







ARTIGO ORIGINAL

Perfil cognitivo e associações entre idosos longevos em contexto ambulatorial no Distrito Federal

Cognitive profile and associations among very old adults in an outpatient setting in the Federal District

Henrique Salmazo da Silva¹ , Isabelle Patriciá Freitas Soares Chariglione² , Maria Liz Cunha de Oliveira¹ , Clayton Moraes¹ , Lucy de Oliveira Gomes¹ , Vicente Paulo Alves¹ 

RESUMO

Objetivou investigar associações entre o declínio cognitivo de idosos longevos em contexto ambulatorial e variáveis sociodemográficas, desempenho funcional, doenças crônicas, número de hospitalizações e acesso aos serviços de saúde. Foram entrevistados idosos longevos (80 anos e mais) residentes no Distrito Federal, avaliados em contexto ambulatorial por questionários padronizados e pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM). Nas análises bivariadas, o declínio cognitivo esteve associado à faixa etária (85 anos e mais), possuir uma ou mais limitações nas atividades básicas de vida diária (ABVD), residir em arranjos domiciliares bi e trigeracionais e ter maior número de hospitalizações no último ano. No modelo logístico múltiplo, permaneceram associados ao declínio cognitivo em longevos as ABVD e as hospitalizações no último ano. Por tratar-se de uma população com maior demanda assistencial de saúde, torna-se necessário delinear medidas de prevenção e a promoção de cuidados de longa duração.

Descritores: Idoso de 80 anos ou mais; Cognição; Assistência Integral à Saúde; Atividades Cotidianas.

ABSTRACT

The aim was to investigate associations between the cognitive decline of very old adults in outpatient settings and sociodemographic variables, functional performance, chronic diseases, number of hospitalizations and access to health services. Very old adults (80 years and over) residing in the Federal District were interviewed, evaluated in an outpatient setting by means of standardized questionnaires and the Mini-Mental State Examination (MMSE). In bivariate analyzes, cognitive decline was associated with the age group (85 years and over), having one or more limitations in basic activities of daily living (BADL), living in bi and tri-generational household arrangements and having a higher number of hospitalizations in the prior year. In the multiple logistic model, BADL and hospitalizations in the prior year remained associated with cognitive decline in very old adults. As it is a population with a greater demand for health care, it is necessary to outline measures of preventive and promotion of long-term care.

Descriptors: Aged, 80 and over; Cognition; Comprehensive Health Care; Activities of Daily Living.

¹Universidade Católica de Brasília - Brasília (DF), Brasil. E-mails: henriquesalmazo@yahoo.com.br, lizcunhad@gmail.com, claytonf@ucb.br, lucygomes2006@hotmail.com, vicemap@gmail.com.

²Universidade de Brasília - Brasília (DF), Brasil. E-mail: ichariglione@gmail.com.

Como citar este artigo: Silva HS, Chariglione IPFS, Oliveira MLC, Gomes LO, Alves VP. Perfil cognitivo e associações entre idosos longevos em contexto ambulatorial no Distrito Federal. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em: _____];22:61878. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.61878>.

Recebido em: 28/12/2019. Aceito em: 01/10/2020. Publicado em: 21/12/2020.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e as necessidades dos idosos longevos passam a ser preocupação cada vez mais crescente de gestores, profissionais e acadêmicos⁽¹⁻³⁾. Se por um lado os idosos longevos formam um número crescente de sobreviventes bem-sucedidos, por outro também é crescente a quantidade dos que alcançam a velhice avançada doentes e dependentes⁽¹⁾. Investigar os perfis de envelhecimento dessa população reflete a importância em se ofertar possibilidades de atenção e cuidados, para que a velhice avançada seja um processo orientado e bem orientado. Das demandas que assolam este segmento etário, as síndromes demenciais e o declínio cognitivo constituem um dos maiores desafios, pois exigem cuidados prolongados e específicos⁽²⁻³⁾.

Estima-se que 50 milhões de pessoas sejam portadoras de demência, projeção que alcançará 75 milhões de pessoas em 2030 e 132 milhões em 2050, concentrando-se majoritariamente em países em desenvolvimento e na população de idosos mais longevos⁽³⁻⁴⁾. Os custos associados aos cuidados, por sua vez, orbitam ao redor de 800 bilhões de dólares por ano e, em 2030, representarão cerca de dois trilhões de dólares⁽⁴⁾, indicando a necessidade de investir em estratégias de prevenção, cuidados, apoio e suporte aos idosos e seus cuidadores familiares, de forma a promover seu bem-estar e qualidade de vida.

Além das demências cursarem com sobrecarga de cuidados⁽²⁾ e com o aumento de dependência para as atividades de vida diária, estudos sugerem que os pacientes com demência utilizam mais os serviços de saúde, incluindo consultas médicas e hospitalizações, quando comparados aos idosos cognitivamente saudáveis⁽⁵⁾. Uma das razões para o aumento das hospitalizações nesse grupo pode ser a maior prevalência de doenças crônicas associadas, a maior complexidade assistencial⁽⁶⁾ e o possível descompasso entre demandas e suporte recebido⁽⁷⁾.

No Brasil, torna-se cada vez mais necessário conhecer as necessidades e as condições de vida e de saúde dos idosos longevos e, em especial, dos idosos com limitações cognitivas, por demandar uma rede de cuidados e suporte social mais ampla, e por estar associado à sobrecarga do cuidador e mais gastos em saúde^(3,8).

Dado a relevância e a escassez de estudos sobre os perfis cognitivos em idosos longevos brasileiros⁽⁹⁾, o objetivo deste estudo foi investigar as associações entre o declínio cognitivo de idosos longevos em contexto ambulatorial e variáveis sociodemográficas e de saúde como desempenho funcional, doenças crônicas, número de hospitalizações e acesso aos serviços de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e analítico, realizado a partir do banco de dados do projeto “As alterações da longevidade relacionadas a idosos octogenários do Distrito Federal na abordagem interdisciplinar”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). O projeto foi conduzido em Brasília/DF, na Região Administrativa de Águas Claras, onde se localiza o campus da UCB. A pesquisa foi realizada em três locais, sendo esses: o Hospital Universitário da UCB (HUUCB), para avaliação clínica, cognitiva e de saúde autorreferida; o Laboratório de Avaliação Física e Treinamento (LAFIT), para avaliação funcional e física; e o Laboratório para análises clínicas. Esses centros prestam atendimento à população de Brasília, que é dividida em 31 regiões administrativas, com população de 2.570.160 milhões de habitantes, sendo 7,69% idosos⁽¹⁰⁾. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,824, ficando em primeiro lugar no país de acordo com o ranking do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽¹⁰⁾.

Amostra

No presente estudo, a amostra foi obtida por conveniência e recrutada no ambulatório de Geriatria e Medicina Interna do HUUCB, entre os anos de 2016 a 2017, totalizando amostra de 227 idosos longevos. Os critérios de inclusão foram ter idade a partir dos 80 anos, residir no Distrito Federal e abrangências, ter disponibilidade em realizar diferentes avaliações (social, física e laboratorial). Foram excluídos idosos acamados, com perdas auditivas graves, com morbidades psiquiátricas não controladas e síndrome demencial em estágio avançado, visto que essas condições poderiam comprometer a avaliação e as análises delas provenientes.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: questionário sociodemográfico; e instrumentos de avaliação cognitiva global e desempenho nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. As informações sociodemográficas compreenderam idade - quantificada em anos; escolaridade - quantificada em anos de exposição à escolarização formal; sexo - masculino ou feminino; estado civil - solteiro (a), viúvo (a), casado (a), divorciado(a); renda familiar - quantificada pelo somatório dos ganhos de toda a família por mês; e arranjo de moradia, incluindo idosos que referiram residir sozinhos, residir com cônjuges e filhos; filhos, netos e bisnetos, outros parentes e familiares.

Com relação às variáveis relacionadas ao desempenho funcional, utilizou-se: ausência ou presença de dificuldades nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) relacionadas ao autocuidado (usar o banheiro, alimentar-se, locomover-

se, transferir-se, tomar banho, fazer a higiene pessoal)⁽¹¹⁾; o idoso com alguma limitação na ABVD foi classificado “com limitação” e o idoso sem nenhuma limitação como “independente”. No que se refere às doenças crônicas, foi investigado o número de doenças crônicas autorreferidas (0 a 1; 2 ou +, como doenças do coração, hipertensão, Acidente Vascular Cerebral [AVC], câncer, artrite reumatoide, doenças pulmonares, depressão e osteoporose).

As variáveis relativas ao uso e acesso aos serviços de saúde foram obtidas por meio das questões abertas: “No último ano o (a) senhor (a) precisou ser internado (a) ou hospitalizado (a)?”, “O (A) senhor (a) foi a alguma consulta média no último ano? Se sim, quantas?”, “Qual o tipo de serviço de saúde que o (a) senhor (a) procura?” “O (A) senhor (a) possui alguma dificuldade em acessar o serviço de saúde?”. As respostas dessas questões foram categorizadas e obteve-se a ocorrência de hospitalização (sim ou não), a quantidade de consultas médicas, o tipo de serviço (Sistema Único de Saúde [SUS], Convênio ou Particular) e a prevalência de dificuldades em acessar os serviços (sim ou não).

A variável dependente do presente estudo foi obtida por meio da pontuação no Miniexame do Estado Mental (MEEM), teste de rastreio cognitivo composto por 30 questões que avaliam orientação no tempo e espaço, memória episódica, repetição imediata, praxia, funções visuoespaciais e linguagem⁽¹²⁾. Os pontos de corte utilizados para o presente estudo para definir os idosos longevos com declínio cognitivo foram: pontuação menor que 17 pontos para os analfabetos, 22 pontos para idosos com escolaridade entre um e quatro anos; 24 pontos para escolaridade entre cinco e oito anos; e 26 pontos para os idosos com nove anos ou mais de escolaridade.

Procedimentos

A coleta de dados do recorte aqui apresentado ocorreu em quatro etapas (seleção e recrutamento, avaliação de saúde, avaliação física e retorno), sendo para cada momento indicada uma dupla de avaliadores previamente treinados dentro das suas áreas de expertise. Na etapa de seleção e recrutamento, os idosos e acompanhantes foram convidados a participar do estudo e orientados quanto aos objetivos, procedimentos, garantia de anonimato e caráter voluntário de participação, conforme descrito e detalhado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes que desejassem participar da pesquisa assinavam o TCLE e eram encaminhados para entrevista individual para registro dos dados sociodemográficos.

Posteriormente, os participantes foram encaminhados à consulta médica com o geriatra para avaliação clínica e de saúde. Nesse momento, eram coletadas informações gerais de saúde, verificados os critérios de inclusão e exclusão e,

sendo verificada a elegibilidade de participação no sujeito, ao final da consulta os participantes recebiam um voucher para coleta de sangue na unidade do laboratório Sabin para as medidas de análises clínicas. A última etapa consistiu nas medidas físicas, onde os idosos eram encaminhados ao laboratório de avaliação física da universidade para realização de medidas de força, marcha, densitometria óssea e outros dados antropométricos. Após essas etapas, os participantes eram convidados a retornar em consulta médica para avaliação, encaminhamentos e devolutiva quanto ao estado de saúde. Todas as respostas foram registradas eletronicamente pelo formulário Google e enviados à planilha do banco de dados do estudo.

Análise de dados

Os dados foram registrados eletronicamente pelo formulário Google e enviados à planilha do banco de dados do estudo, nos quais foram analisados de forma quantitativa, por meio de comparações de médias entre os grupos realizadas por testes não paramétricos (Mann Whitney ou Kruskal-wallis). As variáveis com p valor abaixo de 0,10 nas associações bivariadas foram hierarquizadas para compor modelo de regressão logística múltipla. O modelo final foi construído usando o método de Forward Stepwise (Wald), com ajustes para variáveis sociodemográficas, dependência funcional, uso e acesso aos serviços de saúde, composto pelas variáveis com p abaixo de 0,05. A variável dependente (perfil cognitivo) foi categorizada em zero e um, sendo que zero correspondeu aos idosos sem declínio cognitivo e um aos idosos com declínio cognitivo no MEEM), conforme indicações⁽¹²⁾ recomendadas pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia para rastreio de declínio cognitivo sugestivo de demência. Para todas as análises, utilizou-se nível de significância de $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCB, sob parecer nº 1.290.368 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE nº 50075215.2.0000.0029, atendendo às exigências da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Dos 208 idosos avaliados, 106 participantes (51% da amostra) apresentaram declínio cognitivo. Conforme apresentado na Tabela 1, nas análises bivariadas, os idosos com declínio cognitivo foram os mais longevos e residiam

em arranjos domiciliares acompanhados por filhos, netos, bisnetos. Não houve associações entre o perfil cognitivo e sexo, escolaridade, renda e estado civil.

Com relação às variáveis de saúde, as análises bivariadas indicaram que os idosos com declínio cognitivo apresentaram mais dependência nas atividades básicas de vida diária e maior prevalência de hospitalizações no último ano (Tabela 2). Contudo, não houve diferenças quanto ao número de doenças crônicas, dificuldades em acessar os serviços de saúde, número de consultas ambulatoriais

com profissional médico e tipo de serviço de saúde (SUS, convênio médico ou particular, pago diretamente ao profissional).

No modelo final de regressão logística múltipla após o uso do método Forward Stepwise (Wald), permaneceram associadas ao declínio cognitivo em idosos longevos as dificuldades nas ABVD e ter tido alguma hospitalização no último ano. As demais variáveis (idade e residência em domicílios trigeracionais) perderam a significância estatística (Tabela 3).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de idosos longevos segundo o perfil cognitivo. Brasília, DF, Brasil, 2016-2017.

		Sem Declínio N=102	Com Declínio cognitivo N=106	P valor
Idade	M (DP)	83,02 (+ 3,95)	84,74 (+4,55)	0,003
Sexo	Feminino	62,7%	67,0%	0,523
Anos de escolaridade		4,55 (+5,07)	4,12 (+4,53)	0,718
Renda Familiar		4.031,91 (+4.354,91)	4.674,36 (+5072,56)	0,479
Arranjo de Moradia	Sozinho	31,4%	20,8%	0,082
	Cônjuge e Filho	18,6%	24,5%	0,303
	Cônjuge, neto e ou bisneto	1%	3,8%	0,190
	Filho, Netos e ou Bisnetos	3,9%	14,2%	0,027
	Parentes e outros familiares	1%	3,8%	0,190
Estado Civil	Casado	8,8%	7,5%	0,397
	Solteiro	40,2%	34%	
	Separado	7,8%	11,3%	
	Viúvo	43,1%	47,2%	

Fonte: Projeto “As alterações da longevidade relacionadas a idosos octogenários do Distrito Federal na abordagem interdisciplinar” – Universidade Católica de Brasília.

Tabela 2. Caracterização do desempenho funcional, doenças crônicas e uso e acesso aos serviços de saúde de idosos longevos segundo o perfil cognitivo. Brasília, DF, Brasil, 2016-2017.

		Sem Declínio N=102	Com Declínio cognitivo N=106	P valor
Doenças crônicas	Nenhuma	3,6%	4,1%	0,109
	Uma ou duas	54,2%	40,8%	
	Três ou mais	39,3%	55,1%	
ABVD (% dificuldades)		15,9%	43,7%	0,000
Hospitalização no último ano (% sim)		13,7%	28,8%	0,008
Dificuldade em usar serviço de saúde (% sim)		53%	62,7%	0,162
Número de consultas médicas no último ano		4,03 (+3,51)	4,35 (+4,37)	0,933
Tipo de serviço	SUS	63,7%	59,4%	0,427
	Convênio	25,5%	20,8%	
	Particular	10,8%	17,9%	

Fonte: Projeto “As alterações da longevidade relacionadas a idosos octogenários do Distrito Federal na abordagem interdisciplinar” – Universidade Católica de Brasília.

Tabela 3. Modelo Final de regressão logística múltipla, Brasília, DF, Brasil, 2016-2017.

Características sociodemográficas, acesso a saúde e de desempenho funcional*	B (EP)	OR	IC (95%)	p-valor
Hospitalização no último ano (Sim)	0,78 (0,38)	2,18	1,03-4,61	0,041
Arranjo domiciliar: filho, neto e ou bisneto (Sim)	1,04 (0,61)	2,83	0,85-9,38	0,087
ABVD (1 ou mais dificuldades)	0,44 (0,15)	1,55	1,14-2,10	0,004
Idade	0,48 (0,38)	1,04	0,97-1,13	0,205
Constante (BO)	-4,51 (3,16)			0,011

Fonte: Projeto “As alterações da longevidade relacionadas a idosos octogenários do Distrito Federal na abordagem interdisciplinar” – Universidade Católica de Brasília.

Legenda: * Modelo final, Forward Stepwise (Wald): Quiquadrado do modelo de 27,03, graus de liberdade: 4, $p < 0,001$. $R^2 = 0,165$; B: Beta; EP: Erro Padrão; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária, Escala Katz. Nível de significância: $p\text{-valor} < 0,05$.

A condição de referência para “Hospitalização no último ano” e “Arranjo domiciliar: filho, neto e bisneto” foi a categoria “Sim”. A Idade foi analisada como contínua e a ABVD em grupos de dificuldades (1 ou mais, compreendendo categorias de um até seis dificuldades).”

DISCUSSÃO

O declínio cognitivo em idosos longevos no contexto ambulatorial esteve associado às variáveis desempenho nas ABVD e ter tido alguma hospitalização no último ano. Variáveis sociodemográficas, como arranjo de moradia (bi e tri geracional) e idade, perderam a significância estatística no modelo de regressão logística múltipla. Em conjunto, esses resultados indicam que as discussões sobre a atenção e os cuidados aos idosos longevos com declínio cognitivo envolvem o desempenho funcional nas atividades básicas de vida diária e a hospitalização, componentes descritos na literatura como preditores de maior complexidade assistencial⁽⁵⁻⁷⁾.

No que se refere aos arranjos domiciliares, é preciso examinar os fatores predisponentes que levam à construção dos arranjos domiciliares e de que forma estes se configuram em dispositivos de amparo, suporte e cuidados. No presente estudo, não foi possível analisar estes fatores. Contudo, estudo que analisou dados dos idosos longevos de Brasília⁽¹³⁾ encontrou que os arranjos de moradia bigeracionais tiveram mais associações com variáveis de envolvimento social, ao passo que residir em arranjos trigeracionais esteve mais associado com ser do sexo feminino, viúva(o)s, maior número de filhos e tendência a ter menor desempenho no MEEM.

Outros pesquisadores⁽¹⁴⁾, ao investigar idosos do Estudo SABE do município de São Paulo, encontraram que nem sempre os arranjos domiciliares numerosos configuraram-se em suporte às necessidades dos idosos com declínio cognitivo. Observaram que a maior fonte de apoio para as ABVD foi os arranjos compostos pela pessoa idosa e cônjuge. Nos ambientes bigeracionais e trigeracionais, a prevalência de idosos que não recebiam ajuda foi de 45,7% e 84,6%, respectivamente.

No que se refere à associação entre declínio cognitivo e idade nas análises bivariadas, maior prevalência de declínio cognitivo e síndrome demencial foi observada em idosos longevos, sendo 35% em idosos com 80 anos e mais e cerca de 50% em idosos com 90 anos e mais, evidenciando que manter a saúde cognitiva é um desafio eminente na velhice avançada⁽³⁾. Contudo, a prevalência de declínio cognitivo neste estudo foi superior aos estudos com idosos longevos de Campinas/SP (24,9%)⁽⁹⁾, da comunidade de Pietá⁽¹⁵⁾, com idosos de 75 anos e mais (22,4% de declínio cognitivo e 31,6% de demência), e do Chile⁽¹⁶⁾ (17,2% em idosos com 80 a 84 anos e 29% em idosos com 85 anos e mais). Uma das razões para essas diferenças pode ter sido subsidiada pela seleção da amostra. Os estudos citados, como o de Campinas/SP, embora tenha usado os mesmos pontos de corte no MEEM, pautou-se em inquérito de base domiciliar, ao passo que no presente estudo a amostra foi obtida por critério de conveniência, em ambiente ambulatorial no Distrito Federal. Apesar dessas diferenças, a idade, quando foi inserida modelo de regressão múltipla, perdeu a significância estatística, o que sugere a realização de novos estudos, a fim de verificar possíveis diferenças entre as populações e o impacto de variáveis, como renda, escolaridade e estilo de vida, e sua relação com a idade⁽⁹⁾.

Embora o número de doenças crônicas tenha sido semelhante entre os idosos longevos com e sem declínio cognitivo, a prevalência de hospitalização no último ano foi mais elevada entre os idosos com declínio. Estudos progressos indicam que a hospitalização do idoso cursa com o desempenho funcional e cognitivo, influenciando a complexidade assistencial no contexto dos cuidados^(3,17).

A relação entre perfil cognitivo de idosos e hospitalização foi examinada em estudos transversais⁽⁶⁾ e longitudinais^(5,18), de forma a documentar os fatores

associados a maior hospitalização nesse grupo. Observa-se que a hospitalização é frequente em idosos com declínio, e esteve associada a pior desempenho funcional e maior complexidade assistencial⁽⁶⁾. Estudo longitudinal com beneficiários idosos de seguros de saúde acompanhados durante 10 anos⁽¹⁸⁾ observou que, além de apresentar risco aumentado para hospitalizações, os idosos com demência apresentaram maior permanência no hospital e gastos mais elevados relacionados aos cuidados em saúde. Estudo norte-americano⁽⁵⁾ com 3.019 idosos acompanhados entre os anos de 1994 a 2007, a razão de chances para admissão hospitalar em idosos com demência (leve, moderada ou avançada), após ajustes para idade, sexo e demais variáveis foi de 1,41 (IC: 1,23 – 1,61). Nesse mesmo estudo⁽⁵⁾, as maiores causas de internação nesse grupo foram associadas a condições passíveis de prevenção no atendimento ambulatorial (por meio de atendimento proativo) e incluíram causas circulatórias, geniturinárias, infecciosas, neurológicas e respiratórias. Dessa forma, torna-se necessário investigar as condições clínicas e associadas às redes de cuidados nesse público para o estabelecimento de medidas de prevenção de saúde e da hospitalização.

No presente estudo, a maior prevalência de hospitalização e pior desempenho funcional em idosos longevos com declínio cognitivo ressaltam a necessidade de efetivar políticas de saúde voltadas para os cuidados de longa duração, com foco na qualificação dos profissionais, no delineamento de intervenções educativas à família e comunidade, no uso de protocolos de avaliação, no estabelecimento de diretrizes clínicas à atenção ao idoso com demência e a ênfase ao desempenho funcional⁽¹⁹⁾. Haja vista que a capacidade funcional é uma medida norteadora e fundamental dos cuidados de saúde na velhice, o foco na prevenção, manejo e reabilitação da dependência funcional estão em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e com as políticas de saúde brasileiras⁽²⁰⁾.

Dessa forma, serviços de reabilitação, atenção domiciliar, centros-dia, hierarquização das condições crônicas de saúde e gestão do cuidado⁽²¹⁻²²⁾ podem compor o arsenal de cuidados de longa duração no contexto da velhice avançada, o que possivelmente levaria à redução da probabilidade dos idosos com declínio cognitivo se tornarem hiper frequentadores de serviços de atenção hospitalar. O centro dessas intervenções constitui-se na família, na pessoa idosa, nos profissionais e na comunidade, de forma a fornecer instrumentos para um cuidado qualificado e humanizado⁽²³⁻²⁴⁾

Conforme os dados apresentados, grande parcela dos idosos referiram-se como SUS dependentes e, nesse contexto, o desafio da assistência à velhice avançada torna-se ainda maior. Articular a rede de serviços às demandas assistenciais e de cuidados tem sido alvo das

políticas de atenção à saúde da pessoa idosa, por meio da implantação de linhas de cuidado, qualificação das equipes de saúde, interlocução com os municípios e aplicação da Caderneta da Pessoa Idosa. Contudo, desafios operacionais são documentados⁽²⁵⁾. Tornam-se necessários mais investimentos e mais programas devem ser delineados, de forma a integrar uma rede de cuidados socioassistenciais e de cuidados integrais à pessoa idosa.

Os dados apresentados no presente estudo contribuem para conhecer as necessidades e as condições de vida e de saúde de idosos longevos com limitações cognitivas, de forma a discutir medidas de prevenção em saúde e a promoção de cuidados direcionados a esse público. Apesar das contribuições, este estudo possui como limitações: amostra obtida por conveniência, avaliada em contexto ambulatorial (com mais demandas de saúde); em alguns casos, o familiar (cuidador direto ou informante) pode ter minimizado as situações de dependência do idoso, o que pode ter configurado um viés de resposta importante quanto aos dados de dependência funcional e de uso e acesso aos serviços de saúde; e, por fim, o protocolo de pesquisa não previa questões a respeito da qualidade da interação entre os membros dos arranjos domiciliares.

CONCLUSÕES

Na investigação proposta, houve associação entre declínio cognitivo, pior desempenho nas ABVD e maior prevalência de hospitalização no último ano. Com base nesses resultados, torna-se necessário examinar como a rede de atenção em saúde se configura em dispositivos de amparo e cuidados aos idosos longevos, e as possibilidades de atenção e de efetivação de políticas públicas para melhoria das condições de saúde desse segmento. Para isso, novos estudos justificam-se na busca por fomentar na cultura brasileira uma literatura mais abrangente sobre idosos longevos, em seus diferentes contextos e com análises cada vez mais Gerontológicas no que se refere a esses idosos. Busca-se, nesse sentido, uma atenção à saúde do idoso que respeite as suas peculiaridades, enquanto idosos, e suas heterogeneidades, enquanto sujeitos únicos.

REFERÊNCIAS

1. Neri AL, Borim FSA, Assumpção D. Octogenários em Campinas: Dados do Fibras 80+. Campinas: Editora Alínea; 2019.
2. Cesário LMS, Chariglione IPFS. A percepção de familiares cuidadores frente às mudanças ocorridas após um diagnóstico de demência. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2018 [acesso em: 27

- dez. 2019];21(6):743-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180123>.
3. Gutierrez BAO, Silva HS, Guimarães C, Campino AC. Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos? Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2014 [acesso em: 20 dez. 2019];19(11):4479-86. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-812320141911.03562013>.
 4. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer report 2015 - the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. [Internet]. Londres: Alzheimer's Disease International; 2015 [acesso em: 20 dez. 2019]. 87 p. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.
 5. Phelan EA, Borson S, Grothaus L, Balch S, Larson EB. Association of Incident Dementia With Hospitalizations. JAMA [Internet]. 2012 [acesso em: 20 dez. 2019];307(2):165-72. Disponível em: <http://doi.org/10.1001/jama.2011.1964>.
 6. Silva HS, Gutierrez BAO. Care complexity in hospitalized elderly according to cognitive performance. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em: 27 dez. 2019];72(Suppl 2):134-9. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0357>.
 7. Morrisby C, Joosten A, Ciccarelli M. Do services meet the needs of people with dementia and carers living in the community? A scoping review of the international literature. Int Psychogeriatrics [Internet]. 2018 [acesso em: 27 dez. 2019];30(1):5-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1041610217001491>.
 8. Folle AD, Shimizu HE, Naves JOS. Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [acesso em: 27 dez. 2019];50(1):79-85. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100011>.
 9. Nascimento PPP, Yassuda MS. Cognição. In: Neri AL, Borim FSA, Assumpção D. Octogenários em Campinas: Dados do Fibra 80+. Campinas: Editora Alínea; 2019. p. 57-70.
 10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
 11. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA [Internet]. 1963 [acesso em: 27 dez. 2019];185(12):914-9. Disponível em: <http://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.
 12. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Internet]. 2003 [acesso em: 27 dez. 2019];61(3B):777-81. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.
 13. Oliveira MCGM, Salmazo-Silva H, Gomes L, Moraes CF, Alves VP. Elderly individuals in multigenerational households: Family composition, satisfaction with life and social involvement. Estud. psicol. (Campinas). [Internet] 2020 [acesso em: 27 dez. 2019];37:e180081. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e180081>.
 14. Oliveira SFD, Duarte YAO, Lebrão ML, Laurenti R. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. Saude soc. [Internet]. 2007 [acesso em: 27 dez. 2019];16(1):81-9. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100008>.
 15. Guimarães HC, Cascardo JL, Beato RG, Barbosa MT, Machado TH, Almeida MA, et al. Features associated with cognitive impairment and dementia in a community-based sample of illiterate elderly aged 75+ years: The Pietà study. Dement. neuropsychol. [Internet]. 2014 [acesso em: 27 dez. 2019];8(2):126-31. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1980-57642014DN82000007>.
 16. Fuentes P, Albala C. An update on aging and dementia in Chile. Dement. neuropsychol. [Internet]. 2014 [acesso em: 20 dez. 2019];8(4):317-22. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1980-57642014DN84000003>.
 17. Falvey JR, Burke RE, Levy CR, Gustavson AM, Price L, Forster JE, et al. Impaired Physical Performance Predicts Hospitalization Risk for Participants in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Phys Ther [Internet]. 2019 [acesso em: 27 dez. 2019];99(1):28-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ptj/pyz127>.
 18. Zhu CW, Cosentino S, Ornstein K, Gu Y, Andrews H, Stern Y. Use and cost of hospitalization in dementia: longitudinal results from a community-based study. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2015 [acesso em: 20 dez. 2019];30(8):833-41. Disponível em: <http://doi.org/10.1002/gps.4222>.
 19. Harding AJE, Morbey H, Ahmed F, Opdebeek C, Lasrado R, Williamson PR, et al. What is important to people living with dementia?: the 'long-list' of outcome items in the development of a core outcome set for use in the evaluation of non-pharmacological community-based health and social care interventions. BMC Geriatr [Internet] 2019 [acesso em: 27 dez. 2019];19:94. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1103-5>.
 20. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. Rev. saúde pública

- [Internet]. 2019 [acesso em: 27 dez. 2019];52(Suppl 2):9s. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650>.
21. Marcoux V, Chouinard M-C, Diadiou F, Dufour I, Hudon C. Screening tools to identify patients with complex health needs at risk of high use of health care services: A scoping review. PLoS ONE [Internet]. 2017 [acesso em: 20 dez. 2019];12(11):e0188663. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188663>.
 22. Griffith LE, Gruneir A, Fisher K, Panjwani D, Gandhi S, Sheng L, et al. Patterns of health service use in community living older adults with dementia and comorbid conditions: a population-based retrospective cohort study in Ontario, Canada. BMC Geriatr [Internet] 2016 [acesso em: 20 dez. 2017];16:177. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0351-x>.
 23. Franciulli SE, Ricci NA, Lemos ND, Cordeiro RC, Gazzola JM. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2007 [acesso em: 20 dez. 2019];12(2):373-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200013>.
 24. Souza LR, Hanus JS, Dela Libera LB, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. Cad. saúde colet. [Internet]. 2015 [acesso em: 27 dez. 2019];23(2):140-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>.
 25. Costa NRCD, Aguiar MIF, Rolim ILTP, Rabelo RPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. Rev Pesq Saúde [Internet]. 2015 [acesso em: 20 dez. 2019];16(2):95-101. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239>.

