

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 01/08/2021.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Mariana Gegenheimer Bremenkamp

**AVALIAÇÃO COGNITIVA DE IDOSOS EM UMA
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DE
BOTUCATU: ESTUDO TRANSVERSAL**

Orientador: Prof. Associado Paulo José Fortes Villas Boas

Botucatu – SP
2019

Mariana Gegenheimer Bremenkamp

AVALIAÇÃO COGNITIVA DE IDOSOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DE BOTUCATU: ESTUDO TRANSVERSAL

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, no Programa de Pós-Graduação Profissional em Pesquisa Clínica, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Associado *Paulo José Fortes Villas Boas*

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Bremenkamp, Mariana Gegenheimer.

Avaliação cognitiva de idosos em uma instituição de longa permanência de Botucatu : estudo transversal / Mariana Gegenheimer Bremenkamp. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Paulo José Fortes Villas Boas
Capes: 40101002

1. Disfunção cognitiva. 2. Idoso. 3. Instituição de longa permanência para idosos. 4. Saúde do idoso institucionalizado.

Palavras-chave: Déficit cognitivo; Idoso; Instituição de longa permanência para idosos; Saúde do idoso institucionalizado.

DEDICATÓRIA

Aos meus avós, WANDELINO, MARIA SOPHIA, GUILHERME e LICINHA,
in memoriam, por terem sido os primeiros a despertarem em
mim o desejo de cuidar dos idosos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. PAULO JOSÉ FORTES VILLAS BOAS, por todo incentivo, dedicação e disponibilidade para o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pela confiança depositada.

Aos IDOSOS que me deram sua atenção, por permitirem a concretização deste estudo. A vocês, minha gratidão.

Aos FUNCIONÁRIOS DO LAR PADRE EUCLIDES, pela paciência e pelas contribuições para execução desta pesquisa.

Aos PROFESSORES DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA, pelo incentivo à busca por conhecimento e pelos ensinamentos transmitidos.

À Profa. Dra. BERTHA FURLAN POLEGATO e Profa. Dra. CRISTIANE MENDES CHILOFF pela dedicação, com considerações pertinentes durante o exame de qualificação.

Aos FUNCIONÁRIOS DA SEÇÃO TÉCNICA DE PÓS-GRADUAÇÃO pela prestatividade com que sempre me atenderam.

ÀS BIBLIOTECÁRIAS DO CAMPUS BOTUCATU- UNESP, pelas ajudas técnicas e pela elaboração da ficha catalográfica.

Ao MÁRIO AUGUSTO DALLAQUA pela dedicação na formatação desta dissertação.

Aos DOCENTES, MÉDICOS GERIATRAS e RESIDENTES DE GERIATRIA da Faculdade de Medicina de Botucatu, por fazerem parte do meu crescimento profissional.

Aos meus pais, UBALDO WANDELINO BREMENKAMP e ZENITE MARIA GEGENHEIMER BREMENKAMP, por serem exemplos de dedicação aos estudos e verdadeiros incentivadores à minha formação.

Aos meus irmãos, THIAGO GEGENHEIMER BREMENKAMP e ALINE GEGENHEIMER BREMENKAMP, por todo apoio em momentos difíceis.

Ao meu companheiro BRUNO TROMBETA e meu filho PEDRO BREMENKAMP TROMBETA, pelo amor, pelo incentivo e por compreenderem a minha ausência nos momentos em que me dediquei à conclusão da dissertação.

À CAROLINA FUMICO MASSUDA ARAUJO, por compartilhar comigo os aprendizados durante a pós graduação.

Aos AMIGOS, sem os quais, o caminho seria mais árduo.

SUMÁRIO

Resumo.....	1
Abstract	3
1. Introdução	5
1.1 Envelhecimento Populacional.....	6
1.2 Institucionalização do Idoso	7
1.3 Déficit Cognitivo e Síndrome Demencial.....	8
1.4 Déficit Cognitivo e Síndrome Demencial em Idosos Institucionalizados	10
1.5 Justificativa.....	11
1.6 Hipótese	12
1.7 Objetivos	12
1.7.1 Objetivo Geral	12
1.7.2 Objetivos Específicos	12
2. Metodologia	13
2.1 Critérios de Inclusão	14
2.2 Critérios de Exclusão.....	15
2.3 Instrumentos Utilizados.....	15
2.3.1 Questionário de Coleta de Dados Sociodemográficos e Clínicos	15
2.3.2 Instrumentos de Avaliação da Capacidade Funcional	15
2.3.3 Avaliação Cognitiva	17
2.3.4 Instrumento de Avaliação da Gravidade da Demência	17
2.3.5 Rastreamento de Depressão.....	18
2.4 Análise Estatística.....	18
3. Resultados	20
3.1 Perfil dos Idosos Institucionalizados	21
3.2 Avaliação Cognitiva.....	23
4. Discussão.....	28
5. Limitações do Estudo	33
6. Conclusão	35
7. Financiamento	37
8. Referências	39
9. Apêndices	46
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	47

Apêndice B – Ficha de Coleta de Dados	48
10. Anexos	49
Anexo A – Parecer 1 de Aprovação do CEP	50
Anexo B – Termo de Autorização para Realização da Pesquisa na Casa Pia São Vicente de Paulo.....	53
Anexo C – Parecer 2 de Aprovação do CEP	54
Anexo D – Escala de Katz	58
Anexo E – Escala de Lawton	59
Anexo F – Questionário de Atividades Funcionais.....	60
Anexo G – Mini Exame do Estado Mental	61
Anexo H – Avaliação Cognitiva Funcional Global	63
Anexo I – Regras Gerais para Classificação pelo Clinical Dementia Rating	64
Anexo J – Escala de Depressão Geriátrica	65
11. Produto do Trabalho	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características sociodemográficas de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. Botucatu – SP, 2019.....	21
Tabela 2.	Características clínicas de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. Botucatu – SP, 2019.....	22
Tabela 3.	Capacidade funcional dos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo escalas de Katz, Lawton e Pfeffer. Botucatu – SP, 2019.....	23
Tabela 4.	Capacidade funcional dos idosos com déficit cognitivo de acordo com o MEEM sem diagnóstico prévio de demência, em Instituição de Longa Permanência, segundo escalas de Katz, Lawton e Pfeffer. Botucatu – SP, 2019.....	25
Tabela 5.	Associação entre o estágio da demência (CDR) e a capacidade funcional para atividades básicas de vida diária (Escala de Katz) dos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. Botucatu – SP, 2019.....	25
Tabela 6.	Associação entre o estágio da demência (CDR) e a capacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária (Escala de Lawton) dos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. Botucatu – SP, 2019.....	26
Tabela 7.	Comparação das médias do perfil sociodemográfico e clínico entre idosos com diagnóstico prévio de demência relatado em prontuário e com déficit cognitivo de acordo com o MEEM sem diagnóstico prévio, residentes em Instituição de Longa Permanência. Botucatu – SP, 2019.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS

AA	<i>Alzheimer's Association</i>
ABN	Academia Brasileira de Neurologia
ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CDR	<i>Clinical Dementia Rating</i>
FAST	<i>Functional Assessment Staging</i>
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NIA	<i>National Institute on Aging</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
QAF	Questionário de Atividades Funcionais
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Introdução: Há poucos estudos com qualidade metodológica que avaliam o perfil dos idosos institucionalizados, porém, estes observam alta prevalência de déficit cognitivo. Conhecer a prevalência de déficit cognitivo desta população poderá ampliar as discussões acerca da necessidade de estruturação da rede de cuidados.

Objetivo: Avaliar a prevalência de déficit cognitivo em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. **Métodos:** Estudo transversal realizado entre maio de 2018 e janeiro de 2019, no Lar Padre Euclides, em Botucatu. Foi realizada avaliação quanto a capacidade funcional (escalas de Katz, Lawton e Pfeffer), cognição (Mini Exame do Estado Mental - MEEM) e sintomas depressivos (Escala de Depressão Geriátrica - GDS). Portadores de demência foram classificados quanto a gravidade pelo Clinical Dementia Rating (CDR). Foram realizadas análises descritivas, testes de associação (teste Exato de Fisher e t-Student) e de correlação (teste de Pearson), sendo estatisticamente significativo quando p-valor < 0,05.

Resultados: A amostra avaliada foi de 52 idosos, com média de idade de 77,90 (\pm 8,82) anos, 55,8% do sexo feminino. 96,2% (n=50) apresentavam déficit cognitivo pelo MEEM, sendo que apenas 30% (n=15) possuíam o diagnóstico prévio de demência. Dos 35 portadores de déficit cognitivo sem diagnóstico prévio, 77,1% apresentavam algum grau de dependência funcional. Dentre os portadores de demência (n=15), 60% estavam em estágios moderados ou graves, segundo o CDR. 41 idosos com déficit cognitivo foram avaliados com GDS, e, destes, 36,5% apresentavam sintomas depressivos. **Discussão:** Os achados discrepantes entre a prevalência de demência relatada em prontuário e de déficit cognitivo com comprometimento funcional sugerem subdiagnóstico de demência, e a alta prevalência de portadores de demência em estágios mais avançados reforça a necessidade de capacitação da equipe para o cuidado. Embora a presença de sintomas depressivos possa interferir na avaliação cognitiva, não foi possível estabelecer relação causal entre as variáveis (cognição e sintomas depressivos), sendo necessário mais estudos. **Conclusão:** Os achados reforçam a necessidade de desenvolvimento de protocolos para diagnóstico precoce de déficit cognitivo pela equipe de assistência e para a estruturação da rede de cuidados, visando melhoria da assistência à saúde.

Palavras-chave: Déficit cognitivo, idoso, instituição de longa permanência para idosos, saúde do idoso institucionalizado.

ABSTRACT

Introduction: There are few studies with methodological quality that assess the institutionalized elderly profile, but they observe a high prevalence of cognitive impairment. Knowing the prevalence of cognitive impairment in this population may increase the discussions about the need to structure the care network.

Objective: To explore the prevalence of cognitive impairment in residents at home for the aged. **Methods:** Cross-sectional study conducted between May 2018 and January 2019 at Padre Euclides Home in Botucatu. Functional capacity (Katz, Lawton and Pfeffer scales), cognition (Mental State Mini Examination - MMSE) and depressive symptoms (Geriatric Depression Scale - GDS) were evaluated. Dementia carriers were classified as severity by the Clinical Dementia Rating (CDR). Descriptive analyzes, association (Fisher's exact test and t-Student) and correlation tests (Pearson test) were performed, being statistically significant when p-value < 0,05. **Results:** Fifty-two elderly individuals were evaluated, with an average age of 77,90 (\pm 8,82) years, 55,8% female. 96,2% (n = 50) presented cognitive impairment by MMSE, and only 30% (n = 15) had previous diagnosis of dementia. About 35 patients with cognitive impairment without previous diagnosis, 77,1% had some degree of functional dependence. Among those with dementia (n = 15), 60% were in moderate or severe stages, according to CDR. 41 elderly people with cognitive impairment were evaluated with GDS, and of these, 36,5% presented depressive symptoms. **Discussion:** Differing findings between the prevalence of dementia with medical records and cognitive impairment with functional impairment suggest an underdiagnosis of dementia, and the high prevalence of dementia in more advanced stages reinforces the need for staff training for care. Although the presence of depressive symptoms may interfere in the cognitive evaluation, it was not possible to establish a causal relationship between the variables (cognition and depressive symptoms) and further studies are necessary. **Conclusion:** The findings reinforce the need for the development of protocols for the early diagnosis of cognitive impairment by the care team and for the structuring of the care network, looking for improve health care.

Key words: Cognitive impairment, aged, homes for the aged, health of institutionalized elderly.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento Populacional

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como idoso o indivíduo com idade maior ou igual a 65 anos em países desenvolvidos, e 60 anos em países em desenvolvimento¹.

Em 2017, havia, no mundo, cerca de 962 milhões de pessoas com idade igual ou maior que 60 anos e estima-se que este número aumentará para 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050. Projeta-se que a expectativa mundial de vida ao nascer aumentará de 71 anos em 2015 para 77 anos em 2050, e que o número de idosos com 80 anos ou mais triplicará até 2050, passando para 425 milhões^{2,3}.

O Brasil é um dos países em desenvolvimento nos quais o envelhecimento da população está ocorrendo com maior velocidade, decorrente do contínuo declínio das taxas de mortalidade e fecundidade, que tiveram início na década de 70⁴. Segundo o relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de indivíduos com 65 anos ou mais aumentará de 19,2 milhões em 2018 para 58,2 milhões em 2060, o que representará 25,5% da população total⁵. Dados da OMS preveem que o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas até 2025⁶.

Concomitante à transição demográfica, ocorre a transição epidemiológica, em que se observa alteração do perfil de saúde e doença, com redução das doenças infectocontagiosas e progressivo aumento das doenças crônicas não transmissíveis⁴. Estudo de Nunes *et al.* constatou que 51,6% dos idosos brasileiros entre 60-69 anos relatavam três ou mais doenças crônicas, com aumento da prevalência para 66,7% entre aqueles com 80 anos ou mais⁷. As doenças crônicas representam as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade, e são responsáveis por grande custo ao Sistema de Saúde, público e privado, destinados à prevenção e a tratamentos prolongados das doenças e de suas complicações, como sequelas de acidente vascular cerebral, fraturas pós quedas, limitações decorrentes de insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, amputações e cegueiras secundários ao diabetes e dependência advinda dos vários tipos de demência^{8,9}.

Outro fenômeno que ocorreu, em paralelo às transições demográfica e epidemiológica, foi a urbanização, que resultou em migração de jovens para cidades à procura de emprego, em composição de famílias menores devido a diminuição da fecundidade, e na inserção de mulheres no mercado de trabalho, refletindo em menor disponibilidade de pessoas para cuidar dos idosos dependentes^{6,8}.

Diante das mudanças na composição familiar e do aumento do número de longevos com múltiplas comorbidades e dependência funcional, o foco da obrigação do cuidado do idoso voltado exclusivamente para a família, em particular para a figura da mulher, mostra-se insustentável, e requer uma divisão de responsabilidades com iniciativas privadas e do Estado, impulsionando a busca por assistência de longa duração, em especial, por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)¹⁰.

1.2 Institucionalização do Idoso

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as ILPIs são instituições de caráter residencial, com vínculo governamental ou não, destinadas a serem domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania¹¹.

Anteriormente denominadas de asilo, as ILPIs eram inicialmente dirigidas à população carente que necessitava de abrigo. Com o envelhecimento da população, o aumento da sobrevivência de pessoas com comprometimento físico, funcional e/ou cognitivo, e a diminuição da disponibilidade de um cuidador da família, há expectativa de que essas instituições passem a integrar não apenas uma rede de assistência social, mas a compor a rede de assistência à saúde⁸. Visando expressar o caráter híbrido de assistência, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) sugeriu a adoção da denominação ILPI em substituição ao termo asilo, pois entende que estes, além de atenderem idosos independentes em situação de carência de renda ou de suporte familiar, atualmente realizam assistência à saúde àqueles com dependência funcional^{8,12}.

Estima-se que, no mundo, cerca de 40% das pessoas a partir de 65 anos necessitarão de cuidados em ILPI durante a vida. Projeções na população americana mostram que o número de pessoas com necessidades dessa modalidade de assistência aumentará de 1,5 para 5 milhões no ano de 2030¹³.

Estudo realizado por Camarano e Kanso, no período de 2007 a 2009 identificou 3.549 ILPIs no Brasil, sendo que 3.295 (92%) participaram do censo e, destas, 66,2% eram de natureza filantrópica. Nelas, residiam cerca de 100 mil pessoas, das quais 84 mil eram idosas, o que representou menos de 1% da população idosa brasileira naquele momento. Dentre os residentes, havia predomínio de mulheres (57,3%) e observou-se, ainda, que o número de institucionalizados era maior entre as idades mais avançadas⁸. Santiago *et al.* constataram que, nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, 40% dos idosos de ILP tinham 80 anos ou mais, 73,7% dos institucionalizados possuíam baixa escolaridade (analfabetismo ou ensino fundamental incompleto), 81,2% apresentavam algum grau de dependência para as atividades instrumentais (AIVDs) e 50,1% para as atividades básicas de vida diária (ABVDs)¹⁰.

No Brasil, as principais causas de institucionalização são: ausência de familiares com tempo para cuidar, ser solteiro ou viúvo, não ter filhos, incompatibilidades de gerações, situação econômica precária, necessidade de reabilitação após alta hospitalar, síndrome de imobilidade, sequelas de doenças crônicas, depressão, dependência funcional, incontinência urinária e fecal e demência. Observa-se, ainda, aumento do motivo opção pessoal^{6,14-17}.

1.3 Déficit Cognitivo e Síndrome Demencial

Como consequência do envelhecimento, o sistema nervoso central pode sofrer mudanças de causas genéticas, ambientais, por doenças do metabolismo ou ação de radicais livres, que reduzem a capacidade intelectual, afetando as funções de memória, raciocínio lógico, juízo crítico, funções práticas e gnósticas, afetividade, personalidade e atitude, alterações estas mais acentuadas na senilidade (envelhecimento patológico)¹⁸.

O declínio da capacidade cognitiva pode ser consequência do processo de envelhecimento normal ou representar o estágio pré-clínico da demência, denominado Comprometimento Cognitivo Leve (CCL)¹⁹.

O CCL refere-se à condição na qual os indivíduos apresentam algum grau de perda cognitiva, geralmente da memória, quando comparados a indivíduos normais para a mesma faixa etária, preservando a independência nas atividades de vida diária¹⁹.

Petersen *et al.*, em 2009, mostraram resultados de estudos sobre o uso do CCL para detecção de quadros cognitivos que evoluíam para demência. A prevalência de CCL na população sem demência foi de 15%, com proporção de 2:1 de CCL amnésico versus CCL não amnésico²⁰. A taxa de conversão para demência foi de 10 a 15% ao ano, contrastando com a de indivíduos normais cuja variação é de 1 a 2 % ao ano^{12,20}. Em estudo mais recente, publicado em 2018, Petersen *et al.* mostraram, ainda, que a prevalência de CCL aumenta com a idade: 6,7% entre 60-64 anos, 8,4% entre 65-69 anos, 10,1% entre 70-74 anos, 14,8% entre 75-79 anos e 25,2% entre 80-84 anos²¹. Tais dados reforçam a necessidade de detecção precoce das queixas cognitivas, visto que a síndrome demencial está entre as doenças não transmissíveis que mais frequentemente levam a institucionalização do idoso⁶.

Segundo o grupo de trabalho do *National Institute on Aging* (NIA) e *Alzheimer's Association* (AA), demência é uma síndrome caracterizada pelo declínio de funções cognitivas e pela presença de sintomas comportamentais, com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo, não explicáveis por delirium ou doença psiquiátrica maior. Para o diagnóstico de demência é necessário o comprometimento de pelo menos dois domínios: memória, funções executivas, habilidades visuais-espaciais, linguagem ou comportamental (humor, agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda de empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis)¹⁹.

A doença de Alzheimer é a principal causa de síndrome demencial, sendo responsável por 60-70% dos casos^{22,23}. Outras causas relevantes são: demência vascular, demência frontotemporal, demência com Corpos de Lewy, sendo

que formas mistas frequentemente coexistem²³. Para realização do diagnóstico de demência de etiologia degenerativa, na prática clínica, faz-se necessário investigação complementar, com exames laboratoriais e de imagem, a fim de descartar causas secundárias²⁴.

De acordo com o relatório da Alzheimer's Disease International, em 2015, aproximadamente 46,8 milhões de pessoas em todo o mundo apresentavam demência e havia uma incidência de 9,9 milhões de novos casos ao ano, o que implicava em surgimento de um caso a cada 3,2 segundos. Estima-se que a prevalência aumentará para 74,7 milhões de pessoas até 2030 e para 131,5 milhões até 2050, sendo que, aproximadamente, 30% das pessoas portadoras de demência serão idosos com mais de 85 anos de idade²⁵.

Revisão sistemática realizada por Boff *et al.* encontrou uma variação de prevalência de demência de 5,1% a 17,5%. Apesar da boa qualidade dos oito artigos incluídos, os autores reforçam que os dados foram insuficientes para caracterizar a população brasileira²⁶.

1.4 Déficit Cognitivo e Síndrome Demencial em Idosos Institucionalizados

Há poucos estudos com boa qualidade metodológica sobre prevalência de demência e sua gravidade em idosos residentes em ILPIs. Estes observaram que a prevalência de demência variou entre 53% e 89,8% em decorrência dos diferentes métodos empregados na pesquisa, baseada na coleta de dados em prontuários ou na aplicação de diferentes testes cognitivos²⁷⁻³¹.

Stewart *et al.*, em pesquisa realizada a partir da aplicação de testes cognitivos em idosos residentes de instituições no sudoeste de Londres, observaram prevalência de demência de 75,1%, e, dentre os portadores da doença, 33% se encontravam em estágio moderado e 54% em estágio grave²⁸. O estudo DEMDATA, realizado por Auer *et al.*, constatou que, na Áustria, 58,8% apresentavam diagnóstico de demência registrado em prontuário e a prevalência de déficit cognitivo após avaliação direta foi de 85,2%. O mesmo estudo estimou uma prevalência de 53% de provável demência na República Tcheca²⁷. Lithgow *et al.* descreveram que 58% dos residentes em casas de repouso de Glasgow tinham

diagnóstico de demência, e que outros 31,8% mostraram uma possível demência com base em testes clínicos, aumentando a taxa de prevalência para 89,8% no total²⁹. Da mesma forma, outro estudo identificou 83,8% de participantes com demência no momento da internação no lar de idosos norueguês, embora apenas 55,9% estivessem documentados nos registros³⁰.

No Brasil, estudo em Passo Fundo observou prevalência de demência de 32% a partir da coleta de dados em prontuários³². Zimmermann et al. estudaram a prevalência de déficit cognitivo em 213 idosos institucionalizados no município de Recife, em Pernambuco, e obteve como resultado 67,1%, utilizando o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)¹². Estudo de Santiago et al., realizado em cidades do sudeste e centro-oeste do país, obteve uma média de prevalência de 73,3% entre as duas regiões (variando de 64,3% a 84,9%) utilizando o mesmo instrumento¹⁰.

6. CONCLUSÃO

A elevada prevalência de déficit cognitivo com comprometimento funcional, observada neste estudo, sugere um provável subdiagnóstico de demência. Estes dados podem contribuir para uma maior compreensão das condições clínicas e demandas dos residentes da ILPI e reforçam a necessidade de desenvolvimento de protocolos para diagnóstico precoce de déficit cognitivo pela equipe de assistência e para a estruturação da rede de cuidados, afim de garantir melhoria na qualidade de assistência à saúde.

7. FINANCIAMENTO

Todos os recursos foram de responsabilidade da pesquisadora.

8. REFERÊNCIAS

1. Schlindwein-Zanini R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev Neurociência*. 2010;18(2):220-6.
2. Bruijn JGM de. *Global Age Watch Index 2015*, London, 2015, ch 8 Western Europe, North America and Australasia [Internet]. Help Age International; 2015 [citado 22 de junho de 2019]. Disponível em: <https://research.vu.nl/en/publications/global-age-watch-index-2015-london-2015-ch-8-western-europe-north>
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. United Nations; 2017.
4. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações [Internet]. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>
5. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018.
6. Conselho Nacional do Ministério Público. *Manual de Atuação Funcional - O Ministério Público na Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos - Conselho Nacional do Ministério Público* [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal/publicacoes/245-cartilhas-e-manuais/9984-manual-de-atuacao-funcional-o-ministerio-publico-na-fiscalizacao-das-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos>
7. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB de, Souza Junior PRB de, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 24 de janeiro de 2019 [citado 29 de maio de 2019];52(Suppl 2):10s. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/153952>
8. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul*. Junho de 2010;27(1):232-5.

9. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. Abril de 1997;31(2):184-200.
10. Santiago LM, Luz LL, Silva JFS da, Oliveira PH de, Carmo CN do, Mattos IE. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos institucionalizados em cidades do Sudeste e Centro-Oeste do Brasil. *Geriatr Gerontol Aging*. Junho de 2016;10(2):86-92.
11. Roquete FF, Batista CCRF, Arantes RC. Care and management demands of long-term care facilities for the elderly in Brazil: an integrative review (2004-2014). *Rev Bras Geriatr E Gerontol*. Abril de 2017;20(2):286-99.
12. Zimmermann IM, Leal MC, Zimmermann RD, Marques AP. Idosos institucionalizados: comprometimento cognitivo e fatores associados. *Geriatr Gerontol Aging*. 2015;9(3):86-92.
13. Kemper P, Murtaugh CM. Lifetime Use of Nursing Home Care. *N Engl J Med*. 28 de fevereiro de 1991;324(9):595-600.
14. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Saúde Pública*. Outubro de 1999;33(5):454-60.
15. Freire Júnior RC, Tavares M de FL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comun Saúde Educ*. Fevereiro de 2005;9(16):147-58.
16. Del Duca GF, Silva SG da, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública*. Fevereiro de 2012;46(1):147-53.
17. Boechat, N. Institucionalização. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*; 1996.
18. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(4):267-72.

19. Frota NAF, Nitrini R, Damasceno BP, Forlenza OV, Dias-Tosta E, Silva AB da, et al. Criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dement Neuropsychol*. Setembro de 2011;5(3):146-52.
20. Petersen RC, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, Smith GE, et al. Mild Cognitive Impairment: Ten Years Later. *Arch Neurol*. Dezembro de 2009; 66(12):1447-55.
21. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 16 de janeiro de 2018;90(3):126-35.
22. OMS: número de pessoas afetadas por demência triplicará no mundo até 2050 [Internet]. ONU Brasil. 2017 [citado 11 de junho de 2019]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-numero-de-pessoas-afetadas-por-demencia-triplicara-no-mundo-ate-2050/>
23. World Health Organization. WHO | Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025 [Internet]. 2017 [citado 11 de junho de 2019]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en
24. Caramelli P, Teixeira AL, Buchpiguel CA, Lee HW, Livramento JA, Fernandez LL, et al. Diagnosis of Alzheimer's disease in Brazil: Supplementary exams. *Dement Neuropsychol*. Setembro de 2011;5(3):167-77.
25. Prince MJ. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia [Internet]. 2015 [citado 3 de abril de 2018]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>

26. Boff MS, Sekyia FS, Bottino CM de C. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira. *Rev Med.* 21 de dezembro de 2015;94(3):154-61.
27. Auer SR, Höfler M, Linsmayer E, Beránková A, Prieschl D, Ratajczak P, et al. Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: results from the DEMDATA project. *BMC Geriatr.* 13 de 2018;18(1):178.
28. Stewart R, Hotopf M, Dewey M, Ballard C, Bisla J, Calem M, et al. Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey. *Age Ageing.* Julho de 2014;43(4):562-7.
29. Lithgow S, Jackson GA, Browne D. Estimating the prevalence of dementia: cognitive screening in Glasgow nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry.* Agosto de 2012;27(8):785-91.
30. Røen I, Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K, Testad I, Bergh S. Resource Use and Disease Cause in dementia - Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):365.
31. Björk S, Juthberg C, Lindkvist M, Wimo A, Sandman P-O, Winblad B, et al. Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2016;16:154.
32. Lini E, Doring M, Machado V, & Portella M. Idosos Institucionalizados: prevalência de demências, características demográficas, clínicas e motivos da institucionalização. *Rev. Bras. De Cienc. Do Envelhec. Humano,* 27 de dezembro de 2014;11(3):267-75.

33. 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*. 21 de setembro de 1963;185:914-9.
34. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. Janeiro de 2008;24(1):103-12.
35. Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*. 1o de setembro de 1969;9(3 Part 1):179-86.
36. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. Maio de 1982;37(3):323-9.
37. Dutra MC, Ribeiro R dos S, Pinheiro SB, Melo GF de, Carvalho G de A, Dutra MC, et al. Accuracy and reliability of the Pfeffer Questionnaire for the Brazilian elderly population. *Dement Amp Neuropsychol*. Junho de 2015;9(2):176-83.
38. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CM de C, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. *Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia*. *Arq Neuropsiquiatr*. Setembro de 2005;63(3a):720-7.
39. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. Novembro de 1975;12(3):189-98.
40. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. *Arq Neuropsiquiatr*. Setembro de 2003;61(3B):777-81.
41. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. Junho de 1982;140:566-72.

42. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. Novembro de 1993;43(11):2412-4.
43. Macedo Montaña MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública*. Dezembro de 2005;39(6):912-7.
44. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17(1):37-49.
45. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. Junho de 1999;57(2B):421-6.
46. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. [The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status]. *Arq Neuropsiquiatr*. Março de 1994;52(1):1-7.
47. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública*. Agosto de 2006;40(4):712-9.
48. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1o de fevereiro de 1988;23(3):271-84.
49. Carthery-Goulart MT, Areza-Fegyveres R, Schultz RR, Okamoto I, Caramelli P, Bertolucci PHF, et al. Versão brasileira da Escala Cornell de depressão em demência (Cornell depression scale in dementia). *Arq Neuropsiquiatr*. Setembro de 2007;65(3B):912-5.
50. Bottino CM, Pádua AC, Smid J, Areza-Fegyveres R, Novaretti T, Bahia VS. Diagnóstico diferencial entre demência e transtornos psiquiátricos. Critérios diagnósticos e exames complementares. *Dement. Neuropsychol*. 2011;5 supl.1:91-98.