**Associação entre declínio cognitivo e funcional em idosos hospitalizados: uma revisão INTEGRATIVA**

**Association between cognitive and functional decline in hospitalized elderly: an integrative review**

**Asociación entre declinación cognitiva y funcional en ancianos hospitalizados: una revisión integrativa**

**Introdução:** O declínio cognitivo e funcional constitui em importantes preditores de fragilidade em idosos. Isso justifica a necessidade de se investigar a existência de associação direta entre cognição e capacidade funcional no contexto da hospitalização. **Objetivo:** levantar qual a associação entre declínio cognitivo e funcional em idosos hospitalizados. **Metodologia:** revisão integrativa realizada no SCIELO, LILACS, COCHRANE e PUBMED, no período de 2014 a julho de 2016, a partir das estratégias de busca “elderly AND hospitalization”, “elderly AND hospitalization AND functional decline” ou “elderly AND hospitalization AND cognition” nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram encontrados 36 artigos publicados entre 2009 e 2015, porém apenas 13 preencheram os critérios de inclusão. **Resultados:** todos os artigos citaram a existência de associação entre declínio cognitivo e funcional em idosos durante a hospitalização apenas dois estudos apresentaram – no método – significância na correlação estatística. Dependendo do tipo de estudo, os resultados mostraram-se contraditórios. Estudos transversais, alguns longitudinais, um ensaio clínico e um coorte prospectivo apontaram que as funções cognitivas apresentaram maior declínio no momento da admissão hospitalar, bem como existência de declínio funcional prévio às 48 horas da hospitalização com melhora na alta. Resultados diferentes, em grande parte estudos coortes – descritivos e prospectivos – mostraram a existência de declínio cognitivo e funcional ou piora do quadro após 48 horas da admissão sem recuperação pós-alta. **Conclusão**: os estudos confirmaram a associação entre cognição e capacidade funcional no idoso hospitalizado, apesar de difernenças quanto ao início do comprometimento.

**PALAVRAS CHAVES**: Hospitalização, idoso, cognição, atividades cotidianas

**RESUMEN**

Introducción: Declive cognitivo y funcional son importantes predictores de fragilidad en ancianos, lo que justifica la necesidad de investigación de asociación directa entre cognición y capacidad funcional en la hospitalización. Objetivo: levantar la asociación entre declinación cognitiva y funcional en ancianos hospitalizados. Metodología: revisión integrativarealizada en SCIELO, LILACS, COCHRANE y PUBMED, en el período de 2014 a julio de 2016, a partir de las estrategias de búsqueda "idos AND hospitalización", "idos AND hospitalización AND" hospitalización AND cognition "en los idiomas inglés, español y portugués. Se encontraron 36 artículos publicados entre 2009 y 2015, pero sólo 13 cumplieron los criterios de inclusión. Resultados: los artículos citaron la existencia de asociación entre declinación cognitiva y funcional en ancianos durante la hospitalización, pero sólo dos estudios presentaron, en el método, significancia en la correlación estadística. Dependiendo del tipo de estudio, los resultados se mostraron contradictorios. Estudios transversales, algunos longitudinales, un ensayo clínico y una cohorte prospectiva apuntaron que las funciones cognitivas presentaron mayor declinación en el momento de la admisión hospitalaria, así como existencia de declinación funcional anterior a las 48 horas de la hospitalización con mejoría en la alta. Resultados diferentes, en gran parte estudios cohortes, descriptivos y prospectivos, mostraron existencia de declinación cognitiva y funcional o empeoramiento del cuadro después de 48 horas de la admisión sin recuperación post-alta. Conclusión: los estudios confirmaron asociación entre cognición y capacidad funcional en el anciano hospitalizado, a pesar de difernes en cuanto al inicio del compromiso.

**PALABRAS CLAVES**: Hospitalización, anciano, cognición, actividades cotidianas

**ABSTRACT**

**Introduction:** Cognitive and functional decline are important predictors of frailty in the elderly, which justifies the need to investigate the existence of a direct association between cognition and functional capacity in the context of hospitalization.**Objective:** to raise the association between cognitive and functional decline in hospitalized elderly. **Methodology**: A integrative review conducted in SCIELO, LILACS, COCHRANE and PUBMED in the period 2014 to July 2016, from the search strategies "elderly AND hospitalization", "elderly AND hospitalization AND functional decline" or "elderly AND hospitalization aND cognition "in English, Spanish and Portuguese. They found 36 articles published between 2009 and 2015, but only 13 met the inclusion criteria. **Results:** All items cited the existence of an association between cognitive and functional decline in the elderly during hospitalization, but only two studies showed the significance in statistical correlation method. Depending on the type of study, the results were conflicting. Cross-sectional studies, some longitudinal, a clinical trial and a prospective cohort study showed that cognitive function showed further decline at the time of hospital admission, and existence of functional decline prior to 48 hours of hospitalization with improved high. Much of differents results of the cohort, descriptive and prospective studies have shown the existence of cognitive and functional decline or worsening of symptoms after 48 hours of admission without post-discharge recovery. **Conclusion:** The study confirmed the association between cognition and functional ability in the hospitalized elderly, despite the differences in the beginning of impairment.

**KEYWORDS:**Hospitalization, elderly, cognition, activities of daily living

**INTRODUÇÃO**

O processo de envelhecimento é um fenômeno que gera mudanças significativas nos padrões de morbimortalidade. Muitas pessoas, quando chegam a esse estágio da vida passam a enfrentar o impacto de doenças crônicas não transmissíveis, sua consequente fragilidade e a temida dependência ocasionada especialmente pelas síndromes geriátricas¹.

Nas últimas décadas, o envelhecimento tem sido estudado – no contexto da hospitalização – por se tratar de um evento complexo que ocorre num momento de fragilidade, quando o idoso é retirado do seu contexto e do convívio familiar e social, e transferido para um ambiente não familiar. Isso, somado à sua condição aguda, pode comprometer sua capacidade funcional, gerando declínio.

O declínio funcional em idosos hospitalizados é entendido como a perda da capacidade de realizar ao menos uma atividade de vida diária de forma independente no ambiente hospitalar, como: banhar-se, vestir-se, levantar do leito e sentar na poltrona, fazer a higiene, comer ou andar pela enfermaria. Nos Estados Unidos, ao menos 30% dos pacientes idosos acima de 70 anos, hospitalizados por doença aguda, receberam alta com declínio funcional que não existia anteriormente à hospitalização².

Outra alteração comum ao paciente idoso hospitalizado é a presença de declínio cognitivo. Esse pode ocorrer devido a agravos no estado geral de saúde e/ou como um sinal de doença crônica ou aguda, caracterizando-se mais comumente por alterações das funções executivas, atenção e memória³.

Estudos relatam que o declínio cognitivo em pacientes idosos pode levar à incapacidade de realizar atividades de vida diária. Por exemplo, em uma pesquisa realizada em 2002 – nos EUA – o declínio cognitivo foi identificado como um fator preditivo do declínio funcional4. Dados similares foram encontrados em pacientes italianos que desenvolveram declínio cognitivo durante a hospitalização e apresentaram chances 15 vezes maiores de desenvolver declínio funcional nas atividades da vida diária, quando comparados a idosos sem declínio5.

Estas questões demandam a necessidade de compreender melhor qual a associação entre o declínio cognitivo e funcional no idoso hospitalizado. Embora vários estudos com essa população tenham buscado identificar e compreender a existência das duas variáveis enquanto fatores de risco para um bom prognóstico, permanece a lacuna sobre a existência de associação direta entre cognição e capacidade funcional no contexto da internação hospitalar.

Esta revisão buscou – primeiramente – levantar se os estudos realizados no período dos últimos seis anos evidenciam a existência de associação entre declínio cognitivo e funcional no idoso hospitalizado; segundo, em que momento da hospitalização é mais frequente identificar estas alterações: se na admissão, alta ou pós-alta.

**MÉTODO**

A revisão integrativa da literatura foi realizada de fevereirode 2014 a julho de 2016, nas bases de dados Scielo, Lilacs, Cochrane e Pubmed, com as seguintes estratégias de busca: “elderly AND hospitalization”, “elderly AND hospitalization AND functional decline” ou “elderly AND hospitalization AND cognition” e seus correspondentes em português, com exceção da base de dados Pubmed e Cochrane.

Foram considerados critérios de inclusão para seleção de artigos: 1) artigos originais que utilizaram avaliação cognitiva e/ou funcional de idosos hospitalizados com instrumentos padronizados; 2) artigos completos publicados entre 2009 e julho de 2016; 3) artigos disponíveis nos idiomas espanhol, português e inglês.

Foram excluídos os estudos em que não foi possível acessar os textos completos; que não continham avaliação cognitiva e/ou funcional no desenho do estudo; publicações em outros idiomas que não o inglês, espanhol e português; com participantes que não foram hospitalizados; em que abrangiam faixa etária inferior a 60 anos.

As bases de dados foram consultadas por dois revisores independentes que consideraram a qualidade metodológica dos estudos, priorizando desenhos de estudos coortes e ensaios clínicos randomizados; porém – devido à identificação de apenas um ensaio clínico nas quatro bases de dados selecionadas – foi necessário incluir estudos transversais e longitudinais nesta revisão. Não foram incluídas revisões.

A pesquisa na base de dados Scielo retornou 93 artigos, dos quais 11 foram selecionados pelo resumo, mas apenas 2 atenderam aos critérios de inclusão. Estes artigos também apareceram na base de dados Pubmed e Lilacs. A pesquisa na Pubmed retornou um total de 471 artigos, sendo 18 selecionados para avaliação e 9 incluídos nesta revisão após eliminação da duplicidade. A base Lilacs retornou apenas 10 artigos, dos quais 7 foram selecionados; 2 utilizados. A base de dados Cochrane retornou 13 publicações, sendo apenas uma selecionada para análise, porém, por se tratar de um estudo de revisão, não preencheu os critérios de inclusão. A seleção dos artigos utilizados para elaboração deste estudo está localizada na figura 1:

**Figura 1:** Processo de seleção dos artigos

Foram identificados 37 artigos selecionados pelo resumo nas bases de dados

Total de 13 artigos selecionados para revisão

24 artigos foram excluídos de acordo com os critérios de inclusão/exclusão após leitura completa

Restaram 13 artigos completos avaliados por 2 revisores

2 estudos transversais, 5 estudos longitudinais, 5 coortes prospectivos e 1 ensaio clínico randomizado

Os artigos eletivos foram analisados segundo os padrões demográficos de amostra, as diferentes metodologias utilizadas e os resultados apresentados, totalizando três categorias de análise.

**RESULTADOS**

Do total da busca, nota-se que a maioria dos artigos foi publicada em 2010 (n=5), 2015 (n=3), 2014 (n=2), 2009 (1), 2011 (1) e 2012 (1).

Quanto à origem dos estudos, destaca-se que a maioria trata-se de pesquisa de países europeus: Holanda (n=2), Alemanha (n=2), Espanha (n=2) e Lituânia (n=1), 3 estudos são brasileiros e os demais são de Taiwan, Austrália e Estados Unidos, com uma publicação cada.

No que tange à metodologia, a maioria possui desenho de coorte prospectivo e estudos observacionais longitudinais: somente um artigo se caracteriza por ser um ensaio clínico randomizado.

Os instrumentos mais utilizados nos estudos foram o Mini Exame do Estado Mental, citado em 8 pesquisas. O índice de Katz apareceu em 5 publicações, o índice de Barthel em 4 e a escala de Lawton & Brody em 2 estudos. Os demais instrumentos padronizados foram citados somente uma vez em cada artigo, sendo esses a Medida de Independência funcional, o Cognitive Abilities Screening Instrument, o Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly-Short Form, o Red Cross Mental Scale e os Questionários Inter RAI Acute Care and Long-Term Care Facilities.

A MIF – no Brasil – foi validada em pacientes ambulatoriais e demonstrou maior sensibilidade para domínios motores do que cognitivos14; o CASI foi avaliado em um estudo piloto15realizado no Japão e nos Estados Unidos e demonstrou boa aplicabilidade transcultural, porém uma revisão sistemática16 de 2006 relata que o mesmo apresenta baixa especificidade para algumas amostras. Sua versão reduzida foi validada no Brasil17 – em pacientes com Alzheimer – e demonstrou sensibilidade de 76,7 % e especificidade de 86,5%.

O IQCODE-SF é um questionário para detecção do declínio cognitivo com base no relato do informante e o mais amplamente utilizado na avaliação de idosos, mas tem um desempenho variável entre os estudos16. Sua validação e adaptação transcultural também já foi realizada no Brasil18.

Por fim, os questionários InterRAI-AC/LTCF são instrumentos não validados para população brasileira até então, que têm como objetivo a avaliação de indicadores de fragilidade de idosos hospitalizados, sendo a avaliação cognitiva e funcional apenas parte de uma avaliação geral11 Na Tabela 1 pode-se observar a caracterização dos estudos.

Todos os artigos levantados realizaram análise sociodemográfica e clínica. Somando-se as amostras dos estudos, totalizam-se 9.331 idosos avaliados, sendo 53,5% mulheres (n=5000), com média de idade de 81.1 anos. Os diagnósticos realizados na hospitalização apontaram que as doenças do coração e sistema circulatório são as mais prevalentes e apareceram em 35,6% dos idosos. Disfunções do sistema respiratório vieram em seguida com 20,7% dos casos, seguido do sistema endócrino com 7,2%, doenças neurológicas com 6,6% e intercorrências gastrointestinais com 5,7% dos diagnósticos.

Quanto à faixa etária das amostras, somente os estudos de Cristo e Pernambuco6 e Pereira e cols7 incluíram – em seus desenhos – idosos com 60 anos ou mais; Lourenço e cols8 e Kruse e cols19, só incluíram idosos com 80 anos ou mais. Os demais estudos incluíram pessoas com 65 anos ou mais.

Não foi viável realizar uma média de escolaridade em anos de estudos completos para todas as publicações, pois algumas pesquisas não realizaram levantamento desse dado9,10,11. O restante indicou uma média dos anos de estudos completos3,7,12 ou classificou a amostra em analfabetos/com baixa escolaridade ou média/alta escolaridade6,8 sem especificar o tempo em anos que essas pessoas estudaram ou frequentaram a escola.

Os estudos divergiram quanto ao momento em que ocorre o declínio cognitivo e/ou funcional. Algumas publicações apontam que o idoso se encontra em declínio desde a pré-admissão9,10,12, sendo importante estar atento dias antes da internação. Outros destacam que tal declínio corre na admissão12,13,19, deteriorando ainda mais durante a hospitalização. Apenas uma publicação apontou, isoladamente, a admissão7 como momento de piora e três artigos destacaram a alta como momento em que essa piora ocorre3,21,22, muitas vezes resultando na mortalidade. O Estudo de Chen e cols13 salientou que o declínio inicia na admissão com deterioração na alta. Outros 2 autores não relataram diretamente associação entre declínio cognitivo e funcional e sua possível relação com mortalidade7, 8.

**Tabela 1:** Caracterização dos estudos

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOR** | **TIPO DE ESTUDO** | **AMOSTRA** | **INSTRUMENTOS** | **PERÍODO DAS AVALIAÇÕES** | **RESULTADOS PRINCIPAIS:**  **RELAÇÃO HOSPITALIZAÇÃO X DECLINIO COGNITIVO X DECLINIO FUNCIONAL** |
| Cristo GO, Pernambuco ACA; 2009 | Estudoobservacional prospectivo longitudinal | N=49 | MEEM,  Índice de Katz, Escala de Lawton | Pré-admissão hospitalar | Idade igual ou maior que 70 é um fator determinante para o declínio funcional. Declínio cognitivo não é um fator de risco para mortalidade hospitalar, pois o risco de mortalidade está mais associado com a perda funcional. |
| Pereira EEB, et al; 2014 | Estudo observacional transversal analítico | N=94 | MEEM  Índice de KATZ, Escala de Lawton & Brody,  GDS-15,  TUG,  ASHA  FACS | Primeira semana de hospitalização | Correlação entre desempenho funcional e cognição demonstrou uma associação moderada e significativa (quanto menor o MEEM, maior a pontuação nas ABVDs e menor nas AIVDs). |
| Mudge AM. O’rourke P, Denaro CP; 2010 | Ensaio clínico randomizado | N=615 | Índice de Katz modificado | Antes, durante e após hospitalização | Declínio funcional pré-hospitalização ocorreu em 64% dos idosos. Apenas 7% dos idosos apresentaram declínio funcional durante a hospitalização, incluindo os idosos independentes na avaliação pré-admissional, e os que apresentaram piora no nível da independência funcional durante a hospitalização. Não se menciona diretamente o declínio cognitivo. |
| Hoogerduijn JG, et al; 2012 | Coorte prospectivo | N=492 | Indice de Katz e o MEEM | após 48h da hospitalização e após três meses da admissão | No total, 70% dos idosos foram identificados como pacientes em risco e 35% vivenciou declínio funcional após 48 horas de hospitalização e permaneceram com declínio após três meses de acompanhamento. |
| Lourenço, TM, et al; 2014 | Estudo quantitativo transversal | N=116 | MIF e o MEEM | Primeiras 48h  de hospitalização | A pontuação da Medida de Independência Funcional total variou de 48 a 126, com a média de 105,9% (±17,9), o que representa uma amostra de idosos hospitalizados com independência funcional. Não houve declínio na MIF motora, ao contrário da MIF cognitiva. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [Spirgiene L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Spirgiene%2520L%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=20516771), et al; 2010 | Estudo observacional,prospectivo longitudinal | N=151 | InterRAI-AC  e  InterRAI-LTCF | 3 dias antes da admissão durante as primeiras 24h de hospitalizaçãoe 24h apó alta | As funções cognitivas dos idosos internados foram significativamente mais prejudicadas no momento da admissão, em comparação com a alta, possivelmente devido à condição clínica e o declínio funcional. Declínio funcional e prejuízo da autonomia (cognição e humor) podem contribuir para a readmissão. |
| Chen CCH, et al; 2010 | Coorte prospectivo | N=291 | Pacientes foram avaliados com o MEEM | Avaliação na admissão e 3 e 6 meses após alta. | A média de pontuação do MEEM diminuiu ao longo do tempo desde a admissão, sendo que pacientes mais velhos que tiveram declínio cognitivo persistente também apresentaram declínio funcional durante a hospitalização e maior número de readmissões. |
| Ehlenbach WJ, et al; 2010 | Coorte prospectivo | N=2929 | Avaliação cognitiva com CASI. | A avaliação ocorreu a cada 2 anos, Sendo realizada 45 dias após a alta nos casos hospitalizados | Entre os idosos não hospitalizados foram identificado 146 casos de demência, um total de 14.6 casos a cada 1000 pessoas por ano. Em comparação com o número de idosos que foram hospitalizados, esse número aumenta para 33.6 casos, expondo, assim, forte associação entre cuidados agudos, internações e declínio cognitivo. |
| Buurman, B.M, et al; 2011 | Coorte prospectivo multicêntrico | N=639 | CGA  MEEM  Índice de Katz  IQCODE - SF  CAM  ICD-9 | Até 48h da admissão hospitalar e 1 ano após a admissão | O prejuízo cognitivo na admissão estava presente em 40% dos pacientes; na alta, esse percentual foi de 54%. Após um ano, 33% apresentaram declínio funcional e 26% apresentaram prejuízo cognitivo.  A presença de desnutrição, o risco de queda, o delirium e a dependência em AIVD foram significativamente associados com maiores taxas de mortalidade um ano após a internação hospitalar. |
| Kruse WF, Neumann L, Klugmann B, Liebetrau A, Golgert S, et al; 2015 | Estudo coorte prospectivo  LUCAS | N=2084 | Índice de Barthel  MEEM  Teste do relógio  TUG  Teste de Tinetti | A partir de 48h de hospitalização e na alta | Apenas um em cada 10 pacientes não apresentou critério formal para comprometimento cognitivo na admissão hospitalar, identificando-se associação com a multimorbidade. Porém, houve melhora da capacidade funcional na alta. |
| Bordine S, Schulz RJ, Zank R; 2015 | Estudo longitudinal retrospectivo | N=646 | Índice de Barthel  Teste de Tinetti  MEEM | Admissão, alta e 2-5 meses após alta | Houve melhora da capacidade funcional, mobilidade e cognição no pós-alta em comparação à apresentada na admissão hospitalar. O estado cognitivo e funcional prévio é preditor de independência para as AVDs. |
| Lendinez, AJC, Hidalgo PLP, Fernandéz FPG, Garcia MIC, Díaz MCJ, Dávila RV; 2010 | Estudo descritivo  Prospectivo | N=190 | Índice de Barthel | Admissão e alta | Houve piora da capacidade funcional na alta. Em idosos com idade inferior a 85 anos, a perda da capacidade funcional foi de 16% e em idosos longevos chegou a 67,5%. |
| Sierra MC, Lañarraga AC, Velilla MN, Mitxeltorena IV, Herce PA, Plou BP, et al; 2015 | Estudo observacional prospectivo | N=924 | Índice de Barthel  RCMS  Teste de Pfeiffer | Admissão e alta | Houve piora da capacidade funcional e cognitiva na alta. |

*AVD= atividade de vida diária; AIVD= atividade instrumental de vida diária; MEEM= Mini Exame do Estado Mental; GDS-15=escala de depressão geriátrica de Yesavage; TUG= teste Time up and go; ASHA FACS= Avaliação Funcional de Habilidades e de Comunicação da Associação Americana de Fonoaudiologia; MIF= Medida de Independência Funcional; InteRAI-AC/LTCF= Questionários Inter RAI Acute Care and Long-Term Care Facilities; CASI= cognitive abilities screening instrument; CGA= avaliação geriátrica ampla sistematizada; IQCODE-SF= Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly-*  
*Short Form, CAM= Confusion Assessment Method , ICD-9= International Classification of Disease, 9th Revision; RCMS= Red Cross Mental Scale.*

**DISCUSSÃO**

Esta revisão teve como objetivo analisar se os estudos realizados no período dos últimos seis anos confirmam a existência de associação entre declínio cognitivo e funcional como fator de risco – para o idoso hospitalizado – e se convergem quanto ao momento da hospitalização em que o declínio ocorre.

Observou-se que todos os estudos analisados apontaram a existência de associação entre a internação e o declínio cognitivo e funcional durante a hospitalização do idoso, porém apenas um estudo brasileiro7 apresentou correlação estatística moderada de 0,630 entre as duas variáveis (ver Tabela 1).

Quanto ao momento da hospitalização, os estudos apresentaram diferentes resultados, sendo esses analisados de acordo com suas convergências e metodologias.

A maior parte dos estudos, sendo 2 de desenho transversal7,8, 3 observacionais longitudinais6,11,20, 1 coorte prospectivo19 e 1 ensaio clínico randomizado9, convergem quanto à ocorrência de declínio funcional e cognitivo no início da internação hospitalar, considerando os momentos da pré-admissão e admissão. Estes autores sugerem um estado funcional prévio ao da hospitalização com presença de declínio, poucos dias antes da internação, possivelmente em decorrência da condição clínica aguda.

Destaca-se o resultado do estudo coorte “LUCAS”19 e o ensaio clínico randomizado9, por serem considerados os estudos de melhor evidência clínica. O ensaio clínico randomizado teve como objetivo comparar alterações funcionais apresentadas na pré-hospitalização com alterações manifestadas durante a hospitalização; assim, identificar fatores de risco associados a mudanças na funcionalidade de idosos australianos.

Seus resultados apontaram para uma tendência ao declínio funcional no início da hospitalização. A partir disso, os autores sugerem que as intervenções devem visar à recuperação do declínio funcional prioritariamente entre aqueles que apresentam o declínio na pré-admissão;, propondo – então – uma classificação de risco para funcionalidade.

O estudo coorte “LUCAS”19, realizado com uma população de 2084 idosos alemães, identificou que nove – em cada dez pacientes – apresentaram algum critério formal para comprometimento cognitivo durante avaliação na admissão hospitalar, combinado com déficit funcional. A pesquisa revelou que os tratamentos aos quais foram submetidos na hospitalização foram associados a uma melhoria do seu estado funcional na alta.

Cristo e Pernambuco6 citam ainda que o declínio funcional em idosos, identificado no início da hospitalização, apresentou associação estatística significativa com a mortalidade hospitalar, ao contrário do declínio cognitivo não considerado fator de risco para óbito. Apesar dos resultados divergentes encontrados a partir da associação das duas variáveis de desfecho com os índices de mortalidade hospitalar, os autores ressaltam que o declínio cognitivo apresenta associação com o declínio funcional; sendo – portanto – importantes indicadores de morbimortalidade no público idoso.

Em contrapartida, os estudos restantes, sendo a maioria coortes prospectivos3,10,12,13, relataram a ocorrência de declínio cognitivo e funcional durante a hospitalização (ambiente de risco) com piora no pós-alta. Burrman et. al12 identificaram declínio funcional em 33% dos idosos e declínio cognitivo em 26% da amostra de 639 pacientes avaliados após 48 horas da admissão e em um ano pós-alta. Não foi realizada correlação entre as variáveis.

Os achados de Hoogerduijn et al.10 corroboram com o resultado de outro estudo12 ao descreverem a ocorrência de declínio funcional em 35% da amostra de 492 idosos avaliados, também após 48 horas da hospitalização com permanência do comprometimento três meses após a alta.

O mesmo foi discutido por Chen et al.13 que classificaram o declínio cognitivo em persistente e transitório e identificaram 35.3% dos pacientes com comprometimento cognitivo persistente, durante a hospitalização, com piora após a alta e 27.5% com comprometimento cognitivo transitório com melhora no pós-alta.

Elenbach et al3 concordam com esses resultados em seu estudo coorte, apontando riscos durante a internação. Nesse estudo, os autores compararam casos de demência em idosos hospitalizados e não hospitalizados. Descrevem que – em 13 anos de pesquisa – houve 14.6 casos de demência a cada 1000 pessoas por ano. Quando comparado com idosos que foram hospitalizados, o número de casos diagnosticados sobe para 33.6. Os autores afirmam que a hospitalização é um importante marcador para declínio cognitivo ou demência que não tenha sido diagnosticada anteriormente.

Outro ponto de diferença de resultados, apresentado por dois estudos11,13, ocorre ao descreverem qual tipo de declínio se manifesta primeiro. Spirgiene et al11 apontaram o declínio cognitivo como condição secundária ao declínio funcional já presente, sugerindo que o comprometimento funcional leva ao comprometimento cognitivo como consequência. Ao contrário de um estudo13 realizado com idosos de Taiwan por dois anos em que o autor discutiu o declínio cognitivo como preditor do declínio funcional, junto com o fator idade avançada.

Esta diferença pode ter ocorrido devido às características heterogêneas das amostras (população lituana e chinesa), porém também pode estar relacionada com as diferentes metodologias dos estudos. A investigação foi feita – primeiramente – por meio de um estudo observacional longitudinal; posteiormente, valendo-se de um coorte prospectivo: ambos considerados não casualizados; portanto, apresentam a incidência do fenômeno e limitam-se a associações.

Uma explicação alternativa para os diferentes resultados encontrados pode se dar por meio da escolha dos instrumentos avaliativos. Apesar de haver predominância do MEEM, índice de Katz e índice de Barthel para avaliação dos idosos hospitalizados, outros instrumentos foram utilizados na coleta de 3 estudos a exemplo da MIF, IQCODE-SF e CAM (Tabela 1).

A heterogeneidade dos instrumentos utilizados em 5 dos 13 estudos, incluindo o estudo de Spigierne et al11, pode ter repercutido nos resultados, assim como as características das amostras e as metodologias aplicadas; porém, dentre os fatores apresentados, parece ser o de menor impacto devido à pouca variabilidade na seleção dos instrumentos.

Assim, as informações analisadas mostram que – apesar da unanimidade entre os autores ao afirmarem a existência de associação entre declínio cognitivo e funcional – o mecanismo desta associação ainda não é claro, e o momento de realização das avaliações (pré, durante e após a hospitalização) – que variaram de acordo com as diferentes metodologias – parece interferir na identificação dos resultados.

Outro importante resultado observado foi a identificação de apenas 3 estudos realizados com a população brasileira6,7,8 (1 estudo longitudinal e 2 transversais) que – junto com a pesquisa realizado na China13 – somam 4 estudos desenvolvidos em países de economia emergente. Os 9 restantes foram realizados em países desenvolvidos sob o contexto de serviços de saúde de boa qualidade, o que também pode ter repercutido nas amostras.

Não foi possível, portanto, inferir qual a melhor metodologia para identificação deste fenômeno associativo, dado o grande número de metodologias diferenciadas, promovendo grande variabilidade na coleta de dados, bem como estudos sem descrição de valores de correlação entre as variáveis estudadas. Isso também limitou a análise estatística dos resultados, restringindo-as à interpretação dos achados descritos nos estudos. Porém, notou-se que a associação entre declínio cognitivo e funcional está longe de ser um tema obsoleto, pois pesquisas recentes têm buscado responder qual declínio predispõe ao outro, apontando novos caminhos para investigação deste fenômeno6,11,13.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta revisão encontrou achados de estudos anteriores que apontam uma associação entre o declínio cognitivo e o declínio funcional em idosos submetidos à internação hospitalar. A maioria dos resultados sugere que o ambiente hospitalar é um fator de risco para piora do declínio funcional, podendo gerar ou potencializar o declínio cognitivo nesta população, principalmente devido ao risco de imobilidade, polifarmácia, infecções, múltiplas comorbidades e privação de estímulos sensoriais.

Consideram-se estes aspectos, importantes fatores de risco para o desenvolvimento de síndromes geriátricas fortemente relacionadas à hospitalização e mortalidade nesse público. Porém, os estudos divergemm quanto ao período de manifestação do declínio no idoso – seja cognitivo, seja funcional – sugerindo que esses podem ocorrer dias antes da admissão, com piora no decorrer da hospitalização ou durante a hospitalização com piora após a alta.

Não foi possível afirmar causalidade direta entre a internação hospitalar e a existência dos declínios nas associações discutidas devido à limitação metodológica de parte dos artigos analisados, bem como ao pequeno número de publicações eletivas para esta revisão. Tal fato sugere que sejam feitos, – futuramente – estudos com a inclusão de outras bases de dados para ampliar as possibilidades de busca e comparação de resultados com desenhos metodológicos de maior evidência.

Por fim, todos os artigos apontam para a necessidade de mais estudos que busquem investigar a associação entre cognição, capacidade funcional e hospitalização, com objetivo de delimitar qual variável causa ou potencializa a outra. Assim, esta revisão corroborou informações para o delineamento de pesquisas futuras; principalmente, com discussões que remetem ao planejamento da intervenção multiprofissional focada na identificação precoce de fatores de risco à saúde do idoso hospitalizado.

**Referências**

1.Pimenta, FAP; Bicalho, MAC; Silva, MAR; Moraes, EM; Rezende, NA. **Doenças crônicas, cognição, declínio funcional e Índice de Charlson em idosos com demência.**Rev. Assoc. Med. Bras. 2013; 59(4):326-334.

2.Covinsky, KE; Pierluissi, E; Johnston, CB. **Hospitalization-Associated disability “She was probably able to ambulate, but I’m not sure”**. The Jour of Amer Med Association. 2011; 306(16): 45-29.

3.Ehlenbach, WJ; Hough, CL; Crane, PK; Haneuse, SJ; Carson, SS; Curtis, JR et al. **Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults**. The Jour of Amer Med Association. 2010; 303(8): 763–770.

4. Mehta, KM; Yaffe, K; Covinsky, KE. **Cognitive impairment, depressive symptoms, and functional decline in older people.** Jour of the Amer Geriat Society. 2002; 50(6): 1045–1050.

5. Pedone, C; Ercolani, S; Catani, M; Maggio, D; Ruggiero, C; Quartesan, R et al**Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: the GIFA study.** Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences. 2005; 60(11): 1576–1580.

6. Cristo GO, Pernambuco ACA. **The Impact of Functional Status on Mortality of Elderly Patientes admitted to a General Hospital**. Einstein. 2009; 7(3): 266-70.

7.Pereira, EEB; Souza ABF; Carneiro SR; Sarges ESNF. **Funcionalidade global de idosos hospitalizados**. Rev Bras Geriat Gerontol. 2014; 17(1):165-176.

8. Lourenço, TM; Lenardt, MH; Kletemberg, DF; Seima, MD; Carneiro NHK. **Functional Independent of long-living elderly at hospital admission.** Text Context Nursing. 2014; 23(3): 673-9.

9. Mudge, AM; D´Reurke, P; Denaro, CP. **Timing and risk factors for functional changes associated with medical hospitalization in older patients**. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2010; 65(8): 866-872.

10. Hoogerdujin, JG; Buurman, BM; Korevaar, JC; Grobbee, DE; Roosij, SE; Schuurmans, MJ. **The prediction of functionaldecline in older hospitalized patients.** Age and Ageing. 2012; 29(10):381-387.

11. Spirgiene, L; Macijauskiené, J; Kucikiené, O; Lesauskaité U. **Assessment of cognitive function of the elderly ina a hospital and long-term care institutions**. Medicina (Kaunas).2010; 46(1):63-70.

12. Buurman, BM; Hoogerduijn, JG; Haan, RJ; Abu-Hanna, A; Lagaay, AM; Verhaar HJ et al. **Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline**. PloS One. 2011. 6(11): e26951.

13. Chen, CCH; Chang, YC; Huang, GH; Peng, JH; Tseng, CN. **Persistent Cognitive decline in older hospitalized patients in Taiwan. Journal of advanged nursing**. 2010;66(9):1991-2011.

14. Riberto, M; Miyazaki, MH; Jucá, SSH; Sakamoto H, Pinto P P N, Battistella L R. **Funcional Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência**. ACTA FISIATR. 2004; 11(2): 72-76.

15.Teng, EL; Hasegawa, K; Hamma, A; Imai, Y; Larson, E; Graves, A et al. **The Cognitive abilities Screening Instrument (CASI): A Practical Test for Cross-Cutural Epidemiological Studies of Dementia. Int Psychogeriatr**. 1994; 6(1): 45-58.

16. Cullen, B; O´Neil, B; Evans, JJ; Coen, RF; Lawlor, BA. **A review of screening tests for cognitive impairment.** J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2007; 78(8):790-9.

17. Damasceno, A; Delicio, AM; Mazo, DFC; Zullo, JFD; Scherer, P; Ng, RTY et al. **Validation of the Brazilian Version of Mini-Test CASI-S.**Arq Neuropsiquiatr. 2005;63(2-B):416-421.

18. Sanchez, MAS; Lourenço, RA. **Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil**. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(7): 1455-1465.

19. Kruse, WF; Neumann, L; Klugmann, B; Liebetrau, A; Golgert, S et al. **Geriatric Patients with Cognitive Impairment – patient characteristics and treatment results on a specialized ward**. Dtsch Arztebl Int. 2015; 112(7): 103-12.

20. Bordine, S; Schulz, RJ; Zank, R. **Effects of inpatient geriatric interventions in a German geriatric hospital.** [Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie](http://link.springer.com/journal/391). 2015; 48(4): 370-75.

21. Lendinez, AJC; Hidalgo, PLP; Fernandéz, FPG; Garcia, MIC; Díaz, MCJ; Dávila, RV. **Deteriorofuncional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas.***Gerokomos*. 2010; 21(1): 8-16.

22. Sierra, MC; Lañarraga, AC; Velilla, MN; Mitxeltorena, IV; Herce, PA; Plou, BP et al. **MultimorbidityPatterns in Geriatric Patients**. Plos One. 2015; 10(7): 1-14.