

Demanda Referida e Auxílio Recebido por Idosos com Declínio Cognitivo no Município de São Paulo

Demands Reported and Help Received among Elderly People with Cognitive Decline at Sao Paulo Municipality

Simone de Freitas Duarte Oliveira

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (Proesa) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, docente da Faculdade de Enfermagem da Fundação Lusíada.
E-mail: simonedoliveira@uol.com.br

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
E-mail: yedaenf@usp.br

Maria Lúcia Lebrão

Professora Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
E-mail: mllebr@usp.br

Ruy Laurenti

Professor Titular Aposentado do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Resumo

O envelhecimento populacional no Brasil vem acompanhado pelo aumento das doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas as demências, que produzem grande impacto entre os indivíduos acometidos e seus familiares. Este estudo é parte do Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe). A amostra foi composta pelos idosos que obtiveram 12 ou menos pontos no MEEM (Mini Exame do Estado Mental) e 6 ou mais no Questionário de Pfeffer para Atividades Funcionais (QPAF). A combinação desses instrumentos indica maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave, sugerindo a presença de demência ou outros transtornos associados. Os objetivos deste estudo são apresentar os resultados do SABE no que se refere ao desempenho de atividades de vida diária e aos arranjos domiciliares dos idosos com declínio cognitivo no Município de São Paulo e verificar de que forma esses arranjos contribuem para suprir as demandas assistenciais desses idosos com dependência. A limitação funcional ocorre principalmente em relação às atividades instrumentais de vida diária (AIVD). A maioria reside em arranjos domiciliares com presença de filhos, mas há uma parcela considerável que mora só. A ajuda oferecida pela maioria dos arranjos domiciliares chega muitas vezes a 100% em AIVD, porém nas atividades básicas de vida diária (ABVD) só entre os casais esse índice é alcançado mostrando que a demanda assistencial tem sido atendida em sua maioria, permitindo a análise de que no idoso com declínio cognitivo, a evidência mais acentuada da limitação apresentada é um fator que desencadeia maior oferta de ajuda.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional; Declínio cognitivo; Arranjos domiciliares; Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD); Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); Projeto SABE.

Abstract

The aging of the Brazilian population is concomitant along with increases in chronic non-transmittable diseases. Among these diseases are dementias, which have a great impact on individuals affected by cognitive decline and their families. This study forms part of the “SABE Study” (Health, Wellbeing and Aging in Latin America and the Caribbean). The sample was composed of elderly people who presented scores of 12 or less in the Mini Mental State Examination (MMSE) and 6 or more in the Pfeffer Functional Activity Questionnaire (PFAQ). The combination of these two instruments showed higher specificity for measuring more severe cognitive decline that suggested the presence of dementia and other associated disturbances. The objectives of this study were to present the results from SABE relating to performance in activities of daily living and domestic arrangements among elderly people with cognitive decline in the municipality of São Paulo, and to investigate how these arrangements contributed towards meeting the care needs of these dependent elderly people. The functional limitation was mainly related to instrumental activities of daily living (IADL). A majority of these elderly people were living within living arrangements involving the presence of their children; however, a considerable proportion were living alone. The help made available through the living arrangements often reached 100% of the IADL. However, among the basic activities of daily living (ADL), 100% was only reached in arrangements in which only the couple were living together. This showed that the demand for care was met in most cases, thus allowing the conclusion that, among elderly people with cognitive decline, the strongest evidence of the limitations presented is the factor that triggers greater offer of help.

Keywords: Population Aging; Cognitive Decline; Domestic Arrangements; BADL; IADL; Project SABE.

Introdução

O envelhecimento populacional, ou seja, o aumento da proporção de idosos na população no Brasil vem acontecendo de forma rápida, como resultado do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade e do aumento na expectativa de vida (Camarano, 2004).

Associada a essa transição demográfica ocorre a transição epidemiológica em que se observa um aumento da prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis.

A demência, juntamente com as doenças crônicas não-transmissíveis como as doenças coronarianas, a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* tipo 2, os acidentes vasculares encefálicos, as doenças pulmonares crônicas (DPOC, enfisema pulmonar), as doenças osteoarticulares (artrite, osteoporose, artrose) são de alta prevalência entre a população idosa.

Entre as pessoas idosas, é comum a ocorrência de mais de uma condição crônica simultânea, elevando o risco de complicações, da ocorrência de incapacidades e da instalação de quadros de dependência, que, em última análise, comprometem a qualidade de vida tanto dos idosos quanto de seus familiares, além de representar um desafio para as políticas públicas de saúde.

A demência pode ser definida como uma “síndrome caracterizada pela presença de declínio cognitivo persistente que interfere [nas] atividades sociais ou profissionais do indivíduo e que independe de alterações do nível de consciência” (Nitrini & Caramelli, 2003).

Os transtornos demenciais aumentam com a idade passando de 1,3% nos indivíduos entre 65 e 69 anos para cerca de 17% entre os com 80 e 84 anos, chegando a alcançar aproximadamente 37,8% entre os que possuem 85 anos e mais (Nitrini e col., 2003). A prevalência da demência dobra a cada cinco anos de aumento da faixa etária (Lopes & Bottino, 2002). Ferri et al (2005), em revisão sistemática sobre estudos de estimativas de prevalência de demência no mundo, verificaram projeções de ocorrência dessa doença em 24,3 milhões de pessoas com 60 anos e mais em 2005, com o surgimento de 4,6 milhões de novos casos/ano e de 81,1 milhões de pessoas em 2040, sendo que 71% desses estarão nos países em desenvolvimento.

As alterações e os déficits causados pelo declínio cognitivo levam ao declínio funcional, com diminuição e/ou perdas das habilidades para o desenvolvimen-

to das atividades cotidianas, interferindo de forma significativa na realização das denominadas atividades de vida diária (AVD), gerando a necessidade indispensável de um cuidador que faça e assuma por ele essas tarefas.

No início do processo demencial o indivíduo apresenta declínio de memória, podendo parecer confuso, desorientado e com déficit de atenção, começando a apresentar dificuldades em lidar com situações mais complexas, como, por exemplo, fazer uma compra ou manejar dinheiro. Pode, também, apresentar desorientação de tempo e de espaço, chegando a perder-se em locais já conhecidos (Isquierdo, 2002; Nitrini e col., 2003). Com a progressão do quadro pode surgir apraxia (incapacidade de realizar ato motor complexo, apesar de capacidade motora intacta) comprometendo o autocuidado e transformando as tarefas cotidianas simples em situações desafiadoras (Bear e col., 2002; Nitrini & Caramelli, 2003). Posteriormente, surge o comprometimento da linguagem que evolui até a significativa diminuição da compreensão e da produção oral. A agnosia (incapacidade de orientar-se e reconhecer fisionomias e objetos sem que haja déficit sensorial ou sensitivo) também ocorre com frequência (Kandel e col., 2000). Sua capacidade de juízo crítico é afetada, podendo gerar atitudes inadequadas, sendo essas situações as que normalmente chamam a atenção dos familiares. Outros comprometimentos como alterações de sono e de humor, déficit de locomoção, desintegração da personalidade, diminuição da afetividade e perda de controle esfinteriano também podem ocorrer (Goldfarb, 2004).

O cuidado das pessoas dementadas, na maioria das vezes, é assumido pelas famílias, sendo essa considerada a fonte primária de apoio. Esse cuidado, dada a complexidade da doença, pode ter efeitos devastadores nas pessoas afetadas e em seus familiares (Caldas, 2001). As estruturas familiares estão em processo de transformação, tornando-se cada vez mais nucleares com a progressiva diminuição do número de filhos por mulher o que, associado à, ainda frágil, organização formal de auxílio aos cuidados familiares cria uma situação muito preocupante, pois podem representar obstáculos para o auxílio ao idoso dependente (Caldas, 2006).

As condições de vida e saúde desses idosos e de sua rede de suporte social ainda não estão suficiente-

mente conhecidas para auxiliar no adequado direcionamento de políticas públicas de saúde. Para isso, no ano 2000, foi desenvolvido o Estudo SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - em sete países da América Latina e Caribe sob a coordenação da Organização Pan-Americana de Saúde, com o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida e de saúde dos idosos dessa região. No Brasil, o estudo foi realizado no Município de São Paulo.

Os objetivos deste trabalho são apresentar os resultados obtidos no Estudo SABE referentes ao desempenho funcional dos idosos com declínio cognitivo no Município de São Paulo e seus arranjos domiciliares, analisando de que forma esses arranjos contribuem no suprimento das demandas assistenciais apresentadas.

Casuística e Método

A população estudada foi composta de idosos residentes no Município de São Paulo, no ano 2000, como parte do Estudo SABE. A amostra de 2.143 idosos foi composta de dois segmentos. O primeiro, resultante de sorteio, baseou-se em cadastro permanente de 72 setores censitários, disponível no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. Essa amostra foi tomada do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1995, composto de 263 setores censitários sorteados mediante amostragem por conglomerados, sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. Esse segmento correspondeu à amostra probabilística formada por 1.568 entrevistados. O segundo segmento, composto de 575 residentes nos distritos em que se realizaram as entrevistas anteriores, corresponde ao acréscimo efetuado para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos e completar o número desejado de entrevistas nessa faixa etária. O número mínimo de domicílios sorteados no segundo estágio foi aproximado para 90. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais foi realizada por meio da localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados (Silva, 2003).

Os dados foram colhidos por meio de entrevistas domiciliares, feitas com um instrumento constituído por 11 blocos temáticos: dados pessoais; avaliação cog-

nitiva; estado de saúde; estado funcional; medicamentos; uso dos serviços e acesso a eles; rede de apoio familiar e social; história laboral e fontes de ingresso; características da moradia, antropometria e testes de flexibilidade e mobilidade. Cada questionário teve um peso calculado de acordo com o setor censitário correspondente (peso = 1/f). Para os questionários realizados com indivíduos em domicílios não-sorteados (faixa etária 75 anos e mais), o cálculo do peso foi realizado de acordo com a relação da população de idosos nessa faixa etária, residente no Município de São Paulo em 1998, e o número total de idosos dessa faixa encontrado na amostra final do estudo (Silva, 2003).

Para este estudo a amostra foi composta de idosos que, na avaliação do estado cognitivo, obtiveram uma pontuação de 12 ou menos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein e col., 1975) e 6 ou mais no Questionário de Pfeffer para Atividades Funcionais (QPAF) (Pfeffer e col., 1987), questionário esse utilizado para verificar a presença de limitação funcional de pessoa idosa e a necessidade de um proxi-respondente para obtenção das respostas (Cerqueira, 2003). No estudo SABE, foi utilizada uma versão modificada do MEEM validada por Icaza & Albala (1999) no Chile. A combinação dos dois instrumentos indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave. Com base nesse critério, o recorte para este estudo foi composto de 3,2% de todos os idosos estudados.

O comprometimento funcional foi determinado pela referência de dificuldade de desempenho em uma ou mais atividades de vida diária básicas (comer, banhar-se, locomover-se, usar o vaso sanitário, vestir-se, mobilizar-se) ou instrumentais (comprar alimentos, manejar dinheiro, utilizar transporte, preparar refeições, usar telefone, tomar medicamentos, executar tarefas domésticas pesadas e leves).

A partir da resposta positiva para a dificuldade, verificou-se a ajuda recebida para desempenhá-la, segundo o tipo de arranjo domiciliar de convivência: reside só (grupo A); reside com o cônjuge (grupo B); arranjos bigeracionais (grupo C); arranjos trigeracionais (grupo D); arranjos intrageracionais, ou seja, somente idosos (grupo E); o idoso reside com os netos sem os filhos (grupo F); e idoso reside com não-familiares (grupo G).

Resultados

Observa-se um maior comprometimento funcional para o desempenho das ABVDs entre os idosos com declínio cognitivo - 38,7% dos idosos com declínio mencionaram dificuldade em pelo menos uma atividade contra 18,5% dos que não possuem declínio (tabela 1).

A prevalência de dificuldades entre os idosos com declínio para o desempenho das AIVDs mostrou-se maior que para as ABVDs. Nota-se que apenas 2,4% desses indivíduos mencionaram não possuir dificuldade alguma para esse tipo de tarefa, 11,4% com uma ou duas dificuldades e, a grande maioria (86,2%) com três ou mais dificuldades (tabela 1).

Tabela 1 - Idosos (%) segundo declínio cognitivo* e dificuldades de desempenho das Atividades Básicas (ABVD) e Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Município de São Paulo, 2000

Número de dificuldades	Sem declínio	Com declínio
Atividades Básicas de Vida Diária		
0	81,4	61,3
1-2	13,3	22,7
3 ou +	5,2	16,0
Atividades Instrumentais de Vida Diária		
0	35,8	2,4
1-2	35,1	11,4
3 ou +	29,0	86,2

Fonte: Projeto SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

* Declínio cognitivo: MEEM = 12 ou - e QPAF = 6 ou +

Tabela 2 - Idosos (%) segundo declínio cognitivo* e arranjos domiciliares. Município de São Paulo, 2000

Grupo familiar	Sem declínio	Com declínio
A	12,8	22,6
B	20,4	8,8
C	32,7	26,1
D	18,6	28,4
E	6,7	6,5
F	4,6	2,4
G	4,3	5,2

Fonte: Projeto SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

* Declínio cognitivo: MEEM = 12 ou - e QPAF = 6 ou +

Tabela 3 - 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
A	28,1	23,2	65,1	34,9	0	100
B	3,9	9	0	100	0	100
C	24,2	24,3	54,3	45,7	9,7	90,3
D	21,1	29,1	15,4	84,6	5,4	94,6
E	13,7	6,6	20,5	79,5	0	100
F	3,7	2,4	21,9	78,1	0	100
G	5,2	5,3	15,8	84,2	0	100

Fonte: Projeto SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

* Declínio cognitivo: MEEM = 12 ou - e QPAF = 6 ou +

A tabela 2 mostra a distribuição dos idosos segundo os arranjos domiciliares. Observa-se que a maior frequência está nos grupos C e D (grupos com a presença de filhos) seguidos pelo grupo A (moram sozinhos).

Na tabela 3 observa-se a distribuição dos idosos segundo arranjos domiciliares, comparando-se as dificuldades apresentadas para desempenho das atividades de vida diária e o recebimento de ajuda propriamente dito. Observa-se maior prevalência de dificuldades no desempenho das ABVDs entre os idosos que moram sozinhos (grupo A) seguidos, respectivamente, pelos dos grupos C e D. Quando analisadas as AIVDs, observa-se uma inversão, ou seja, os que apresentam maior dificuldade estão inseridos no grupo D, seguidos pelos do grupo C e A, respectivamente. Quando analisada a ajuda recebida observa-se que a ajuda oferecida para ABVDs é menor do que para as AIVDs, exceto no grupo B (casais), em que a ajuda oferecida é de 100%, para os dois tipos de atividades.

Discussão

O declínio cognitivo e a demência estão fortemente associados com declínio da funcionalidade e incapacidade, como mostram vários estudos (Aguero-Torres e col., 2002; Nygard, 2003; Laks e col., 2005; Ishizaki e col., 2006; Dirik e col., 2006). Outros fatores são, também, associados ao declínio cognitivo, tais como nível de escolaridade baixo, pouco contato social, sexo feminino, idade avançada, comorbidades como doença cerebrovascular, doença cardíaca e fratura de quadril

(Aguero-Torres e col., 1998), baixos resultados no MEEM, pobre atividade intelectual, tabagismo, viver sozinho, sedentarismo, incontinência urinária e queda (Dirik e col., 2006; Ishizaki e col., 2006), má auto-avaliação de saúde (Rosa, 2003), obesidade (Aguero-Torres e col., 1998; Geelings e col., 1999; Sauvaget e col., 2002; Rosa e col., 2003; Dodge e col., 2005), sintomas como agitação e agressividade (Strain e col., 2003).

Observa-se maior dificuldade no desempenho de AIVDs, destacando-se a maior prevalência para os que apresentam três ou mais dificuldades (86,2%). As AIVDs são atividades mais complexas, que demandam maior capacidade de julgamento, raciocínio e planejamento para as ações, sendo mais vulneráveis aos efeitos da deterioração cognitiva. Alguns outros fatores devem ser considerados influenciando no desempenho das AIVDs como, por exemplo, o desenvolvimento tecnológico (telefones celulares, caixas eletrônicos em bancos) com conseqüências diretas no desempenho dessas atividades (Nygard, 2003; Ishizaki e col., 2006). Esses idosos apresentam maior risco de perda da independência e redução da qualidade de vida (Black & Rush, 2002; Rosa, 2003), uma vez que essas atividades estão relacionadas com a participação social e até mesmo com a ocupação de seu tempo livre. A diminuição da funcionalidade, de maneira geral, aumenta o risco de institucionalização (Aguero-Torres e col., 2002; Nygard, 2003), o uso de serviços de saúde e a mortalidade (Aguero-Torres e col., 2002; Black & Rush, 2002).

Em relação ao desempenho das ABVDs observa-se uma menor presença de dificuldade quando comparadas com as AIVDs e, em sua maioria, a dificuldade apresentada foi para uma ou duas atividades (22,7%). Estudos indicam que o declínio da capacidade funcional para o desempenho dessas atividades está relacionado com o aumento da demanda de cuidados para a família com possíveis conseqüências negativas ao cuidador (Rosa, 2004; Covinsky e col., 2003). Estudo recente mostrou a associação entre depressão no cuidador e maior dependência em ABVDs no idoso dementado. 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, da presença de um cuidador ou de outras pessoas, tornando-as assim mais onerosas (Covinsky e col., 2003; Duarte e col., 2005).

Diante dos resultados pode se considerar que esses idosos possuem limitações funcionais mais prevalentes em AIVDs e, apesar de menos prevalentes, as dificuldades em ABVDs também aparecem, gerando a necessidade de cuidado e assistência, implicando num grupo com maior vulnerabilidade, maior risco e maior demanda assistencial.

Pode-se notar na tabela 3, referente aos idosos com declínio cognitivo, que, para o arranjo domiciliar tipo A, em que o idoso mora só, a maior dificuldade apresentada relaciona-se à ABVD, porém o oferecimento de ajuda a esse tipo de atividade é o menor de todos os arranjos (34,9%), ou seja, esse idoso tem atividades básicas importantes para a manutenção de sua saúde física e da própria vida que não estão sendo adequadamente supridas. Vale ressaltar que o idoso com declínio cognitivo apresenta maior risco de quedas e incontínências. Sendo pequeno o potencial de ajuda por morar só, aumenta a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis, uma vez que a demanda de cuidados que provavelmente não será atendida será maior. A locomoção, o vestir-se, o uso do vaso sanitário são exemplos de atividades que, na ausência de ajuda, podem tornar-se grandes obstáculos a uma vida respeitosa e digna.

Os resultados do estudo mostram, na tabela 3, que 65,1% dos idosos com declínio vivendo sós não recebem nenhuma ajuda para o desempenho das ABVDs.

Entre outras conseqüências dessa situação há o risco de desnutrição, já apontado por Prescop e col. (1999) e Soniat (2004). Observa-se, assim, quão expostos e vulneráveis estão esses idosos. Como já mencionado, a ajuda nas ABVDs implica na presença de um cuidador junto do idoso a maior parte do tempo, notando suas dificuldades e oferecendo o auxílio necessário, o que não ocorre com o que reside só.

Para as AIVDs observa-se um maior potencial de ajuda (100%) para esse grupo, o que mostra que existem pessoas em seu entorno que, de alguma forma, organizam-se para auxiliá-lo em suas demandas externas. Para esse tipo de ajuda, não há uma necessidade premente de um cuidador presencial, pois muitas dessas atividades podem ser desempenhadas sem a presença do idoso, como, por exemplo, o pagamento de contas, compras em supermercado, limpeza da casa. É provável que esse seja um dos motivos relacionados à maior presença de ajuda para as AIVDs do que às ABVDs, pois mesmo inexistindo um co-residente há a preocupação das pessoas de seu entorno em atender essas demandas, podendo não necessariamente ser um familiar, mas um amigo e até mesmo vizinhos e pessoas de confiança.

Para o idoso inserido nos tipos de arranjos domiciliares B e E, que são intrageracionais, notamos que as dificuldades apresentadas para a execução de ABVD e AIVD só somam mais que 10% para as ABVDs no arranjo E (13,7%). É interessante notar que, apesar de serem arranjos em que moram apenas idosos, o potencial de ajuda é total para o grupo B, tanto nas ABVDs quanto nas AIVDs, enquanto para os idosos sem declínio, a ajuda cai para cerca de 34%. No grupo E, o potencial de ajuda é grande alcançando 79,5% no caso de ABVDs e 100% para as AIVD. Esses achados surpreendem uma vez que, sendo arranjos formados por pessoas idosas, esperava-se um potencial de ajuda mais limitado, o que não ocorreu. Pode-se imaginar a dificuldade e o grande esforço despendido por esse outro idoso que exerce a função de cuidador, pois, especialmente no caso das ABVDs, envolvem atividades que exigem intenso esforço físico, chegando a ser desgastantes (Santana, 2003).

Os idosos residentes do grupo C, bigeracionais, apresentam maior prevalência de dificuldades na execução de AVDs. Observa-se que a ajuda oferecida às

ABVDs não atinge nem 50%, muito aquém do esperado. É válido lembrar que esse tipo de arranjo é o segundo mais prevalente nos idosos com declínio cognitivo. O resultado surpreende, pois esperava-se que a ajuda vinda dos filhos que co-residem com idosos suprissem as demandas apresentadas. O que se vê, porém, é uma realidade bem diferente, mostrando que esses idosos, mesmo em dificuldades consideradas básicas, como alimentação e higiene, não estão sendo adequadamente atendidos.

Entre cuidadores familiares são mais frequentes as esposas e filhas, sendo a mulher tradicionalmente considerada a cuidadora dentro do lar (Romero, 2002; Neri & Carvalho, 2002). Atualmente, esse é um motivo de preocupação, uma vez que, pela situação econômica, uma grande parte das mulheres está inserida no mercado de trabalho pela necessidade de ajudar na economia de sua família, fazendo com que esse potencial fique comprometido (Romero, 2002). O idoso que reside com o(a) filho(a) que trabalha durante todo o dia, fica um longo tempo só, sem nenhum tipo de ajuda, o que poderia explicar esse resultado menor do que o esperado e também a ajuda menor do que a oferecida aos idosos inseridos em outros arranjos.

O grupo D (trigeracional) foi o arranjo domiciliar mais prevalente entre os idosos com declínio cognitivo e é nesse grupo que se observa, também, uma das maiores prevalências de dificuldades no desempenho das AVDs. Nesse tipo de arranjo, o oferecimento de ajuda ultrapassa os 80% para os dois grupos de atividades, contradizendo algumas pesquisas que apontam a possibilidade de desvio de recursos e cuidados dos idosos para os netos. O resultado mostra que esses idosos apresentam dificuldades, que estão sendo, em sua maioria, atendidas por seus familiares, mesmo com a presença de netos. Há a possibilidade de o neto ajudar de alguma forma ou cooperar na ajuda oferecida por outro familiar, não sendo o responsável principal, mas atuando como coadjuvante no processo de ajuda. Outra possibilidade é de serem famílias em que as mulheres não estão inseridas no mercado de trabalho, exercendo primordialmente as funções de cuidadoras.

Em relação ao arranjo domiciliar do tipo F, em que os idosos residem somente com netos, sem a presença de filhos, a dificuldade apresentada em relação às

AVDs é pequena, não chegando a 4%, o que indica pouco comprometimento funcional dos idosos. A ajuda oferecida em ABVDs segue o padrão dos demais arranjos, sendo menor em relação às AIVDs, porém chegando a quase 80%. Um fator a ser considerado é a idade dos netos. Quando se trata de crianças há uma maior limitação no fornecimento de ajuda, principalmente no que se refere às ABVDs. Quando são adolescentes ou mais velhos, a limitação na ajuda oferecida, em especial para as ABVDs, pode estar relacionada aos estudos e/ou trabalho. Pode ser mais fácil ajudar nas AIVDs, pois as atividades podem ser realizadas em momentos de folga como, por exemplo, arrumar a casa e fazer compras, o que pode explicar o oferecimento de ajuda nessas atividades ter chegado a 100%.

Há uma menor prevalência de idosos dementados inseridos no Grupo G, em que há a presença de um não-familiar (< 5%). O oferecimento de ajuda, no entanto, é elevado tanto nas ABVDs (84,2%) quanto nas AIVDs (chegando a 100%). Pode-se considerar que os “não-familiares” podem ser pessoas contratadas para cuidar do idoso, o que pode ser talvez uma explicação para um 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 compra, o que pode talvez explicar a ajuda de 100%.

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 entre os arranjos intrageracionais, em que a ajuda grande indica enorme esforço por parte do cuidador, que, muitas vezes, também apresenta alguma limitação. Deve-se ressaltar que o cuidado dispensado ao idoso dementado é especial e diferenciado, com maior sobrecarga do cuidador. Pode ser que a ajuda oferecida a esses idosos seja maior do que para os sem declínio, uma vez que sua dependência é, de forma geral, maior.

Conclusões

Os resultados obtidos neste trabalho mostram que os idosos com declínio cognitivo apresentam, em sua maioria, dificuldades para a realização de AIVDs, e que, grande parte deles reside em arranjos domiciliares com a presença de filhos. Há, porém, uma parcela considerável deles residindo sós. Apesar da situação de risco que possa apresentar esse tipo de população, com todas suas limitações e particularidades, as demandas assistências têm sido atendidas em sua maioria. Os arranjos domiciliares existentes estão sendo capazes de atender às necessidades apresentadas.

Referências

- AGUERO-TORRES, H. et al. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *American Journal Public Health*, New York, v. 88, p. 1452-1456, 1998.
- AGUERO-TORRES, H. et al. The impact of somatic and cognitive disorders on the functional status of the elderly. *Journal Clinical Epidemiology*, USA, v. 55, n. 10, p. 1007-1012, 2002.
- BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 740-743.
- BLACK, S. A., RUSH, R. D. Cognitive and functional decline in adults aged 75 and older. *Journal of American Geriatric Society*, Washington, v. 50, n. 12, p.1978-1986, 2002.
- CALDAS, C. P. Cuidando do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 68-93, 2001.
- CALDAS, C. P. Cuidado familiar. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2006, p. 335-9.
- CAMARANO, A. A. (org.). *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Brasília: IPEA, 2004. 594 p.
- CERQUEIRA, A. T. A. R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (orgs.). *SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. São Paulo: OPAS, 2003, p. 143-65.
- COVINSKI, K. E.; NEWCOMER, R.; FOX, P. et al. Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, New York, v. 18, n. 12, p. 1006-1014, 2003.
- DIRIK, A. et al. Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: Gender differences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 42, n. 3, p. 339-350, 2006.
- DODGE, H. H. et al. Cognitive impairment as a strong predictor of incident disability in specific ADL-IADL tasks among community-dwelling elders: the Azuchi Study. *Gerontologist*, v. 45, n. 2, p. 222-230, 2005.
- DUARTE, Y. A. O. et al. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.
- FERRI, C. P. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, v. 366, n. 9503, p. 2112-2117, 2005.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, v. 12, p. 189-198, 1975
- GEERLINGS, M. I. et al. Cognitive reserve and mortality in dementia: the role of cognition, functional ability and depression. *Psychological Medicine*, v. 29, n. 5, p. 1219-1226, 1999.
- ICAZA, M. C.; ALBALA, C. *Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estatístico*. Washington: OPAS, 1999. p. 1-18.

- ISHIZAKI, T. et al. Effects of cognitive function on functional decline among community-dwelling non-disabled older Japanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Atlanta, v. 42, n. 1, p. 47-58, 2006.
- KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSELL, T. M. *Fundamentos da neurociência e do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 600 p.
- LAKS, J. et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly. *Arquivo Neuro Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2-A, p. 207-212, 2005.
- LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo - Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arquivo Neuro Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 61-69, 2002.
- NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V et al (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 778-90
- NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Demências. In: NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. A neurologia que todo médico deve saber. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 323-334.
- NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; MANSUR, L. L. *Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação*. São Paulo: Grupo de neurologia cognitiva e do comportamento de neurologia da Faculdade de Medicina da USP, 2003.
- NYGARD, L. Instrumental activities of daily living: a stepping-stone towards Alzheimer's disease diagnosis in subjects with mild cognitive impairment? *Acta Neurologica Scandinavica*, Denmark, v. 107, n. Suppl. 179, p. 42-6, 2003.
- PFEFFER, R. I. et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, Washington, v. 37, p. 323-329, 1987.
- PRESCOP, K. L. et al. Elderly with dementia living in the community with and without caregivers: an epidemiological study. *International Psychogeriatrics*, USA, v. 11, n. 3, p. 235-250, 1999.
- ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 777-794, 2002.
- ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
- ROSA, T. E. C. Redes de apoio social. In: LITVOC, J., BRITO, F. C. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 203-218.
- SANTANA, R. F. Grupo de orientação em cuidados na demência: relato de experiência. *Textos Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 81-98, 2003.
- SAUVAGET, C. et al. Dementia as a predictor of functional disability: a four-year follow-up study. *Gerontology*, Switzerland, v. 48, n. 2, p.226-233, 2002.
- SILVA, N. N. Aspectos metodológicos: processo de amostragem In: LEBRÃO, M. L, DUARTE, Y. A. O (orgs.). *SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. São Paulo: OPAS, 2003. p. 47-57.
- STRAIN, L. A. et al. Cognitively impaired older adults: risk profiles for institutionalization. *International Psychogeriatrics*, USA, v. 15, n. 4, p. 351-366, 2003.
- SONIAT, B. A. Dementia Patients who live alone research and clinical challenges. *Journal American Geriatric Society*, Washington, v. 52, n. 9, p. 1576-1577, 2004.

Recebido em: 11/07/06

Aprovado em: 20/10/06