentos que exigem maior assistência, como também piora da qualidade de vida, tanto de si mesmos quanto de seus familiares, devendo ser indicadores para as políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000, [online]. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>, [Acesso em 12 jun. 2005]
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos Idosos Responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000, [online]. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>, [Acesso em 12 jun. 2005]
3. Brito FC, Litvoc J. Conceitos básicos. In: Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 1-16.
4. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):725-33.
5. World Population Ageing: 1950-2050. Population, DESA, United Nations , [online]. New York; 2002. Disponível em <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/index.htm>, [Acesso em 10 mai. 2006].
6. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. São Paulo: OPAS; 2003. p. 75-91.
7. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):184-200.
8. Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 892-7.
9. Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes, comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJD, organizadoras. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
10. Luders SLA, Storani MSB. Demência: impacto para a família e a sociedade. In: Papaléo Netto M, organizador. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 146-59.
11. Isquierdo I. Memória. Porto Alegre: Artmed; 2002.
12. Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 30-67.
13. Almeida OP. Queixas de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. *Arq Neuro Psiquiatr*. 1998;56(3A):412-8.

14. Yassuda MS. Intervenções de memória no envelhecimento: do treino à reabilitação. A questão da plasticidade no envelhecimento. In: Duarte YAO, Diogo MJD, Pavarini SCJ. Envelhecimento bem-cuidado. São Paulo: Atheneu. No prelo 2006.
15. Yassuda MS. O envelhecer da memória. In: Duarte YAO, Diogo MJD, Pavarini SCJ. Envelhecimento bem-cuidado. São Paulo: Atheneu. No prelo 2006.
16. Damasceno BP. Envelhecimento cerebral : o problema dos limites entre o normal e o patológico. Arq Neuro Psiquiatr. 1999;57(1):78-83.
17. Charchat-Fichman H, Caramelli P, Samashima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(12):79-82.
18. Cheniaux Junior E. Manual de psicopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.37-9.
19. Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 740-3.
20. Scazufca M. Saúde mental. In: Litvoc J, Brito FC, organizadores. Envelhecimento prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 177-88.
21. Nitrini R, Caramelli P. Demências. In: Nitrini R , Bacheschi LA. A neurologia que todo médico deve saber. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 323-34.
22. Nitrini R, Caramelli P, Mansur LL. Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. São Paulo: Grupo de neurologia cognitiva e do comportamento de neurologia da Faculdade de Medicina da USP; 2003.
23. Herrera Junior E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico de demência na cidade de Catanduva – Estado de São Paulo – Brasil. Rev Psiquatr Clin 1998; 25(1):70-3.
24. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo – Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. Arq Neuro Psiquiatr 2002; 60(1):61-9.
25. Prince M. The need for research on dementia in developing countries. Trop Med Int Health. 1997;2(10):993-1000.
26. Cerqueira ATAR. Deterioração cognitiva e depressão. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. São Paulo: OPAS; 2003. p. 143-65.
27. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglione L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005;366(9503):2112-7.

28. Berr C, Wancata J, Ritchie K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):463-71.
29. Shaji S, Bose S, Verghese A . Prevalence of dementia, in an urban population in Kerala, India. *Br J Psychiatry*. 2005;186:136-40.
30. Tognoni G, Ceravolo R, Nucciarone B, Bianchi F, Dell’Agnello G, Ghicopulos I, et al. From mild cognitive impairment to dementia: a prevalence study in a district of Tuscany, Italy. *Acta Neurol Scand*. 2005;112(2):65-71.
31. Machado JCB . Doença de Alzheimer. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.133-47.
32. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. *Fundamentos da neurociência e do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
33. Barbizet J , Duizabot P. *Manual de neuropsicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1985. p. 141-7.
34. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e a psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
35. Valenti MD. Exame do estado mental. FAMED- Universidade Federal do Rio Grande do Sul [online]. Porto Alegre. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/8833-examedoestadomental>, [Acesso em 16 jul. 2005]
36. Goldfarb DC. Do tempo da memória ao esquecimento da história: um estudo psicanalítico das demências [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP; 2004.
37. Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. *SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. São Paulo: OPAS; 2003. p. 185-200.
38. Litvoc J, Brito FC. Capacidade funcional. In: Litvoc J, Brito FC. *Envelhecimento prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 17-35.
39. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.
40. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Classificação detalhada com definições. New York. Organização Mundial da Saúde (OMS), Direção Geral da Saúde; 2003.
41. Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M, organizador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 26-43.



42. Santos JLF. Análise de sobrevivência sem incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. São Paulo: OPAS; 2003. p. 169-181.
43. Lemos N, Medeiros SL. Suporte Social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 892-7.
44. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Ed. Átomo Alínea; 2005. p.23-5.
45. Silveira TM. O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. Textos Envelhecimento. 2000;3(4):13-28.
46. Diogo MJD, Duarte YAO. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 762-7.
47. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. Acta Scientiarum Health Sciences. 2004;26(1):135-45.
48. Santos SMA. O cuidar familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.
49. Torres SVS, Sé EVG, Queros NC. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem estar dos idosos e de suas famílias. In: Diogo MJD, Néri AL, Cachioni M, organizadoras. Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2004. p. 87-106.
50. Neri AL, Carvalho VAML. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 778-90
51. Creutzberg M, Santos BRL. O Cotidiano de famílias de classe popular no cuidado ao idoso fragilizado. Enfermagem Atual. 2003; jan/fev:37-42.
52. Caldas CP. Cuidando do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2001;10(2):68-93.
53. Boss P. A perda ambígua. In: Walsh F, Mcgoldrick M organizadores. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p 187-98.
54. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. Rev Saúde Pública. 2004;38(6):835-41.

55. Almeida OP, Crocco E. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com doença de Alzheimer. *Arq Neuro Psiquiatr.* 2000;58(2A):292-9.
56. Marinho V, Laks J, Rozenthal M, Almeida AFC, Engelhardt E. Sintomas não cognitivos das demências. *Informe Psiquatr.* 1998;17supl1:21-4.
57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: Síntese de Indicadores 2003. Rio de Janeiro; 2004.
58. Erbolato RMPL. Relações sociais na velhice. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 958-64.
59. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):127-41.
60. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica: Síntese de Indicadores Sociais 2004. Rio de Janeiro; 2005.
61. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):370-8.
62. Silva MJ, Bessa MEP, Oliveira AMC. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Cienc Enferm.* 2004;10(1): 31-9.
63. Medeiros M, Osório R. Arranjos Domiciliares e Arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Texto para discussão nº 788; 2001.
64. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA, organizadora. *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Brasília: IPEA; 2004. p.135-67.
65. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):733-81.
66. Palloni A, Peláez M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. *SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.* São Paulo: OPAS; 2003. p. 15-32.
67. Silva NN. Aspectos metodológicos: processo de amostragem In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. *SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.* São Paulo: OPAS; 2003. p. 47-57.

68. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr CH, Chance JM, Filos RN. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Geront.* 1987;37:323-9.
69. Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuro Psiquiatr.* 1998;56(3B):605-12.
70. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del studio de demencia en Chile: análisis estadístico. OPAS ; 1999. p. 1-18.
71. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-98.
72. Hamilton LC. *Statistics with Stata (update for version 8.0)*. Doxbury Thomson Learning. Belmont, CA. 2004.
73. Cerqueira ATAR, Torres AR, Crepaldi AL, Oliveira NIL, Scazufca M, Menezes PR, et al. Identification of dementia cases in the community: a Brazilian experience. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(10):1738-42.
74. Nitrini R, Caramelli P, Herrera Junior E, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M, et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2004;18(4):241-6.
75. Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Martelli M, Servadei L, Brunetti N, et al. Incidence and etiology of dementia in a large elderly Italian population. *Neurology.* 2005;64(9):1525-30.
76. Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Lepore V, Bracco L, Maggi S, et al. Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(01):41-8.
77. Ruitenberg A, Ott A, Van Swieten JC, Hofman A, Breteler MM. Incidence of dementia: does gender make a difference? *Neurobiol Aging.* 2001;22(4):575-80.
78. Sherwin BB. Estrogen and cognitive functioning in women. *Endocrine Rev.* 2006;24(2):133-51.
79. Inestrosa NC, Marzolo MP, Bonnefont AB. Cellular and molecular basis os esttrogen's neuroprotection. Potential relevance for Alzheimer's disease. *Mol Neurobiol.* 1998;17(1/3):73-86.
80. Ritchie K, Lovestone S. The dementias. *Lancet.* 2002;360(30):1759-66.
81. Letenneur L, Launer LJ, Andersen K, Dewey ME, Ott A, Copeland JRM, et al. Education ant the risk for Alzheimer's disease: sex makes a difference. EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group. *Am J Epidemiol.* 2000;151(11):1064-71.

82. Barnes LL, Wilson RS, Schneider JA, Bienias JL, Evans DA, Bennett DA. Gender, cognitive decline, and risk of AD in older persons. *Neurology*. 2003;60(11):1777-81.
83. Herbert LE, Scherr PA, McCann JJ, Beckett LA, Evans DA. Is the risk of developing Alzheimer's disease for women than for men? *Am J Epidemiol*. 2001;153(2):132-6.
84. Organização Mundial da Saúde (OMS). Informe sobre a saúde no mundo. Saúde mental: novos conhecimentos concepção, novas esperanças. Genebra; 2001.
85. Ritchie K, Kildea D. Is senile dementia "age-related" or "ageing-related" ? Evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. *Lancet*. 1995;346(8980):931-4.
86. Buchanan RJ, Wang S, Ju H, Graber D. Analysis of gender differences in profiles of nursing home residents with Alzheimer's disease. *Gend Med*. 2004;1(1):48-59.
87. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica: Síntese dos Indicadores Sociais 2005, [online]. Rio de Janeiro; 2006. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condiçãoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2005/indic\\_sociais2005.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condiçãoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2005/indic_sociais2005.pdf), [Acesso em 12 abr. 2006]
88. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro Psiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
89. Brucki SMD. Mini-exame do estado mental: influência da escolaridade sobre os escore total e sub-itens. *Rev Neuroc*. 1996;4(1):15-20.
90. Salmon DP, Riekkinen PJ, Katzman R, Zhang MY, Jin H, Yu E. Cross-cultural studies of dementia: a comparison of Mini-Mental State Examination performance in Finland and China. *Arch Neurol*. 1989;46:769-72.
91. Black SA, Espino DV, Mahurin R, Lichtenstein MJ, Hazuda HP, Fabrizio D, et al. The influence of noncognitive factors on the Mini-Mental State Examination in older Mexican-Americans: findings from the Hispanic EPESE. *J Clin Epidemiol*. 1999;52(11):1095-102.
92. Herrera Junior E, Caramelli P, Silveira ASB, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002;16(2):103-8.
93. Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS, et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(6):773-8.

94. Brito-Marques PR, Cabral-Filho JE. Influence of age and schooling on the performance in a modified mini-mental state examination version. A study in Brazil Northeast. *Arq Neuro Psiquiatr*. 2005;63(3-A):583-7.
95. Schubert CC, Boustani M, Callahan CM, Perkins AJ, Carney CP, Fox C, et al. Comorbidity profile of dementia patients in primary care: are they sicker? *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(1):104-9.
96. Cicconetti P, Costarella M, Moisè A, Ciotti V, Tafaro L, Monteforte G et al. Blood pressure variability and cognitive function in older hypertensives. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004;Suppl 9:63-8.
97. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Int Med*. 2003;138(11):927-37.
98. Brauner DJ, Muir JC, Sachs GA. Treating nondementia illness in patients with dementia. *JAMA*. 2000;283(24):3230-5.
99. Newman AB, Fitzpatrick AL, Lopez O, Jackson S, Lyketsos C, Jagust W, et al. Dementia and Alzheimer's disease incidence in relationship to cardiovascular disease in the Cardiovascular Health Study Cohort. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(7):1101-7.
100. Suzuki M. Factors associated with cognitive impairment in elderly patients with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(3):558-9.
101. Mogi N, Umegaki H, Hattori A, Maeda N, Miura H, Kuzuya M, et al. Cognitive function in Japanese elderly with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complicat*. 2004;18(1):42-6.
102. Ott A, Stolk RP, Hofman A, van Harskamp F, Grobbee DE, Breteler MMB. Association of diabetes mellitus and dementia: the Rotterdam Study. *Diabetologia*. 1996;39(11):1392-7.
103. Bynum JPW, Rabins PV, Weller W, Niefeld M, Anderson GF, Wu AW. The relationship between a dementia diagnosis, chronic illness, medicare expenditures, and hospital use. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(2):187-94.
104. Van Dijk PTM, Mehr DR, Ooms ME, Madsen R, Petroski G, Frijters DH, et al. Comorbidity and 1-year mortality risks in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):660-5.
105. Sloan FA, Taylor Jr DH. Effect of Alzheimer disease on the cost of treating other disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002; 16(3):137-43
106. Boksay I, Reisberg B, Torossian C. Alzheimer's disease and medical disease conditions: a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(12):2235-6.

107. Aziz VM, Nessim M, Warner NJ. Hospital admissions for acute onset of behavioral symptoms in demented patients: what do they want to say? *Int Psychogeriatr.* 2004;16(4):489-91.
108. The 10/66 Dementia Research Group. Behavioral and Psychological symptoms of dementia in developing countries. *Int Psychogeriatr.* 2004;16(4):441-59.
109. Lavretsky H, Nguyen LH. Diagnosis and treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Psychiatr Serv.* 2006;57(5):617-9.
110. Grossberg GT. The ABC of Alzheimer's Disease: behavioral symptoms and their treatment. *Int Psychogeriatr.* 2002;14 suppl1:27-49.
111. Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological symptoms of Dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr.* 2004;16(3):295-315.
112. Suh GH, Kim SK. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia (BPSD) in antipsychotic-naïve Alzheimer's Disease patients. *Int Psychogeriatr.* 2004;16(3):337-50.
113. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia. *JAMA.* 2005;293(5):596-608.
114. Fillit H, Hill J. The economic benefits of acetylcholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer disease and associated dementias. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2004;18 Suppl1:S24-9.
115. Klarin I, Fastbom J, Wimo A. A population-based study of drug use in the very old living in a rural district of Sweden, with focus on cardiovascular drug consumption: comparison with an urban cohort. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2003; 12(8):669-78.
116. Giron MST, Wang HX, Bernsten C, Thorslund M, Winblad B, Fastbom J. The appropriateness of drug use in an older nondemented and demented population. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(3):277-83.
117. Hanlon JT, Schmader KE, Boult C, Artz MB, Gross CR, Fillenbaum GG, et al . Use of inappropriate prescription drugs by older people. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(1):26-34.
118. Ramadan FH, Naughton BJ, Prior R. Correlates of behavioral disturbances and pattern of psychotropic medication use in five skilled nursing facilities. *J Geriatr Psych Neurol.* 2003;16(1):8-14.

119. Gruber-Baldini AL, Boustani M, Sloane PD, Zimmerman S. Behavioral symptoms in residential care assisted living facilities: prevalence, risk factors, and medication management. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(10):1610-7.
120. Tune LE, Porsteinsson A, Weinberg A. Dementia management: regulations, rules, and research. *J Am Med Direct Assoc.* 2003;4 Suppl1:H13-6.
121. Scalco MZ. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. *Rev Bras Psiq Clín.* 2002;24 Supl1:55-63.
122. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 255, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre acesso a medicamentos excepcionais aos pacientes com demência de Alzheimer. *Diário Oficial da União, Brasília, 16 abril 2002. Seção 1.*
123. Geerlings MI, Deeg DJH, Penninx BWJH, Schmand B, Jonker C, Bouter LM, et al. Cognitive reserve and mortality in dementia: the role of cognition, functional ability and depression. *Psychol Med.* 1999;29(5):1219-26.
124. Fillenbaum GG, Chandra V, Ganguli M, Pandav R, Gilby JE, Seaberg EC, et al. Development of an activities of daily living scale to screen for dementia in an illiterate rural older population in Índia. *Age Ageing.* 1999;28(2):161-8.
125. Sauvaget C, Yamada M, Fujiwara S, Sasaki H, Mimori Y. Dementia as a predictor of functional disability: a four-year follow-up study. *Gerontology.* 2002;48 (2):226-33.
126. Agüero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Matti V, von Strauss E, Winblad B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *Am J Public Health.* 1998;88:1452-6.
127. Agüero-Torres H, Thomas VS, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of somatic and cognitive disorders on the functional status of the elderly. *J Clin Epidemiol.* 2002; 55(10):1007-12.
128. Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino ALB, Faria MEV, Rodrigues CS, et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly. *Arq Neuro Psiquiatr.* 2005;63(2-A):207-12.
129. Nygard L. Instrumental activities of daily living: a stepping-stone towards Alzheimer's disease diagnosis in subjects with mild cognitive impairment? *Acta Neurol Scand.* 2003;107(Supl.179):42-6.
130. Black SA, Rush RD. Cognitive and functional decline in adults aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(12):1978-86.
131. Ishizaki T, Yoshida H, Suzuki T, Watanabe S, Niino N, Ihara K, et al. Effects of cognitive function on functional decline among community-dwelling non-disabled older Japanese. *Arch Gerontol Geriatr.* 2006;42(1):47-58.

132. Dirik A, Cavlak U, Akdag B. Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: Gender differences. *Arch Gerontol Geriatr.* 2006;42(3):339–50.
133. Strain LA, Blandford AA, Mitchell LA, Hawranik PG. Cognitively impaired older adults: risk profiles for institutionalization. *Int Psychogeriatr.* 2003;15(4):351-66.
134. Dodge HH, Kadowaki T, Hayakawa T, Yamakawa M, Sekikawa A, Ueshima H. Cognitive impairment as a strong predictor of incident disability in specific ADL-IADL tasks among community-dwelling elders: the Azuchi Study. *Gerontologist.* 2005;45(2):222-30.
135. Von Strauss E, Agüero-Torres H, Kareholt I, Winblad B, Fratiglioni L. Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: a Study on disability, morbidity, and mortality from the Kugsholmen Project. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:669-77.
136. Senanarong V, Pongvarin N, Jamjumras P, Sriboonrourng A, Danchaivijit C, Udomphanthuruk S, et al. Neuropsychiatric symptoms, functional impairment and executive ability in Thai patients with Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr.* 2005;17(1):81-90.
137. Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, Wood J, Sands L, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *J Gen Int Med.* 2003;18(12):1006-14.
138. Barnes C, Conner D, Legault L, Reznickova N, Harrison-Felix C. Rehabilitation outcomes in cognitively impaired patients admitted to skilled nursing facilities from the community. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004;85(10):1602-7.
139. Nelson RL. Dimensions of the problem: prevalence and impact: epidemiology of fecal incontinence . *Gastroenterology.* 2004;126(1):S3-7.
140. Nelson R, Furner S, Jesudason V. Urinary incontinence in Wisconsin Skilled nursing facilities: prevalence and associations in commom with fecal incontinence. *J Aging Health.* 2001;13(4):539-47.
141. Siegler EL, Reidenberg M. Treatment of urinary incontinence with anticholinergics in patients taking cholinesterase inhibitors for dementia. *Clinical Pharmacol Terap.* 2004;75(5):484-8.
142. Jarwik LF, Wiseman EJ. A checklist for managing the dementia patient. *Geriatrics.* 1991;46(5):33-40.
143. Schnelle JF, Leung FW. Urinary and Fecal incontinence in nursing homes. *Gastroenterology.* 2004;126(1):41-7.



144. Goode PS, Burgio KL, Halli AD, Jones RW, Richter HE, Redden DT, et al. Prevalence and correlates of fecal incontinence in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(4):629-35.
145. Miner Jr PB. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology.* 2004;126(1):8-13.
146. Mace NL, Rabins PV. *The 36 – Hour day: a family guide to caring for persons with Alzheimer’s disease, related dementing illnesses, and memory loss in later life.* Baltimore: the Johns Hopkins University Press; 1991. p. 84-87.
147. Banerjee S, Murray J, Foley B, Atkins L, Schneider J, Mann A. Predictors of institutionalization in people with dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2003;74:1315-6.
148. Caldas CP. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. *Textos Envelhecimento.* 2000;3(4):29-41.
149. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(1):93-9.
150. Camicioli R, Licitis L. Motor impairment predicts falls in specialized Alzheimer care units. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2004;18(4):214-8.
151. Carle AJ, Kohn R. Risk factors for falling in a psychogeriatric unit. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16:762-7.
152. Van Doorn C, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Hebel JR, Port CL, Baumgarten M, et al. Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(9):1213-8.
153. Asada T, Kariya T, Kinoshita T, Asaka A, Morikawa S, Yoshita M, et al. Predictors of fall-related injuries among community-dwelling Elderly people with dementia. *Age Ageing.* 1996;25(1):22-8.
154. Carvalho AM, Coutinho ESF. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2002 ;36(4):448-54.
155. Rapport LJ, Hanks RA, Millis SR, Deshpande SA. Executive functioning and predictors of falls in the rehabilitation setting. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998;79(6):629-33.
156. Brito FC, Costa SMN. Quedas. In: Papaleo Netto M, Brito FC. *Urgências em geriatria.* São Paulo: Atheneu; 2001. p. 323-35.
157. Guo Z, Wills P, Vitanen M, Fastbom J, Winblad B. Cognitive impairment, drug use, and the risk of hip fracture in persons over 75 years old: a community-based prospective study. *Am J Epidemiol.* 1998;148(9):887-92.

158. Sato Y, Asoh T, Oizumi K. High prevalence of vitamin D deficiency and reduced bone mass in elderly women with Alzheimer's disease. *Bone*. 1998;23(6):555-7.
159. Sato Y, Honda Y, Hayashida N, Iwamoto J, Kanoko T, Satoh K. Vitamin K deficiency and osteopenia in elderly women with Alzheimer's disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(3):576-81.
160. Pereira RMR, Fuller R. Doenças osteoarticulares. In: Litvoc J, Brito FC. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 93.
161. Vuorisalmi M, Lintonen T, Tylha M. Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(7):680-7.
162. Yunhwan L. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(2):123-9.
163. Walker JD, Maxwell CJ, Hogan DB, Eby EM. Does self-rated health predict survival in older person with cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(11):1895-900.
164. Deeg DJH, Kriegsman DMW. Specifying the gender difference in mortality risk. *Gerontologist*. 2003;43(3):376-86.
165. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
166. Helweg-Larsen M, Kjoller M, Thoning H. Do age and social relations moderate the relationship between self-rated health and mortality among adult Danes? *Soc Sci Med*. 2003;57(7):1237-47.
167. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6): 333-40.
168. Maia FOM. Fatores de risco para óbito em idosos [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.
169. Prescop KL, Dodge HH, Morycz RK, Schulz RM, Ganguli M. Elderly with dementia living in the community with and without caregivers: an epidemiological study. *Intern Psychogeriatr*. 1999;11(3):235-50.
170. Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation, and being alone. *Rev Clin Gerontol*. 2000;10:407-17.

171. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad. Influence of social network on occurrence of dementia: a community based longitudinal study. *Lancet*. 2000;355(9212):1315-9.
172. Berkman LF. Wich influences cognitive function: living alone or being alone? *Lancet*. 2000;355(9212):1291-2.
173. Gilmour H. Living alone with dementia: risk and the professional role. *Nurs Older People*. 2004;16(9):20-4.
174. Soniat BA. Dementia Patients who live alone research and clinical challenges. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(9):1576-7.
175. Tierney MC, Charles J, Naglie G, Jaglal S, Kiss A, Fisher RH. Risk factors for harm in cognitively impaired señor who live alone: a prospective study. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(9):1435-41.
176. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):861-6.
177. Diogo MJD, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Rev Escola Enferm USP*. 2005;39(1):97-102.
178. Lloyd-Sherlock P. Living arrangements of older persons and poverty. *United Nations Popul Bull*. 2001;(42/43):1-18.
179. Santana RF. Grupo de orientação em cuidados na demência: relato de experiência. *Textos Envelhecimento*. 2003;6(1):81-98.
180. Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):777-94.
181. Maia FOM. Fatores de risco para óbito em idosos. *Rev. Saúde Publ*. 2006 (prelo)
182. Rosa TEC. Redes de apoio social. In: Litvoc J, Brito FC. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 203-218.

# **ANEXO A**

**INSTRUMENTO SABE**

# **ANEXO B**

**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO PARA  
DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**