



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 sobrevida 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.* constatarem 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 gnósicas, 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.

1.5 Justificativa

A população mundial presencia um aumento na expectativa de vida e na prevalência de doenças crônico-degenerativas, dentre elas, as demências, gerando um aumento do número de idosos dependentes de cuidados. Em paralelo, a composição de famílias menores e a inserção da mulher no mercado de trabalho, refletem em menos pessoas disponíveis para cuidar dos idosos, impulsionando a busca por ILPIs, que se configuram em real alternativa disponível para os cuidados de longa duração.

Há poucos estudos com boa qualidade metodológica que avaliam o perfil dos idosos institucionalizados, e estes observaram discrepância entre a prevalência de idosos com diagnóstico de demência relatada em prontuário e de déficit cognitivo verificado com instrumentos de medição, sugerindo que haja subdiagnóstico desta condição clínica.

Estudar a prevalência de déficit cognitivo dos idosos residentes em ILPIs poderá ampliar as discussões acerca das condições de saúde e demandas desta população, a fim de desenvolver protocolos para a estruturação da rede de

cuidados, com ações e programas para melhoria da qualidade de vida destes, bem como para melhoria da estrutura física e organizacional destas instituições.

1.6 Hipótese

Instituições de Longa Permanência possuem alta prevalência de idosos com déficit cognitivo e esta condição clínica é subdiagnosticada.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo geral

Avaliar a prevalência de déficit cognitivo em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência de Botucatu.

1.7.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados;
- Caracterizar o perfil clínico a partir do grau de funcionalidade, multimorbidade, uso de polifarmácia e presença de sintomas depressivos;
- Identificar a prevalência de residentes da instituição que possuem diagnóstico de demência documentado em prontuário;
- Descrever a prevalência dos estágios da demência;
- Verificar associação entre o grau de comprometimento da funcionalidade e o déficit cognitivo.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa é parte do estudo intitulado “Idosos Institucionalizados de Botucatu - Avaliação Geriátrica Ampla e Aspectos Multidimensionais da Saúde” coordenado pelo Professor Associado Paulo José Fortes Villas Boas, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB- Unesp), sob Parecer de nº 2.809.450 e CAAE 94170518.0.0000.5411 (ANEXO A).

Foi realizado corte transversal, descritivo e exploratório, no período de maio de 2018 a janeiro de 2019, na Casa Pia São Vicente de Paulo - Lar Padre Euclides, ILPI cadastrada na Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, município da região Centro-Oeste do Estado de São Paulo. Trata-se de uma instituição filantrópica que recebe auxílio governamental por meio de convênios e que atende idosos com dependência funcional e/ou desprovidos de suporte social e financeiro.

Os dados da pesquisa foram coletados após aprovação do responsável pela ILPI (ANEXO B) e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB- Unesp), sob Parecer de nº 2.648.932 e CAAE 88280818.9.0000.5411 (ANEXO C). Os objetivos e a metodologia foram apresentados aos idosos e aos responsáveis pela ILPI. Em situações em que o idoso não apresentou condições de responder ou compreender a entrevista, coube ao cuidador decidir por sua participação, bem como pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo consideradas as respostas deste durante a entrevista.

O perfil dos idosos institucionalizados foi caracterizado a partir das avaliações sociodemográfica e clínica, utilizando dados da ficha de admissão e do prontuário da ILPI acrescidos da Avaliação Geriátrica Ampla. Todos idosos foram avaliados quanto a capacidade funcional, cognição, e presença de sintomas depressivos. Idosos portadores de demência foram classificados quanto ao estágio da doença.

2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos todos os residentes do Lar Padre Euclides que possuíam idade igual ou superior a 60 anos.

2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos idosos que recusaram realizar o teste cognitivo, em vigência de delirium ou que apresentavam diagnóstico prévio de transtornos psiquiátricos não devidos ao processo neurodegenerativo.

2.3 Instrumentos Utilizados

2.3.1 Questionário de coleta de dados sociodemográficos e clínicos

Foi aplicado questionário semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, composto por questões referentes a dados sociodemográficos como idade, raça, sexo, estado civil, escolaridade, tempo de institucionalização, e dados clínicos como morbidades e uso de medicamentos. Considerou-se polifarmácia o uso de cinco ou mais fármacos (APÊNDICE B).

2.3.2 Instrumentos de avaliação da capacidade funcional

A capacidade funcional foi avaliada a partir das escalas de Katz e Lawton e do Questionário de Atividades Funcionais (QAF) de Pfeffer.

Escala de Katz

A escala de Katz utiliza informações relatadas por pacientes e cuidadores e avalia as ABVDs relacionadas ao autocuidado: tomar banho, vestir-se, promover higiene, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ter continência, alimentar-se e deambular. A incapacidade de executar estas atividades identifica alto grau de dependência e exige uma complexidade terapêutica com custos social e financeiro maiores³³. *Lino et al.*, em 2008, realizaram a adaptação transcultural da escala de Katz para a população brasileira. A pontuação varia de 0 a 6 conforme a independência para funções, sendo a maior pontuação referente ao estado mais

independente. Classifica-se em independente (5 e 6 pontos), parcialmente dependente (3 e 4 pontos) e dependente (0,1 e 2 pontos)³⁴ (ANEXO D).

Escala de Lawton

A escala de Lawton, desenvolvida por Lawton e Brody, em 1969, é utilizada para avaliação de AIVDs e analisa a capacidade do idoso de ter uma vida independente e ativa na comunidade, realizando tarefas mais complexas como arrumar a casa, telefonar, viajar, fazer compras, preparar os alimentos, controlar e tomar os remédios e administrar as finanças. De acordo com a capacidade de realizar essas atividades, é possível determinar se o indivíduo pode ou não viver sozinho sem supervisão. A pontuação máxima é de 27 pontos, correspondendo à maior independência, enquanto a pontuação mínima de 9 pontos relaciona-se à maior dependência³⁵ (ANEXO E).

No presente estudo, considerou-se, prioritariamente, as informações obtidas a partir de entrevista com o idoso.

Questionário de Atividades Funcionais

O QAF foi desenvolvido por Pfeffer *et al.*, em 1982, e validado para população brasileira por Dutra *et al.* em 2015. Avalia as AIVDs do idoso e deve ser respondido por cuidador que tenha conhecimento suficiente para informar se houve perda de funcionalidade. É composto por dez perguntas que avaliam a capacidade do paciente de preparar a refeição; de manusear o próprio dinheiro e seus remédios; de fazer compras sozinho; de esquentar a água para o café e apagar o fogo; de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou vizinhança; de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão, um jornal ou uma revista; de lembrar-se dos compromissos, acontecimentos, familiares, feriados; de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para a casa; e de ficar em casa sozinho de forma segura. Para cada atividade, é atribuída pontuação de 0 a 3, de acordo com o nível de comprometimento funcional: 0 - normal ou nunca o fez, mas poderia fazê-lo, 1- faz

com dificuldade ou nunca o fez e agora teria dificuldade, 2 - necessita de ajuda, 3 - não é capaz. A pontuação final é obtida pela soma da pontuação atribuída a cada uma das dez atividades. Infere-se que, quanto menor a pontuação, mais independente é o indivíduo^{36,37}. Para a população brasileira, a Academia Brasileira de Neurologia (ABN) recomenda que a capacidade funcional fosse considerada normal se a pontuação final oscilar entre 0 e 5 pontos. Se igual ou superior a 6 pontos, pode existir uma disfunção funcional. A pontuação máxima do instrumento é de 30 pontos, indicando maior dependência³⁸ (ANEXO F).

2.3.3 Avaliação cognitiva

O MEEM, desenvolvido por Folstein *et al.*, em 1975, é o teste de rastreio cognitivo amplamente utilizada para essa finalidade³⁹. É composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro das 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore total pode variar de 0 a 30 pontos. Os pontos de cortes utilizados, em concordância com a recomendação da ABN, foram propostos por Brucki *et al.*, em 2003, e variam conforme escolaridade: 20 pontos para analfabetos, 25 pontos para escolaridade de 1 a 4 anos, 26,5 pontos para 5 a 8 anos, 28 pontos para 9 a 11 anos e 29 pontos para 12 ou mais anos de estudo^{38,40} (ANEXO G). No presente estudo, os idosos que obtiveram pontuação abaixo do recomendado foram classificados como portadores de déficit cognitivo de acordo com o MEEM.

2.3.4 Instrumento de avaliação da gravidade da demência

O Clinical Dementia Rating (CDR), desenvolvido por Hughes *et al.* em 1982, é um instrumento que avalia a gravidade da demência, do ponto de vista funcional e cognitivo⁴¹. Foi adaptado por Morris, em 1993, e validado para o Brasil por Macedo *et al.* em 2005^{42,43}. O instrumento é dividido em seis categorias

cognitivo-comportamentais: memória, orientação, julgamento e resolução de problemas, relações comunitárias, atividades no lar ou de lazer e cuidados pessoais. Cada uma das seis categorias deve ser classificada em: 0 (nenhuma alteração); 0,5 (questionável); 1 (demência leve); 2 (demência moderada); e 3 (demência grave)⁴³ (ANEXO H). A memória é considerada categoria principal, ou seja, de maior significado, e as demais, são categorias secundárias. A classificação final do CDR é obtida pela análise das classificações por categorias, segundo um conjunto de regras elaboradas e validadas por Morris⁴². (ANEXO I).

2.3.5 Rastreio de depressão

Foi realizado rastreio de depressão utilizando Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de *Yesavage*, versão curta, composta por quinze itens, validada no Brasil *por Almeida e Almeida, em 1999*, na qual o ponto de corte é de cinco pontos^{44,45} (ANEXO J).

No presente estudo, o GDS foi aplicado apenas nos idosos que obtiveram pontuação acima de zero no MEEM.

2.4 Análise Estatística

Foi realizada análise descritiva com médias e desvio padrão para resultados com variáveis quantitativas e distribuição normal. As variáveis qualitativas, por suas vez, foram analisadas segundo distribuições de frequência e porcentagem.

A correlação entre escalas de Lawton e Pfeffer foi calculada pelo teste de Pearson para variáveis com distribuição normal.

Para estudar a associação entre o estágio da demência (avaliado pelo CDR) e a capacidade funcional (Escala de Katz e Lawton) foi utilizado o teste exato de Fisher.

A comparação de médias de idade, escolaridade, tempo de institucionalização, número de comorbidades e de medicações de uso contínuo,

capacidade funcional e MEEM entre idosos com e sem diagnóstico de demência relatado em prontuário foi realizada pelo teste t-Student visto distribuição normal.

O valor de “p” foi considerado estatisticamente significativo quando o nível alfa foi menor que 0,05. Os dados foram analisados através do software IBM-SPSS 22.

3. RESULTADOS

3.1 Perfil dos Idosos Institucionalizados

A amostra inicial do estudo foi composta por 62 idosos institucionalizados. Destes, foram excluídos 7 indivíduos com diagnóstico prévio de doença psiquiátrica (6 por esquizofrenia, 1 por transtorno de personalidade) e 3 por terem recusado realizar o teste cognitivo.

Dentre os cinquenta e dois idosos analisados, 29 (55,8%) eram do sexo feminino, 33 (63,5%) da raça branca e 47 (90,4%) não casados. A média de idade foi de 77,90 ($\pm 8,72$) anos, a escolaridade de 3,23 ($\pm 3,60$) anos e o tempo de institucionalização de 6,61 ($\pm 8,47$) anos. As características sociodemográficas estão representadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. Botucatu - SP, 2019

	N	%
Sexo		
Feminino	29	55,8
Masculino	23	44,2
Raça		
Branco	33	63,5
Negro	14	26,9
Pardo	4	7,7
Amarelo	1	1,9
Estado civil		
Não casado	47	90,4
Casado	5	9,6
	Média	DP
Idade	77,90	$\pm 8,72$
Escolaridade (anos)	3,23	$\pm 3,60$
Tempo de institucionalização (anos)	6,61	$\pm 8,47$

N: Número total; %: Porcentagem; DP: Desvio padrão

Em relação às comorbidades, a média de doenças relatadas em prontuários foi de 4,94 ($\pm 1,78$), e as mais frequentes foram: incontinência urinária

(55,8%), hipertensão arterial sistêmica (50%), depressão (50%), dislipidemia (34,6%), diabetes mellitus (32,7%) e demência (28,8%). Entre os 52 idosos, a média de medicamentos de uso contínuo foi de 5,05 ($\pm$ 2,55), sendo que 33 (63,5%) usavam 5 ou mais fármacos (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. Botucatu - SP, 2019

	N	%
Doenças prevalentes		
Incontinência urinária	29	55,8
Hipertensão arterial	26	50
Depressão	26	50
Dislipidemia	18	34,6
Diabetes mellitus	17	32,7
Demência	15	28,8
AVE	5	9,6
Osteoporose	4	7,7
DRC	3	5,8
Câncer	2	3,8
Insuficiência cardíaca	2	3,8
Artrite	2	3,8
DAC	1	1,9
DPOC ou asma	1	1,9
Uso de medicamentos		
5 ou mais medicamentos	33	63,5
	Média	DP
Medicamentos utilizados	5,05	$\pm$ 2,55

N: frequência; %: Porcentagem; AVE: Acidente Vascular Encefálico; DRC: Doença renal crônica; DAC: Doença Arterial Coronariana; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; DP: Desvio Padrão.

Quando avaliados quanto à funcionalidade, 28 (53,8%) eram independentes para as ABVDs, segundo a escala de Katz, e 43 (82,7%) apresentavam algum grau de dependência na escala de Lawton, sendo que 12 (23%) eram totalmente dependentes para AIVDs. Observou-se que, na escala de Pfeffer, a pontuação média foi de 16,48 ($\pm$ 11,55) e 13 (25%) idosos possuíam escore igual a 30, indicando serem totalmente dependentes para as AIVDs.

Tabela 3. Capacidade funcional dos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo escalas de Katz, Lawton e Pfeffer. Botucatu - SP, 2019

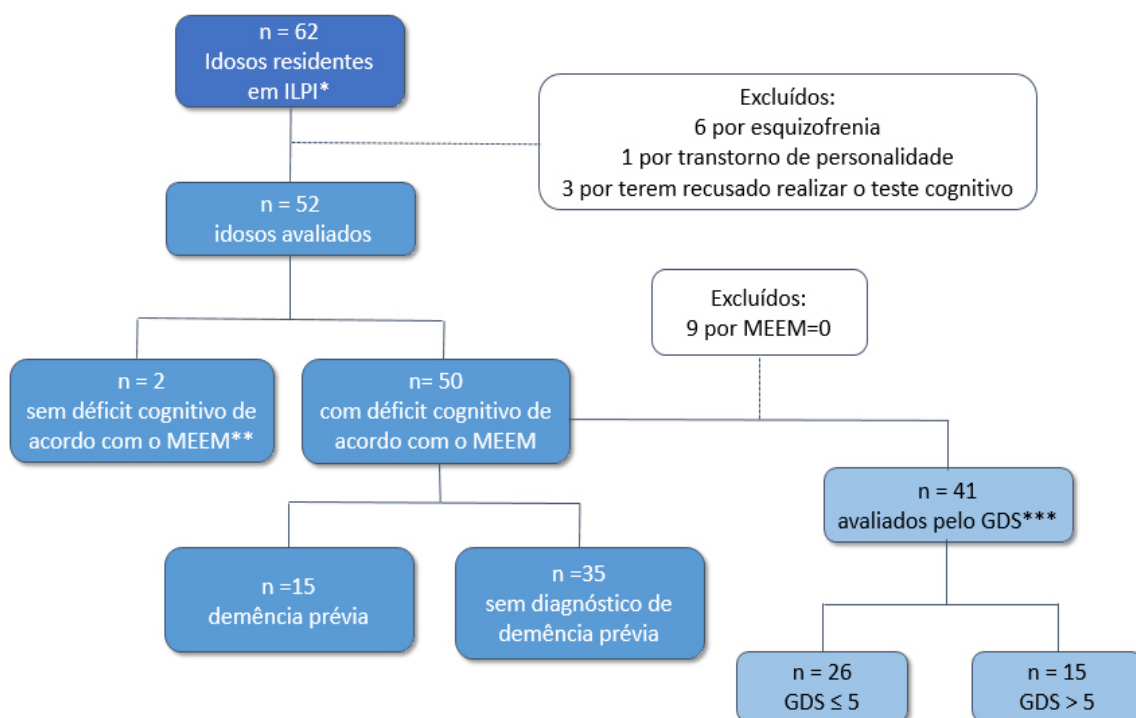
	N	%
Escala de Katz		
Independência	28	53,8
Dependência parcial	4	7,7
Dependência importante	20	38,5
Escala de Lawton		
Independência	9	17,3
Dependência leve	11	21,2
Dependência moderada	11	21,2
Dependência grave	9	17,3
Totalmente dependente	12	23,0
	Média	DP
Escala de Pfeffer	16,48	±11,55

N: Número total; %: Porcentagem; DP: Desvio padrão

A correlação entre as variáveis das escalas de funcionalidade de Lawton e de Pfeffer foi de -0,955 ($p=0,000$) pelo teste de Person, mostrando que quanto menor o escore na escala de Lawton, maior era a pontuação no QAF.

3.2 Avaliação Cognitiva

Constatou-se que 50 (96,2%) idosos institucionalizados apresentaram déficit cognitivo de acordo com o MEEM e, destes, 15 (30%) tinham diagnóstico prévio de demência registrado no prontuário da instituição. Dos idosos com déficit cognitivo de acordo com o MEEM, 41 (82%) foram avaliados com GDS, sendo que 15 (36,5%) apresentaram rastreio positivo para depressão (Figura 1).



*ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos;

**MEEM: Mini Exame do Estado Mental;

***GDS: Escala de Depressão Geriátrica.

Figura 1. Algoritmo da avaliação cognitiva dos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. Botucatu - SP, 2019

No grupo de idosos com déficit cognitivo de acordo com o MEEM sem diagnóstico prévio de demência (n=35), 14 (40%) possuíam algum grau de dependência para ABVDs (escala de Katz) e 27 (77,1%) para AIVDs (escala de Lawton). A pontuação média na escala de Pfeffer foi de 14,86 ($\pm 11,09$), conforme representado na Tabela 4.

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

	N	%
Escala de Katz		
Independência	21	60,0
Dependência parcial	1	2,9
Dependência importante	13	37,1
Escala de Lawton		
Independência	8	22,9
Dependência leve	8	22,9
Dependência moderada	8	22,9
Dependência grave	5	14,2
Totalmente dependente	6	17,1
	Média	DP
Escala de Pfeffer	14,86	± 11,09

N: Número total; %: Porcentagem; DP: Desvio padrão

Dentre os idosos portadores de demência (n=15), 6 (40%) estavam em estágio leve, 5 (33,3%) em estágio moderado, e 4 (26,7%) em estágio grave da doença, segundo CDR.

A associação entre o estágio da demência avaliado pelo CDR e a capacidade funcional para atividades básicas (Escala de Katz) e instrumentais de vida diária (Escala de Lawton) são apresentadas nas tabelas 5 e 6, respectivamente. Observa-se associação estatisticamente significativa para AIVD ($p = 0,010$).

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

		Escala de Katz			Total
		Independência	Dependência parcial	Dependência importante	
CDR	1	4	1	1	6
	2	1	2	2	5
	3	0	0	4	4
Total		5	3	7	15

Teste Exato de Fisher; Valor de $p = 0,059$

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

		Escala de Lawton				Total
		Dependência leve	Dependência moderada	Dependência grave	Totalmente dependente	
CDR	1	3	2	1	0	6
	2	0	0	3	2	5
	3	0	0	0	4	4
Total		3	2	4	6	15

Teste Exato de Fisher; Valor de $p = 0,010$

Na análise de subgrupos de idosos com diagnóstico prévio de demência e com déficit cognitivo de acordo com o MEEM sem diagnóstico de demência relatado em prontuário, não houve diferença estatística entre as médias de idade, escolaridade, tempo de institucionalização, número de comorbidades, número de medicações de uso contínuo e pontuação na escala de Katz. O resultado foi estatisticamente significativo apenas para o grau de dependência para as AIVDs (Escala de Lawton e Pfeffer) e a pontuação no MEEM (Tabela 7).

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

	Idosos com diagnóstico prévio de demência relatado em prontuário (n = 15)	Idosos com déficit cognitivo de acordo com o MEEM sem diagnóstico prévio de demência (n = 35)	valor de p
Idade (anos)	79,80 ($\pm$ 9,71)	77,51 ($\pm$ 8,12)	0,432
Escolaridade (anos)	2,40 ($\pm$ 2,47)	3,43 ($\pm$ 3,98)	0,274
Tempo de institucionalização (anos)	5,77 ($\pm$ 6,24)	6,88 ($\pm$ 9,25)	0,624
Número de comorbidades	5,60 ($\pm$ 1,92)	4,74 ($\pm$ 1,70)	0,148
Número de medicamentos contínuos	5,26 ($\pm$ 2,43)	5,14 ($\pm$ 2,60)	0,873
Escala de Katz (pontos)	2,67 ($\pm$ 2,32)	3,57 ($\pm$ 2,46)	0,225
Escala de Lawton (pontos)	13,67 ($\pm$ 5,67)	18,49 ($\pm$ 6,63)	0,014
Escala de Pfeffer (pontos)	22,13 ($\pm$ 10,84)	14,86 ($\pm$ 11,09)	0,040
MEEM (pontos)	8,33 ($\pm$ 7,88)	14,31 ($\pm$ 7,61)	0,020

Teste t-Student; MEEM: Mini Exame do Estado Mental

4. DISCUSSÃO

Este estudo teve objetivo de avaliar a prevalência de déficit cognitivo entre os idosos residentes em ILPI filantrópica em Botucatu.

Entre os 52 idosos analisados, houve predomínio de sexo feminino (55,8%), não casados (90,4%), com idade média de 77,90 anos e média de escolaridade de 3,23 anos. Os achados estão em concordância com outros estudos brasileiros que referem predomínio de mulheres, idade acima de 70 anos e baixa escolaridade^{6,9,16,17}. O grande número de idosos não casados reforça a hipótese de que a frágil rede social desse grupo é uma das causas de institucionalização^{10,12,14,16,17}.

A avaliação do perfil clínico dos residentes constatou alta prevalência de multimorbidade (média de 4,94 doenças) e de polifarmácia (63,5%). As doenças mais frequentes foram: incontinência urinária (55,8%), hipertensão arterial sistêmica (50%), depressão (50%), dislipidemia (34,6%), diabetes mellitus (32,7%) e demência (28,8%). Diante da maior necessidade de cuidados, a presença de múltiplas comorbidades, o uso de 5 ou mais medicações, a incontinência urinária, a depressão e a demência foram considerados, por outros estudos, fatores preditores de institucionalização do idoso^{6,17}.

Neste estudo, 46,2% dos institucionalizados eram dependentes para as ABVDs e 82,7% possuíam algum grau de dependência para AIVDs, de acordo com as escalas de Katz e Lawton, respectivamente. A média de pontuação no QAF de Pfeffer foi de 16,48. Houve correlação estatisticamente significativa entre a escala de Lawton e o QAF de Pfeffer ($p=0,000$) observando que indivíduos com pontuações mais baixa na escala de Lawton apresentam pontuação maior no QAF, demonstrando dependência para AIVDs. Tais achados são maiores do que encontrado por Zimmermman *et al.* (22,3% eram dependentes para ABVDs), porém, corroboram com estudo de Santiago *et al.*, nas regiões de Sudeste e Centro-Oeste do país, com dependência de 80,2% em AIVDs e 50,1% em ABVDs, e com estudo europeu de Björk *et al.*, que estimou 53% de dependência para ABVDs utilizando a escala de Katz^{10,12,31}. A comparação com outros estudos estrangeiros, no entanto, foi dificultada pela utilização de diferentes métodos de avaliação de funcionalidade, inferindo os resultados a partir da análise de itens das escalas CDR,

Functional Assessment Staging (FAST) ou Euroquol, não sendo possível realizar comparação direta dos dados^{27,28}.

Observou-se alta prevalência de déficit cognitivo de acordo com o MEEM (96,2%) entre os idosos institucionalizados, sendo que apenas 30% destes possuíam o diagnóstico prévio de demência descrito em prontuário. Dentre os idosos que evidenciaram déficit cognitivo ao MEEM, sem diagnóstico prévio de demência, 77,1% apresentavam algum grau de dependência funcional. Apesar da confirmação diagnóstica de síndrome demencial de etiologia degenerativa necessitar da exclusão de outras causas, esses achados discrepantes entre a prevalência de demência e de déficit cognitivo com comprometimento funcional sugerem subdiagnóstico da demência²⁴.

A comparação com outros estudos, embora de grande valia, é dificultada pelos diferentes conceitos ILPIs no Brasil e no mundo. Enquanto no Brasil há dificuldade em diferenciar as instituições voltadas para o suporte social e aquelas com assistência à saúde, em alguns países europeus, como os do Reino Unido, as instituições são devidamente subdivididas de acordo com a necessidade de assistência em residenciais de idosos e instituições com cuidados de enfermagem (*nursing homes*), sendo que há um subtipo de *nursing homes* destinado aos cuidados dos idosos mentalmente enfermos (com atenção voltada para demência e/ou saúde mental)^{27,28,31}.

Neste contexto, a taxa de prevalência de demência pode diferir de acordo com o tipo de unidade de assistência^{28,31}. No estudo de Stewart *et al.*, realizado no sudoeste de Londres, observou-se prevalência de demência de 55,8% em residenciais de idosos, 77% em *nursing homes* e 91% em instituições voltadas aos cuidados de idosos mentalmente enfermos²⁸. Em nosso trabalho, não podemos categorizar a instituição em uma única modalidade de assistência, visto que assiste tanto idosos com carência de suporte familiar e financeiro como aqueles com necessidades de cuidados em saúde.

Observa-se, ainda, dificuldade para realizar análise comparativa entre os estudos devido ao emprego de diferentes metodologias, com utilização de diversos instrumentos para avaliar a prevalência de demência e déficit cognitivo^{27,31}.

No Brasil, embora Zimmermann et al. e Santiago et al. tenham estudado a prevalência de déficit cognitivo por meio do MEEM, utilizaram os pontos de corte recomendados, respectivamente, por Bertolucci et al. (13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa/média escolaridade, e 26 pontos para alta escolaridade) e por Lourenço e Veras (18/19 pontos para pessoas sem escolaridade e 24/25 pontos para qualquer nível de escolaridade)^{10,12,46,47}. Como a ABN recomenda os pontos de corte definidos por Brucki et al. (20 pontos para analfabetos, 25 pontos para escolaridade de 1 a 4 anos, 26,5 pontos para 5 a 8 anos, 28 pontos para 9 a 11 anos e 29 pontos para 12 ou mais anos de estudo), os valores de corte utilizados pelos estudos podem repercutir em elevado número de falsos negativos, a depender do nível da escolaridade dos idosos^{38,40}.

O presente estudo observou resultados semelhantes a achados europeus quanto à discrepância entre a prevalência de demência registrada em prontuário e de déficit cognitivo quando avaliado por instrumento^{27,29,30}. O estudo DEMDATA, realizado por Auer et al., constatou prevalência de registros de demência em prontuário de 58,8% e de déficit cognitivo de 85,2% utilizando Global Deterioration Scale na Áustria²⁷. Lithgow et al. descreveram que 58% dos residentes em nursing homes de Glasgow tinham diagnóstico de demência, e que outros 31,8% mostraram uma possível demência com base no MEEM, levando a uma taxa de prevalência de 89,8% no total²⁹. Da mesma forma, Roen et al. identificou, por meio do MEEM, 83,8% de idosos com demência no momento da internação em nursing homes norueguesas, embora apenas 55,9% estivessem documentados nos registros³⁰.

A alta prevalência de déficit cognitivo e dependência funcional encontrada neste estudo, maior do que a observada nos demais, justifica-se pelo fato de esta pesquisa ter sido realizada em uma única instituição, de caráter filantrópico, que tem como prioridade internação de idosos com maior grau de dependência de cuidados em saúde.

Dentre os pacientes com diagnóstico prévio de demência relatado em prontuário, observou-se que 60% apresentaram CDR de 2 e 3, caracterizados como estágios moderados ou graves da doença. A alta prevalência de portadores de demência em estágios mais avançados, também evidenciada pelo estudo de *Stewart*

et al., reforça a necessidade de capacitação da equipe para os cuidados especiais necessários²⁸.

Neste estudo, houve associação estatisticamente significativa entre os estágios da demência (CDR) e a funcionalidade para AIVDs (Escala de Lawton), o que sugere que quanto maior a gravidade da demência, maior a dependência para a realização das AIVDs. A análise de associação entre CDR e Escala de Katz, por sua vez, mostrou apenas tendência estatística (valor de $p = 0,059$), não havendo significância. Atribui-se este resultado ao pequeno tamanho da amostra utilizada.

Dos 41 idosos com déficit cognitivo avaliados pelo GDS, 36,5% apresentaram rastreio positivo para depressão. Embora a presença de sintomas depressivos possa interferir na avaliação cognitiva, não foi possível, estabelecer relação de causa e efeito entre sintomas depressivos e déficit cognitivo, por se tratar de um estudo transversal. Observa-se, ainda, que diante da alta prevalência de déficit cognitivo, a utilização da Escala de Cornell, conforme a recomendação da ABN, seria mais adequada⁴⁸⁻⁵⁰.

A análise dos subgrupos de idosos com déficit cognitivo de acordo com o MEEM, com ou sem diagnóstico de demência relatado em prontuário, observou diferença estatística para pontuação no MEEM e para as escalas de funcionalidade Lawton e Pfeffer. Estes achados indicam que os idosos previamente diagnosticados para demência apresentam pior desempenho cognitivo e maior dependência para as atividades instrumentais, sugerindo que se encontram em fases mais avançadas de doença. No entanto, conforme observado em outros estudos, há um grupo de idosos com déficit cognitivo e que já apresentam algum grau de dependência funcional, sem diagnóstico de demência, o que reforça a necessidade de avaliação periódica destes domínios (cognição e funcionalidade) por meio de protocolos, para a realização de diagnóstico precoce^{27,29,30}.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considera-se o tamanho da amostra e a avaliação em uma única ILPI fatores limitantes do estudo por não permitirem que os dados sejam extrapolados para a população brasileira. A coleta de dados em instituição de caráter filantrópico, que tem como prioridade de internação idosos com maior grau de dependência em cuidados de saúde, pode ter superestimado a prevalência de déficit cognitivo.

A partir do estudo realizado, foi possível apenas avaliar a prevalência de déficit cognitivo e comprometimento funcional, estimando a prevalência de demência. Para a confirmação diagnóstica da síndrome demencial de etiologia degenerativa, no entanto, faz-se necessário investigação complementar.

Durante a avaliação, não foi possível estabelecer relação de causa e efeito entre déficit cognitivo e sintomas depressivos, sendo que estes podem ter interferido para o pior desempenho nos testes cognitivos. Nota-se, ainda, que diante da alta prevalência de déficit cognitivo, a utilização da Escala de Cornell para rastreio de depressão seria mais adequada.

Observou-se, por fim, que os diferentes instrumentos de avaliação cognitiva e funcional aplicados em outros estudos foram limitantes para a comparação dos resultados, sendo os achados diretamente influenciados pelos métodos de medição. A confecção de protocolos com instrumentos mundialmente validados aceleraria o progresso em pesquisas sobre as condições de saúde e demandas de idosos institucionalizados portadores de demência, favorecendo a formulação de diretrizes de cuidados.

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 Montañó 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.

9. APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Resolução 466/2012

CONVIDO, o Senhor(a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “**Idosos Institucionalizados em Botucatu: Avaliação Cognitiva**”, que será desenvolvido por mim, Mariana Gegenheimer Bremenkamp, médica residente em Geriatria, com orientação do Professor Dr. Paulo José Fortes Villas Boas, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Estou estudando a **demência**. Para que eu possa ter um resultado nesse momento preciso realizar questionários que avaliarão sobre sua capacidade de realizar algumas tarefas do dia-a-dia. Estas perguntas terão duração de aproximadamente 30 minutos.

Solicito também seu consentimento para consultar seu prontuário médico para coletar outras informações lá contidas como idade, escolaridade, comorbidades, medicações em uso, referentes a consultas feitas anteriormente pelo (a) Senhor (a).

Seu benefício em participar será passar por uma avaliação médica para identificar problemas relativos a sua cognição, permitindo a identificação mais precoce do diagnóstico e encaminhamento para acompanhamento posterior.

Fique ciente de que **sua participação neste estudo é voluntária** e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você **poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento**.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome: Mariana Gegenheimer Bremenkamp

Endereço: FMB/UNESP – Departamento de Clínica Médica, Rubião Júnior, S/N

Telefone: (14) 3880-1171

E-mail: marianabremenkamp@gmail.com

Nome: Dr. Paulo José Fortes Villas Boas

Endereço: FMB/UNESP – Departamento de Clínica Médica, Rubião Júnior, S/N

Telefone: (14) 3880-1171

E-mail: pvboas@fmb.unesp.br

Apêndice B – Ficha de Coleta de Dados

IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM BOTUCATU – AVALIAÇÃO COGNITIVA FICHA DE COLETA DE DADOS

Nome: _____

CPF: _____

Sexo: (☐) M (☐) F

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____ anos

Raça: (☐) Branca (☐) Negra (☐) Parda (☐) Amarela

Escolaridade: _____ anos

Estado civil: (☐) casado (☐) não casado

Data de institucionalização: ____/____/____

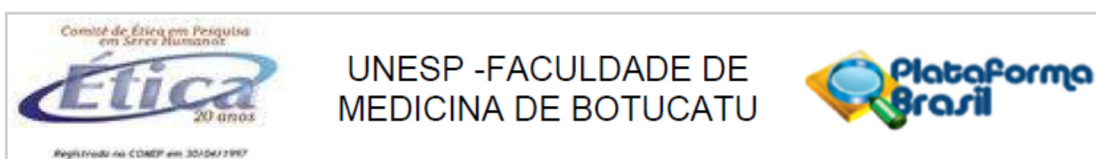
RG HCFMB-UNESP: _____

Diagnósticos atuais:

Medicamentos em uso:

10. ANEXOS

Anexo A – Parecer 1 de Aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Idosos Institucionalizados de Botucatu e Avaliação Geriátrica Ampla e aspectos multidimensionais da saúde

Pesquisador: Paulo José Fortes Villas Boas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94170518.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Clínica Médica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.809.450

Apresentação do Projeto:

Os modelos de predição de mortalidade em idosos institucionalizados auxiliam os profissionais de saúde, na medida em que fornecem informações adicionais importantes para ajudar na orientação do prognóstico e na articulação do planejamento dos cuidados entre familiares e instituição. Servem também para o planejamento de intervenções, a fim de reduzir os riscos de mortalidade precoce, além de auxiliar na previsão de futuras demandas de cuidados. No âmbito da Saúde Pública, estudar as características geriátricas e gerontológicas e os fatores prognósticos em idosos residentes em ILPIs poderá ampliar as discussões acerca das condições de saúde destes, direcionando assim, as ações e programas para a melhoria da qualidade de vida dessa população, bem como da estrutura física e organizacional destas instituições que são cada vez mais necessárias no contexto atual do envelhecimento populacional e se configuram na real alternativa disponível para os cuidados de longa duração. Este estudo é observacional transversal e conveniente e será realizado em duas ILPIs cadastradas na Vigilância Sanitária da Secretaria de Municipal de Saúde de Botucatu.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o perfil dos idosos em duas instituições de longa permanência (ILP) de Botucatu em relação aos parâmetros da avaliação geriátrica ampla

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 2.809.450

Objetivo Secundário:

- Avaliar a correlação entre funcionalidade e fragilidade- Avaliar a correlação entre fragilidade e comorbidades clínicas.- Avaliar a correlação entre fragilidade e o número de medicamentos prescritos.- Avaliar a correlação entre funcionalidade e presença de comprometimento cognitivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Critério de Inclusão:

Idosos institucionalizados que aceitarem em participar da pesquisa.

Riscos:

A participação neste estudo não oferecerá riscos.

Benefícios:

Essa pesquisa terá como benefício a avaliação do estado de saúde do idoso e pode beneficiar seu acompanhamento na instituição e a elaboração de plano de cuidado para o seu atendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O declínio contínuo das taxas de mortalidade e fecundidade elevou de forma expressiva o número de idosos no país. Os dados a serem obtidos nas avaliações descreverão o estado de saúde dos idosos no momento da entrevista, possibilitando tomadas de decisões clínicas oportunas e embasadas, além de possibilidade de discussão estrutural junto às instituições visitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou PB – informações básicas; Termo de anuência institucional; folha de Rosto; Ficha de coleta de dados; Termo de autorização; TCLE; Projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 06 de agosto de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Telefone: (14)3880-1609

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 2.809.450

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1172837.pdf	05/07/2018 15:25:33		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	05/07/2018 15:24:57	Paulo José Fortes Villas Boas	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_ilp.pdf	05/07/2018 15:23:40	Paulo José Fortes Villas Boas	Aceito
Outros	FICHA_COLETA_DADOS.pdf	03/07/2018 14:57:16	Paulo José Fortes Villas Boas	Aceito
Outros	Termo_Autorizacao_ILPI.pdf	03/07/2018 14:55:34	Paulo José Fortes Villas Boas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/07/2018 14:54:39	Paulo José Fortes Villas Boas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ILPI_CEP_julho_2018.pdf	03/07/2018 14:53:59	Paulo José Fortes Villas Boas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 09 de Agosto de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo B – Termo de Autorização para Realização da Pesquisa na Casa Pia São Vicente de Paulo



CASA PIA SÃO VICENTE DE PAULO

“LAR PADRE EUCLIDES”

Rua: Visconde do Rio Branco, s/n – Vila Auxiliadora.
CEP: 18601-600 – Botucatu / SP – CX. Postal: 207 - Tel.: (14) 3882-2005
CNPJ: 45.524.535/0001-08 E-mail: casapia@lpnet.com.br / casapiassvp@gmail.com



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

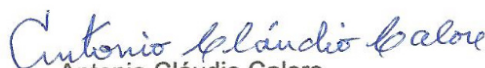
Eu, Antonio Cláudio Calore, presidente da CASA PIA SÃO VICENTE DE PAULO “LAR PADRE EUCLIDES”, AUTORIZO a realização na instituição acima citada da pesquisa “**Idosos Institucionalizados em Botucatu: Avaliação Cognitiva**” sob coordenação de **Mariana Gegenheimer Bremenkamp**, CPF 109.356.767-83, da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (FMB).

Este projeto tem por objetivo primário a avaliação clínica e geriátrica dos idosos institucionalizados em Botucatu.

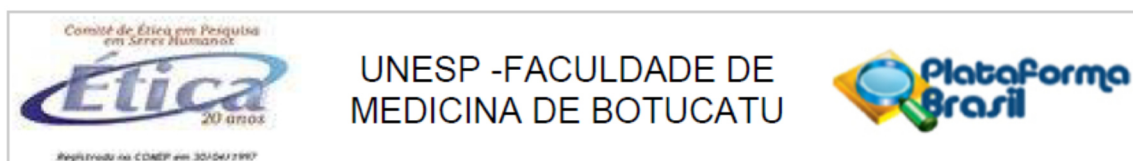
O pesquisador acima qualificado se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FMB.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Botucatu , 17 de abril de 2018.


Antonio Cláudio Calore
Presidente

Anexo C – Parecer 2 de Aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Idosos Institucionalizados em Botucatu: Avaliação Cognitiva

Pesquisador: MARIANA GEGENHEIMER BREMENKAMP

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88280818.9.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Clínica Médica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.648.932

Apresentação do Projeto:

O Este estudo é parte da pesquisa "Idosos Institucionalizados de Botucatu – Avaliação Geriátrica Ampla e aspectos multidimensionais da saúde" coordenado pelo Prof. Adjunto Paulo José Fortes Villas Boas. Será realizado na ILPI Casa Pia São Vicente de

Paulo – Lar Padre Euclides, cadastrada na Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu.

Pesquisa elaborada para a obtenção do título de mestrado.

financiamento próprio.

60 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a prevalência de demência em idosos institucionalizados em instituição filantrópica de Botucatu.

Objetivo Secundário:

Identificar os subtipos de demência diagnosticados; Avaliar a prevalência dos estágios da demência; Relacionar o grau de comprometimento da funcionalidade com o déficit cognitivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 2.648.932

Não há riscos ao participante da pesquisa.

Benefícios:

Como benefício, o participante da pesquisa passará por uma avaliação médica para identificar problemas relativos a sua cognição, permitindo a identificação mais precoce do diagnóstico e encaminhamento para acompanhamento posterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A população mundial presencia

um aumento na expectativa de vida e na prevalência de doenças crônico-degenerativas, dentre elas, as demências, gerando um aumento do número de paciente dependentes de cuidados. Com a modificação da estrutura familiar e a inserção da mulher no mercado de trabalho, há uma busca cada vez maior por Instituições de Longa Permanência para Idosos. Estudar as características geriátricas e gerontológicas e os fatores

prognósticos em idosos residentes em ILPIs poderá ampliar as discussões acerca das condições de saúde destes, direcionando as ações e

programas para melhoria da qualidade de vida dessa população, bem como da estrutura física e organizacional destas instituições que são cada vez

mais necessárias no contexto atual do envelhecimento e se configuram na real alternativa disponível para os cuidados de longa duração.

O trabalho tem fundamentação científica. Mostra-se importante diante do futuro que se apresenta.

Custos: \$100,00

Início: junho de 2018; término: fevereiro de 2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-Anuência Institucional;

-Folha de rosto devidamente assinada;

-Comprovante de envio do projeto ao CEP;

-TCLE em forma de convite, linguagem clara; em forma de convite, contendo a estimativa

do tempo gasto para responder ao questionário. Caso o idosa(a) não se apresentar apto para assinar o termo, o responsável poderá fazê-lo.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 2.648.932

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 07 de maio de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP. No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1111576.pdf	17/04/2018 13:41:30		Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	17/04/2018 13:21:31	MARIANA GEGENHEIMER BREMENKAMP	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	17/04/2018 13:19:21	MARIANA GEGENHEIMER BREMENKAMP	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa.docx	11/04/2018 10:58:17	MARIANA GEGENHEIMER BREMENKAMP	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/04/2018 10:50:38	MARIANA GEGENHEIMER BREMENKAMP	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 2.648.932

BOTUCATU, 10 de Maio de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli , s/n	
Bairro: Rubião Junior	CEP: 18.618-970
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo D – Escala de Katz

ESCALA DE KATZ PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA			
Tarefa	Descrição	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
Higiene pessoal	Vai e usa o banheiro, veste-se e retorna sem nenhuma ajuda		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar-se sem ajuda		
Continência	Controla completamente urina e fezes		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne e passar manteiga)		
TOTAL DE ACERTOS			
Interpretação: 5-6 acertos: independente 3-4 acertos: parcialmente dependente ≤ 2 acertos: totalmente dependente			

Fonte: Katz *et al.*, 1963; Lino *et al.*, 2008

Anexo E – Escala de Lawton

ESCALA DE LAWTON			
Descrição	Sem ajuda	Ajuda parcial	Não consegue
O Sr. consegue usar o telefone?	3	2	1
O Sr. consegue ir a lugares distantes, usando algum tipo de transporte?	3	2	1
O Sr. consegue fazer compras?	3	2	1
O Sr. consegue preparar suas próprias refeições?	3	2	1
O Sr. consegue arrumar a casa?	3	2	1
O Sr. consegue fazer trabalhos manuais domésticos?	3	2	1
O Sr. consegue lavar e passar sua roupa?	3	2	1
O Sr. consegue tomar seus remédios corretamente?	3	2	1
O Sr. consegue cuidar de suas finanças?	3	2	1
TOTAL DE PONTOS			
Interpretação:			
9 pontos: totalmente dependente			
10-15 pontos: dependência grave			
16-20 pontos: dependência moderada			
21-25 pontos: dependência leve			
26-27 pontos: independente			

Fonte: Lawton e Brody, 1969; Lawton, 1971.

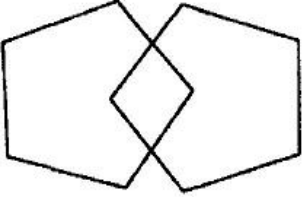
Anexo F – Questionário de Atividades Funcionais

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA							
0. Normal 1. Faz, com dificuldade 2. Necessita de ajuda 3. Não é capaz	0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo 1. Nunca o fez e agora teria dificuldade						
	0	1	2	3	0	1	
Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?							
Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?							
Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?							
Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?							
Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?							
Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?							
Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?							
Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?							
Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?							
Ele (Ela) é pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura? 0. Normal 1. Sim, com precauções 2. Sim, por curtos períodos 3. Não poderia	0. Nunca ficou, mas poderia ficar agora 1. Nunca ficou e agora teria dificuldade						
PONTUAÇÃO FINAL							

Fonte: Pfeffer *et al.*, 1982; Dutra *et al.*, 2015.

Anexo G – Mini Exame do Estado Mental

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL		
Domínio	Descrição	Acertos
Orientação temporal	Pergunte ao indivíduo: • Que dia é hoje? • Em que mês estamos? • Em que ano estamos? • Em que dia da semana estamos? • Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora) (1 ponto para cada item; total: 5 pontos)	
Orientação espacial	• Em que local nós estamos? (apontando para o chão) • Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: ILPI). • Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? • Em que cidade nós estamos? • Em que Estado nós estamos? (1 ponto para cada item; total: 5 pontos)	
Memória imediata	Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: “carro, vaso, tijolo”. (1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.	
Atenção e cálculo	Pedir para o paciente subtrair 7 de 100, 5 vezes sucessivas (100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7). Caso o paciente erre, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir. <u>Alternativa:</u> soletrar a palavra “mundo” em ordem inversa (O-D-N-U-M). (1 ponto para cada item; total: 5 pontos)	
Memória de evocação	Pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir. (1 ponto para cada objeto; total: 3 pontos)	
Linguagem	<u>Nomeação:</u> Peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) . (1 ponto para cada objeto; total: 2 pontos)	
	<u>Repetição:</u> Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nem aqui, nem	

	ali, nem lá”. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)	
	<u>Comando:</u> Seguir o comando de 3 estágios: “pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”. (3 pontos) Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.	
	<u>Leitura:</u> mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando. (1 ponto)	
	<u>Frase:</u> Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos.(1 ponto)	
Capacidade construtiva visual	Copiar o desenho:  Considere apenas se houver 2 pentágonos interceccionados formando uma figura de 4 lados. (1 ponto)	
TOTAL DE ACERTOS		___ / 30 pontos
<u>Pontos de cortes conforme escolaridade:</u> • 20 pontos para analfabetos; • 25 pontos para escolaridade de 1 a 4 anos; • 26,5 pontos para 5 a 8 anos; • 28 pontos para 9 a 11 anos; • 29 pontos para 12 ou mais anos de estudo.		

Fonte: Folstein *et al.*, 1975; modificado por Bertollucci *et al.*, 1994 e por Brucki *et al.*, 2003.

Anexo H – Avaliação Cognitiva Funcional Global

AVALIAÇÃO COGNITIVA-FUNCIONAL GLOBAL (CLINICAL DEMENTIAL RATING – CDR)					
Função	Comprometimento Funcional				
	Nenhum 0	Questionável 0,5	Leve 1	Moderado 2	Grave 3
Memória					
Orientação					
Julgamento e resolução de problemas					
AVDI's comunitárias (assuntos comunitários)					
AVDI's domiciliares (tarefas domésticas)					
AVD's básicas					
PONTUAÇÃO FINAL DA C.D.R.	0	0,5	1	2	3

Fonte: Macedo MBM et al., 2005.

Anexo I – Regras Gerais para Classificação pelo Clinical Dementia Rating

REGRAS GERAIS PARA CLASSIFICAÇÃO DO CLINICAL DEMENTIA RATING
1. M = 2 ou mais Sec; CDR=M Exceto: 2. M=0; 2 Sec=M e 3 Sec≠0; CDR=0.5 Outras situações: 3. M= 0,5; demais Sec 0; CDR=0,5. 4. M≥1; demais Sec<1; CDR= 0,5. 5. M=1 Sec; 2 Sec<M; 2Sec>M; CDR=M. 6. M>2 Sec e <3 Sec; CDR=M. 7. M<2 Sec e >3 Sec; CDR=M. 8. M< ou >4 Sec; CDR=maioria das Sec, exceto quando as categorias forem 0 e M= 0,5 (regra 3)
M: Memória; Sec: Categorias secundárias: orientação, julgamento e solução de problemas, relações comunitárias, lar e passatempos, cuidados pessoais; CDR: Classificação final; 0=normal, 0,5=questionável, 1=leve, 2=moderada e 3=grave.

Fonte: Morris JC, 1993

Anexo J – Escala de Depressão Geriátrica

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA		
Perguntas	Sim	Não
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0
3. Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4. Você se aborrece com frequência?	1	0
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0-
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13. Você se sente cheio de energia?	0	1
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor do que você?	1	0
TOTAL	_____ pontos	

Fonte: Yesavage e Brink, 1983; Almeida e Almeida, 1999.

11. PRODUTO DO TRABALHO

PROTOCOLO PARA RASTREIO DE DEMÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

NA CASA PIA SÃO VICENTE DE PAULA – LAR PADRE EUCLIDES

1. Introdução

A demência é uma das principais causas de institucionalização de idosos, porém ainda é uma condição subdiagnosticada dentro das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

A Doença de Alzheimer é a causa mais frequente de demência, responsável por 60-70% dos casos na população geral. Outras formas relevantes são: demência vascular, demência frontotemporal, demência com Corpos de Lewy, sendo que formas mistas frequentemente coexistem.

Embora não haja cura para as demências neurodegenerativas, a introdução de medicamentos anticolinesterásicos em fases iniciais podem a curto prazo aliviar sintomas. O diagnóstico precoce permite a realização de planejamento de cuidados junto ao idoso e seus familiares, garantindo a preservação de sua qualidade de vida, bem como a estruturação da rede de cuidados conforme as demandas.

2. Conceito

A demência é uma síndrome que se caracteriza por declínio de funções cognitivas e por presença de sintomas comportamentais, com intensidade suficiente para interferir no desempenho para realizar habilidades profissionais ou atividades usuais. Deve-se excluir que tais déficits sejam explicados por um quadro de delirium (confusão mental aguda com flutuação da atenção, geralmente causada por infecção urinária ou pulmonar) ou doença psiquiátrica maior. Se o déficit cognitivo não for acompanhado de comprometimento da funcionalidade para realização das atividades de vida diária, considera-se Comprometimento Cognitivo Leve. Esta condição possui alta taxa de conversão para demência (em torno de 15%), sendo considerada um estágio pré-demencial.

3. Apresentação clínica da demência

- Em geral, início insidioso e progressivo (meses ou anos). No caso de demência vascular, os sintomas sucedem a algum evento de causa vascular como acidente vascular ou derrame cerebral.

- Comprometimento de pelo menos dois domínios cognitivos:
 - Memória: comprometimento da capacidade para adquirir ou evocar informações recentes, com sintomas que incluem repetição das mesmas perguntas ou assuntos, esquecimentos de eventos, compromissos ou lugares onde guardou os pertences;
 - Funções executivas: comprometimento do raciocínio, da realização de tarefas complexas e do julgamento, com sintomas como compreensão pobre de situações de risco e redução da capacidade para cuidar das finanças, de tomar decisões e de planejar atividades complexas ou sequenciais;
 - Habilidades visuais-espaciais: incapacidade de reconhecer faces ou objetos comuns ou de encontrar objetos no campo visual, ou dificuldade para manusear utensílios ou para vestir-se, inexplicáveis por deficiência visual ou motora;
 - Linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita): dificuldade para encontrar ou compreender palavras, erros ao falar e escrever, com trocas de palavras ou fonemas, inexplicáveis por déficit sensorial ou motor.
 - Sintomas comportamentais: alterações de humor (labilidade, flutuações incaracterísticas), agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda de empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis.
- Dependência para realização de atividades relacionadas ao auto-cuidado (tomar banho, vestir-se, promover higiene, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ter continência, alimentar-se e deambular) e/ou de tarefas cotidianas complexas (arrumar a casa, cozinhar, telefonar, viajar, fazer compras, tomar remédios e administrar finanças).

4. Evolução e complicações

Ocorrem perdas progressivas das capacidades de realizar tarefas cotidianas complexas seguida por incapacidade de manter o auto-cuidado. O paciente torna-se progressivamente mais dependente de cuidados, restrito ao leito, com incontinência urinária/fecal, reduzindo a interação social.

Devido à progressiva fragilidade, aumenta o número de internações por infecção, em geral, pneumonia, sendo esta a principal causa de óbito relacionada ao portador de demência.

5. Rastreamento

O teste de rastreio deverá ser realizado pela equipe responsável pela admissão do idoso na ILPI, com reavaliações anuais, podendo antecipar em caso de queixa cognitiva do idoso ou suspeita por parte dos profissionais que o assiste. Tem como objetivo a detecção precoce do déficit cognitivo, a fim de que o residente seja avaliado pelo médico que o assiste, e, se confirmado diagnóstico, receba o tratamento multidisciplinar adequado às suas necessidades.

O rastreamento compreende em avaliação cognitiva e funcional do idoso.

5.1 Avaliação cognitiva

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), é composto por questões agrupadas em 7 categorias para avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança de 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore total pode variar de 0 a 30 pontos.

- Interpretação:

Os pontos de cortes variam conforme escolaridade:

- 20 pontos para analfabetos;
- 25 pontos para escolaridade de 1 a 4 anos;
- 26,5 pontos para 5 a 8 anos;
- 28 pontos para 9 a 11 anos;
- 29 pontos para 12 ou mais anos de estudo.

5.2 Avaliação funcional

A avaliação da funcionalidade poderá ser preenchida pelo profissional que está mais diretamente relacionado ao cuidado do idoso com suspeita de déficit cognitivo.

Para a avaliação da capacidade de realizar atividades relacionadas ao autocuidado (atividades básicas de vida diária – ABVDs), utilizaremos a escala de Katz. Para avaliar as atividades cotidianas mais complexas (atividades instrumentais de vida diária – AIVDs), faz-se necessário o preenchimento do Questionário de Atividades Funcionais (QAF) de Pfeffer.

Escala de Katz

A escala de Katz avalia a capacidade de tomar banho, vestir-se, promover higiene, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ter continência, alimentar-se e deambular de forma independente. A incapacidade de executar estas atividades identifica alto grau de dependência, demandando maior atenção da equipe multidisciplinar.

A pontuação varia de 0 a 6 conforme a independência para funções, sendo a maior pontuação referente ao estado mais independente.

- Interpretação:
 - 5 a 6 pontos: independente para ABVDs
 - 3 e 4 pontos: parcialmente dependente para ABVDs
 - 0,1 e 2 pontos: totalmente dependente para ABVDs

Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer

O QAF é composto por dez perguntas que avaliam a capacidade do paciente de preparar a refeição; de manusear o próprio dinheiro e seus remédios; de fazer compras sozinho; de esquentar a água para o café e apagar o fogo; de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou vizinhança; de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão, um jornal ou uma revista; de lembrar-se dos compromissos, acontecimentos familiares, feriados; de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para a casa; e de ficar em casa sozinho de forma segura. Para cada atividade, é atribuída pontuação de 0 a 3, de acordo com o nível de comprometimento funcional:

- 0 – normal ou nunca o fez, mas poderia fazê-lo;
- 1 – faz com dificuldade ou nunca o fez e agora teria dificuldade;
- 2 – necessita de ajuda;
- 3 – não é capaz.

A pontuação máxima do instrumento é de 30 pontos, indicando maior dependência. Para a população brasileira, recomenda-se ponto de corte > 5 pontos.

- Interpretação:
 - 0 a 5 pontos: independente para AIVDs;
 - 6 a 30 pontos: algum grau de dependência para AIVDs.

5.3 Diagnóstico diferencial

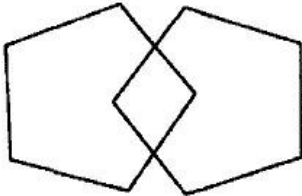
Em caso de quadro de alteração aguda do estado mental, com curso flutuante, presença de desatenção e pensamento desorganizado, suspeitar de que se trate de caso de Delirium. Deve-se excluir, ainda, que o quadro apresentado pelo paciente não esteja associado a condição psiquiátrica de base. Nestas duas situações, descarta-se demência.

6. Conduta

Na presença de déficit cognitivo, deve-se encaminhar o paciente para a equipe médica que o assiste, afim de realizar diagnóstico complementar e investigação etiológica do quadro clínico. Na confirmação do quadro, faz-se necessária assistência multidisciplinar.

7. Questionário

<u>PROTOCOLO PARA RASTREIO DE DEMÊNCIA EM IDOSOS</u> <u>INSTITUCIONALIZADOS NA CASA PIA SÃO VICENTE DE PAULA –</u> <u>LAR PADRE EUCLIDES</u>		
Data da avaliação: / /		Avaliador:
Nome:		Idade:
Anos de escolaridade:		
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL		
Domínio	Descrição	Acertos
Orientação temporal	Pergunte ao indivíduo: • Que dia é hoje? • Em que mês estamos? • Em que ano estamos? • Em que dia da semana estamos? • Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora) (1 ponto para cada item; total: 5 pontos)	
Orientação espacial	• Em que local nós estamos? (apontando para o chão) • Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: ILPI). • Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? • Em que cidade nós estamos? • Em que Estado nós estamos? (1 ponto para cada item; total: 5 pontos)	
Memória imediata	Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: “carro, vaso, tijolo”. (1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.	
Atenção e cálculo	Pedir para o paciente subtrair 7 de 100, 5 vezes sucessivas (100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7). Caso o paciente erre, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir. <u>Alternativa:</u> soletrar a palavra “mundo” em ordem inversa (O-D-N-U-M). (1 ponto para cada item; total: 5 pontos)	

Memória de evocação	Pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir . (1 ponto para cada objeto; total: 3 pontos)	
Linguagem	Nomeação: Peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) . (1 ponto para cada objeto; total: 2 pontos)	
	Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá”. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)	
	Comando: Seguir o comando de 3 estágios: “pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”. (3 pontos) Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.	
	Leitura: mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando. (1 ponto)	
	Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).	
Capacidade construtiva visual	Copiar o desenho:  Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados formando uma figura de 4 lados. (1 ponto).	
TOTAL DE ACERTOS		___ / 30 pontos
Pontos de cortes conforme escolaridade: • 20 pontos para analfabetos; • 25 pontos para escolaridade de 1 a 4 anos; • 26,5 pontos para 5 a 8 anos; • 28 pontos para 9 a 11 anos; • 29 pontos para 12 ou mais anos de estudo.		

Fonte: Folstein *et al.*, 1975; modificado por Bertollucci *et al.*, 1994 e por Brucki *et al.*, 2003.

ESCALA DE KATZ PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA			
Tarefa	Descrição	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
Higiene pessoal	Vai e usa o banheiro, veste-se e retorna sem nenhuma ajuda		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar-se sem ajuda		
Continência	Controla completamente urina e fezes		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne e passar manteiga)		
TOTAL DE ACERTOS			
Interpretação: 5-6 acertos: independente 3-4 acertos: parcialmente dependente ≤ 2 acertos: totalmente dependente			

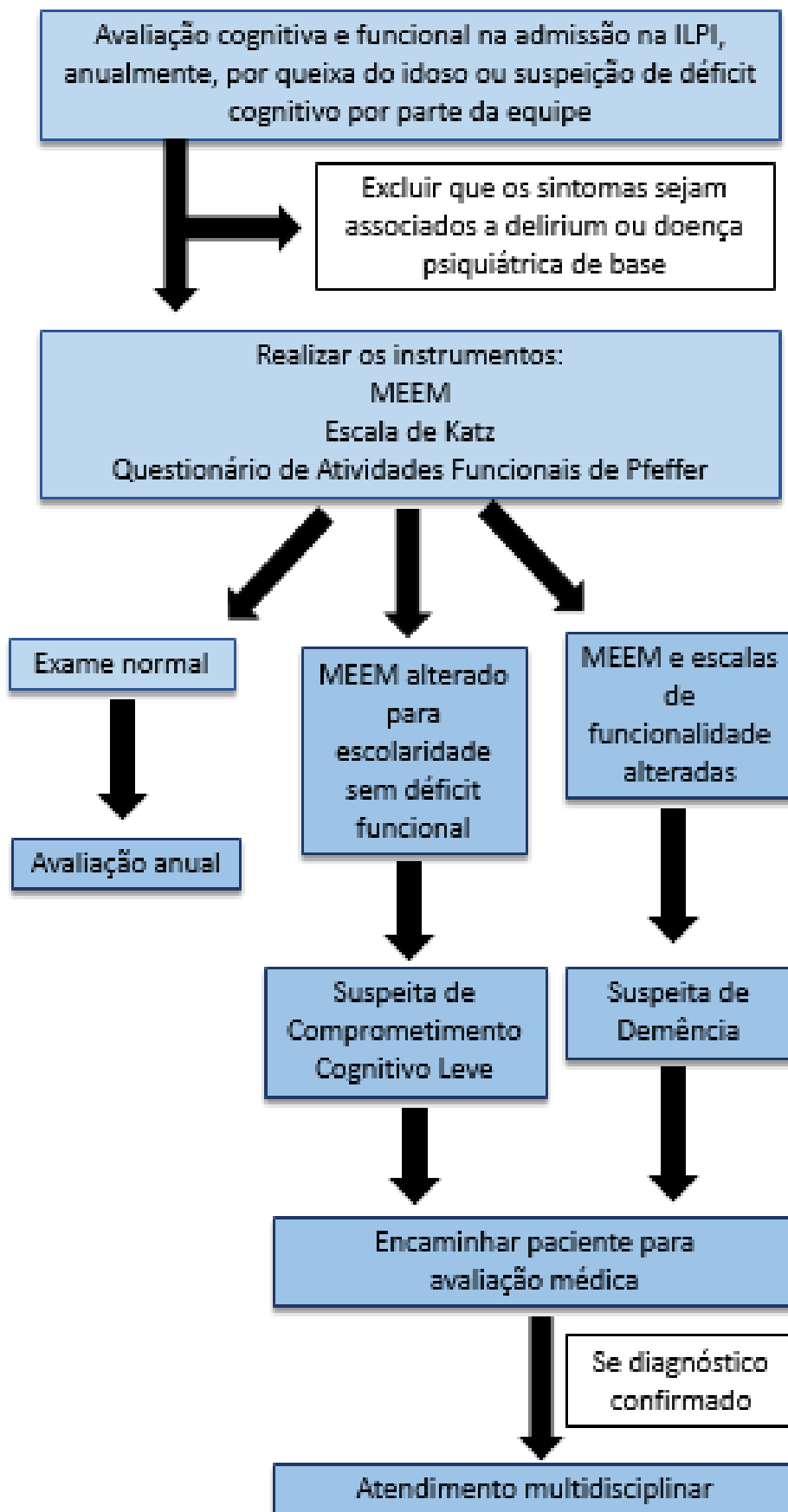
Fonte: Katz et al., 1963; Lino et al., 2008.

Fonte: Pfeffer *et al.*, 1982; Nitrini *et al.*, 2005; Dutra *et al.*, 2015.

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS DE PFEFFER

0. Normal	0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo					
1. Faz com dificuldade	1. Nunca o fez e agora teria dificuldade					
2. Necessita de ajuda						
3. Não é capaz						
	0	1	2	3	0	1
Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?						
Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?						
Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?						
Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?						
Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?						
Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?						
Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?						
Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?						
Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?						
Ele (Ela) é capaz de ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura?						
0. Normal ou nunca ficou, mas poderia ficar agora.						
1. Sim, com precauções ou nunca ficou e agora teria dificuldade						
2. Sim, por curtos períodos						
3. Não poderia						
PONTUAÇÃO FINAL						
Interpretação:						
0-5: normal						
6-30: comprometimento para atividades instrumentais de vida diária						

8. Fluxograma



9. Referências

1. 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>
2. 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*. Dezembro de 2018;18(1):178
3. 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/>
4. 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
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.