

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENVELHECIMENTO HUMANO

MÁRCIA DE OLIVEIRA SIQUEIRA

PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA E  
FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS

Passo Fundo

2020



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

MÁRCIA DE OLIVEIRA SIQUEIRA

PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano, da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, da Universidade de Passo Fundo.

Orientador(a): Profa. Dra. Lia Mara Wibelinger  
Coorientador(a): Profa. Dra. Eliane Lúcia Colussi

Passo Fundo

2020

S618p Siqueira, Márcia de Oliveira  
Prevalência de demência e fatores associados em idosos  
institucionalizados [recurso eletrônico] / Márcia de Oliveira  
Siqueira. – 2020.  
11 MB ; PDF.

Orientadora: Profa. Dra. Lia Mara Wibelinger.  
Coorientadora: Profa. Dra. Eliane Lúcia Colussi.  
Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –  
Universidade de Passo Fundo, 2020.

1. Envelhecimento humano. 2. Idosos – Instituições de  
saúde. 3. Demência senil. 4. Idosos – Saúde e higiene. I.  
Wibelinger, Lia Mara, orientadora. II. Colussi, Eliane Lúcia,  
coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

# TERMO DE APROVAÇÃO



**PPGEH**

Programa de Pós-Graduação  
em Envelhecimento Humano

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEEF

## ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

**“Prevalência de demência e fatores associados em idosos institucionalizados”**

Elaborada por

**MÁRCIA DE OLIVEIRA SIQUEIRA**

Como requisito parcial para a obtenção do grau de  
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 17/08/2020  
Pela Banca Examinadora

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Liamara' with a stylized flourish at the end.

**Profa. Dra. Lia Mara Wibelinger**  
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH  
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Carolina B. De Marchi'.

**Profa. Dra. Ana Carolina Bertoletti De Marchi**  
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH  
Coordenadora do PPGEH

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michele Marinho da Silveira'.

**Profa. Dra. Michele Marinho da Silveira**  
Faculdade Meridional – IMED  
Avaliadora Externa

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marilene Rodrigues Portella'.

**Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella**  
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH  
Avaliadora Interna

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus agradeço sua proteção e iluminação nas conquistas e desafios neste percurso ao longo da vida e do meu futuro.

Aos meus pais Dilson e Neiva que se sacrificaram e se dedicaram na formação profissional, pelos ensinamentos, pela formação de meu caráter, mostrando a importância do conhecimento. Agradeço a vocês pelo carinho, a compreensão, o amor, os conselhos e o apoio no cumprimento de mais esta missão. Mãe sei que presencialmente não está comigo, mas tenho a certeza que está e estará sempre comigo nesta jornada. Tenho orgulho de ser filha de vocês.

Ao Denílson pela paciência, apoio, compreensão e o carinho nos momentos difíceis desta conquista. Agradeço por estar ao meu lado e poder contar contigo sempre.

Aos meus irmãos, cunhado(s) e cunhada, sobrinhos agradeço pelo apoio e reconhecimento. Meu agradecimento especial ao meu irmão Luciano pelo acolhimento, pelas palavras de conforto e o incentivo no percurso desta jornada e ser meu maior incentivador nesta conquista.

Aos meus professores por tornar esse sonho realidade, por serem minha inspiração no futuro, em especial minha coorientadora Eliane pelas contribuições e auxílio na construção deste trabalho e à orientadora Lia Mara incansável apoiadora na pesquisa, pela motivação, pelos ensinamentos no conhecimento para o crescimento profissional, serás sempre minha inspiração como mestra.

Ao grupo de pesquisa e colegas pelo apoio e parceria nestes dois anos de convívio e de estudo. Agradeço especialmente ao Matheus, Bruna, Nagila, Leonardo, Carlos Eduardo, Nádia, Gabriela, pela parceria em todos os momentos, a cada um de vocês levo o meu carinho e gratidão em minha memória sempre! Vocês foram fundamentais para esta conquista.

Agradeço a direção, coordenação e demais funcionários pela receptividade e auxílio.

Agradeço aos professores, bolsistas e aos idosos vinculados ao Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD) sendo fundamental no delineamento deste estudo da qual sem eles esta pesquisa não se realizaria.

Agradeço a CAPES, o presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código do Financiamento 001.

## RESUMO

Siqueira, Márcia de Oliveira. **Prevalência de demência e fatores associados em idosos institucionalizados.** [97] f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2020.

O envelhecimento é multifatorial, progressivo e contínuo caracterizado por alterações fisiológicas e neuropsicossociais, entre elas a demência. A demência é caracterizada por declínios na memória, no raciocínio e nas atividades diárias repercutindo na sua autonomia. O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de demência e fatores associados em idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que fez parte de um projeto multicêntrico intitulado “padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais de Idosos Institucionalizados”, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob o parecer número 2.097.278 e financiado pela CAPES, sob edital ProcaD n°71/2013. Participaram do estudo 474 idosos, de ambos os sexos residentes em Instituições de Longa Permanência dos municípios de Passo Fundo, Carazinho e Bento Gonçalves/RS - Brasil. Foram incluídos na amostra todos os idosos com idade igual ou superior a 60 anos e que aceitaram participar do estudo. Os critérios de exclusão foram idosos que estavam com doenças infectocontagiosas em período agudizado, gravemente enfermos ou hospitalizados no dia do encontro com a equipe de pesquisa. O presente estudo fez-se necessário para avaliar a prevalência de demência em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Foram utilizadas as informações contidas nos blocos A (dados de identificação), B (variáveis sócios demográficas, C (avaliação cognitiva), G (condições de saúde) e J (avaliação funcional) de um questionário semiestruturado. Para análise estatística utilizou-se a análise descritiva e o teste de Regressão de Poisson com variância robusta foi realizado, considerando como significativo  $p \leq 0,05$ . A maioria da amostra foi do sexo feminino (71,5%) com média de idade de 80,27%  $\pm 9,75$  anos. A prevalência de demência foi de 49,78% nos idosos institucionalizados, sendo que os fatores associados a variável dependente foram residir em ILPI privada, não receber visitas de familiares, apresentar acidente vascular encefálico, apresentar incontinência fecal, disfagia, baixa pontuação no Mini Exame de Estado Mental e dependência funcional ( $p \leq 0,05$ ). Conclusão: A prevalência de demência em idosos institucionalizados foi alta, especialmente naqueles que residem em instituições privadas, não recebem visitas de familiares, apresentam acidente vascular encefálico, incontinência fecal, disfagia, baixa pontuação no Mini Exame de Estado Mental e dependência funcional.

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

## ABSTRACT

Siqueira, Márcia de Oliveira. **Prevalence of dementia and associated factors in institutionalized elderly people.** [97] f. Dissertation (Masters in Human Aging) – University of Passo Fundo, Passo Fundo, 2020.

Aging is multifactorial, progressive and continuous, characterized by physiological and neuropsychosocial changes, including dementia. Dementia is characterized by declines in memory, in reasoning and in daily activities, reflecting on their autonomy. The objective of this dissertation is to determine the prevalence of dementia and sociodemographic conditions in institutionalized elderly. This is a cross-sectional population-based study, which was part of the Project entitled “Patterns of Aging and Longevity: biological, educational and psychosocial aspects of Institutionalized Elderly People”, with approval by the Ethics Committee under opinion number 2,097,278 and funded by CAPES, under notice ProcaD n ° 71/2013. 474 elderly people, of both sexes residing in Long-Term Care Institutions (LTCI) in the municipalities of Passo Fundo, Carazinho and Bento Gonçalves/RS-Brazil participated in the study. All elderly people aged 60 years or over and who accept to participate in the study were included. Exclusion criteria were elderly people who were infected with infectious diseases in an acute period, seriously ill or hospitalized on the day of the meeting with the research team. The present study was necessary to assess the prevalence of dementia in elderly people living in long-term care facilities. The information contained in blocks A (identification data), B (socio-demographic variables), C (cognitive evaluation), G (health conditions) and J (functional evaluation) of a semi-structured questionnaire were used. For statistical analysis, the Poisson Regression test with robust variance was used, considering  $p \leq 0.05$  as significant, and also the descriptive analysis. Most of the sample was female (71.5%) with a mean age of  $80.27\% \pm 9.75$  years. The prevalence of dementia was 49.78% in institutionalized elderly, and the factors associated with the dependent variable were living in a private LTCI, not receiving visits from family members, having a stroke, having fecal incontinence, dysphagia, low score on the Mini Mental State Examination and functional dependence ( $p \leq 0.05$ ). Conclusion: The prevalence of dementia in institutionalized elderly people was high, especially in those who live in private institutions, do not receive visits from family members, have stroke, fecal incontinence, dysphagia, low score on the Mini Mental State Examination and functional dependence.

Keywords: Dementia. Elderly. Long-stay institution for the elderly. Institutionalized elderly health.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Conteúdo restrito.....	37
TABELA 2 – Conteúdo restrito.....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituto de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Mini Exame de Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROCAD	Programa Nacional de Cooperação Acadêmica
PROSUC	Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições Comunitárias de Ensino Superior
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA .....	14
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....	14
2.2	DEMÊNCIA .....	16
2.3	DOENÇA DE ALZHEIMER .....	18
2.4	DEMÊNCIA FRONTO TEMPORAL .....	20
2.5	DEMÊNCIAS COM CORPOS DE LEWY .....	22
2.6	DEMÊNCIAS VASCULARES .....	23
2.7	INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS .....	25
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA 1: PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS .....	30
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
	REFERÊNCIAS .....	33
	ANEXOS .....	41
	Anexo A. Conteúdo restrito .....	42
	Anexo B. Conteúdo restrito .....	43
	Anexo C. Conteúdo restrito .....	44

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial. Segundo estimativas de Organizações Internacionais, em 30 anos, haverá um acréscimo de 2 bilhões de pessoas idosas no mundo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019). No Brasil, o aumento acelerado da população idosa é resultante de sucessivas mudanças nas taxas de mortalidade e de natalidade. Em contrapartida à transição demográfica, outras alterações também foram observadas, como o perfil morbimortalidade, originando o processo de transição epidemiológica, caracterizada por alterações nos padrões de saúde e doença relacionando-se ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (CORTEZ *et al.*, 2019). Dentre as doenças crônicas não transmissíveis associadas ao envelhecimento, destacamos as demências, em razão do comprometimento funcional e cognitivo que causam no idoso influenciando diretamente na sua qualidade de vida (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

As demências acometem em torno de 50 milhões de pessoas acima dos 65 anos no mundo, sendo registrados cerca 10 milhões de novos casos ao ano. Segundo estimativas, esta patologia poderá atingir 82 milhões de pessoas em 2030, chegando a 152 milhões em 2050 (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2019).

Biologicamente, o envelhecimento está relacionado ao acúmulo de agravos moleculares e celulares, que gradativamente evoluem, ocasionando declínios nas reservas fisiológicas. Desta forma, os idosos tornam-se mais vulneráveis a patologias crônicas, ao declínio funcional tornando-se dependentes na realização de certas atividades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

O sistema mais comprometido pelo processo do envelhecimento é o sistema nervoso, pois está envolvido com as funções motoras, emocionais, psíquicas e biológicas (CANÇADO; ALANIS; HORTA, 2016; CRUZ *et al.*, 2015). Este sistema sofre alterações relacionadas à redução ou perda de neurônios, lentificação na condução do impulso nervoso, incluindo declínios

motores (FECHINE; TROMPIERI, 2012; PANCOTTE; WIBELINGER; DORING, 2016), que proporciona déficits associados ao declínio cognitivo, raciocínio, distúrbios psicológicos, confusão mental, que podem estar associados a sintomas demenciais ou depressivos (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

Considerando a necessidade de um maior cuidado, por parte do idoso devido às complicações e declínios funcionais ou cognitivos proporcionados pelo quadro demencial, a demanda por instituições de longa permanência se torna elevada. A ILPI se tornou uma alternativa no acolhimento destas pessoas, principalmente, no que tange a necessidade de uma assistência diferenciada (LINI *et al.*, 2014).

Diante das evidências que acercam o processo de envelhecimento como o aumento de doenças crônicas e as alterações fisiológicas, o conhecimento da prevalência da demência e de seus fatores associados torna-se necessários para o delineamento de estratégias e de medidas preventivas para a população idosa institucionalizada. Este entendimento pode contribuir para uma nova perspectiva na redução de agravos e riscos causados pela demência, frente a uma abordagem interdisciplinar assentada no paradigma da promoção de saúde.

Esta dissertação estrutura-se inicialmente pela introdução, revisão de literatura e produção científica I intitulada: Prevalência de Demência e Fatores Associados em Idosos Institucionalizados, seguida das considerações finais, anexos e apêndice.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 *Envelhecimento populacional*

O fenômeno do envelhecimento é uma realidade presente tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento. Estimativas demográficas nacionais sugerem que até 2060 o percentual de pessoas maiores de 60 anos passará dos 9,2% para 25,5%. Atualmente, os idosos brasileiros somam 23,5 milhões de pessoas e este contingente tende a aumentar, em razão da redução da taxa de fecundidade e a progressão da expectativa de vida da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

O aumento da longevidade é uma grande conquista da sociedade. Atualmente a expectativa de vida do brasileiro ao nascer é de 72,74 anos para os homens e 79,8 anos para as mulheres e a projeção estimada para 2060 é alcançar 77,9 anos para os homens e 84,23 anos para as mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Todo este processo de envelhecimento populacional se deu em virtude das inovações tecnológicas aplicadas à saúde e as mudanças comportamentais instituídas no final do século XIX (CRUZ *et al.*, 2015). A partir de então, o contingente de idosos passou a expandir-se até os dias atuais. Com este processo ocorre uma inversão na pirâmide demográfica, consequência da redução das taxas de fecundidade, natalidade, mortalidade infantil e ritmo de crescimento populacional e aumento da expectativa de vida (MENDES *et al.*, 2012).

O envelhecimento é um processo inevitável, multifatorial, dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações e limitações fisiológicas (FERREIRA *et al.*, 2012). Estes comprometimentos propiciam diferentes condições de morbimortalidade que tendem a uma alteração entre os idosos, reduzindo a prevalência das doenças infecto contagiosas e elevando significativamente as doenças crônicas não transmissíveis. A intensidade e a celeridade dessas alterações podem ser influenciadas por fatores biopsicossociais, vivências e

adoções de diferentes estilos de vida, tornando o indivíduo mais vulnerável a quadros patológicos, agravos e necessitando de um cuidado individualizado (MELO *et al.*, 2018). O conhecimento acerca destas informações tem sido confirmado por diversos autores. De um modo geral, as principais patologias e complicações que podem levar o idoso às condições incapacitantes são: a hipertensão arterial, as doenças cardíacas, os cânceres, quadros demenciais e sequelas motoras de acidente vascular encefálico (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

Biologicamente, o envelhecimento humano está ligado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares, onde ocorrem perdas progressivas das reservas fisiológicas. Assim, os idosos apresentam um maior risco de contrair diversas doenças crônicas e de ter declínio geral na capacidade intrínseca até a finitude. No entanto, este processo não é linear ou consistente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Diversas alterações biológicas, oriundas do processo de envelhecimento podem ser citadas, tais como: a redução da massa muscular e óssea, aumento da gordura corporal e, conseqüentemente, do índice de massa corporal, alterações posturais, redução do metabolismo, aumento da pressão sanguínea, alterações anatômicas, morfológicas e funcionais do coração, diminuição da imunidade, redução da complacência pulmonar, maiores chances de aspiração, redução do fluxo sanguíneo renal, incontinências esfinteriana (urinária e fecal), entre outras (PANCOTTE; WIBELINGER; DORING, 2016).

Especificamente no sistema nervoso, as alterações biológicas são caracterizadas pela lentificação da condução nervosa central e periférica, e perda de neurônios (PANCOTTE; WIBELINGER; DORING, 2016). Desta forma, pode-se explicar o porquê, além das alterações anteriormente mencionadas, ocorrem também distúrbios neuropsicológicos relacionados ao declínio cognitivo como alterações na memória, no raciocínio, distúrbios psicológicos, confusão mental, entre outros, que podem estar associado a sintomas demenciais ou depressivo (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010). A

demência está entre a principal doença crônica relacionada com a independência do idoso e conseqüentemente com a sua qualidade de vida.

Frente a isso, aponta-se que, além do declínio dos aspectos biológicos e fisiológicos, mencionados até então, o envelhecimento é uma fase intrínseca ao desenvolvimento humano influenciado também por aspectos psicossociais (impacto nos fatores sociais, culturais, espirituais, emocionais e psicológicos e nas relações familiares) (ALVARADO GARCÍA; SALAZAR MAYA, 2015; DOURADO; OLIVEIRA; MENEZES, 2015). Diante das complicações causadas pelo envelhecimento humano, a ausência do cônjuge, o aumento do risco de doenças crônicas e suas limitações, a presença de fragilidades, o declínio cognitivo são fatores predisponentes que levam à institucionalização do idoso (LINI ; PORTELLA; DORING, 2016). Segundo LINI e colaboradores (2014) a demência é um fator associado à institucionalização aumentando estes índices nestas instituições.

Assim, há necessidade de uma maior cautela na assistência deste indivíduo, exigindo um acompanhamento profissional especializado. Dentre as opções para este acompanhamento, uma das formas mais comumente adotadas é o encaminhamento do idoso para uma ILPI (MICHEL *et al.*, 2012).

## 2.2 Demência

A demência é uma síndrome clínica, incapacitante, de natureza neurodegenerativa que consiste em déficits cerebrais interferindo em vários domínios cognitivos como a aprendizagem, memória e o raciocínio podendo causar limitações funcionais (ÁLVAREZ-LINERA PRADO; JIMÉNEZ-HUETE, 2019; BURLÁ *et al.*, 2013).

A prevalência e a incidência da demência continuarão crescendo a nível mundial. Em 2015, em torno de 47 milhões os idosos foram acometidos com demência, com expectativa de atingir 75,63 milhões em 2030, podendo triplicar em 2050, chegando a 152 milhões de pessoas. Atualmente em torno de 50 milhões de pessoas no mundo são acometidas pela demência, onde a cada 3 segundo surge um novo caso, sendo seis milhões delas oriundas de países de

baixa e média renda (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2019; BURLÁ *et al.*, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017). Existem poucos estudos nacionais sobre a incidência de demência, no entanto, um destes poucos estudos estimou dentre referências bibliográficas que entre os anos de 2010 a 2020 a prevalência das taxas de demências no Brasil podem aumentar de 7,6% e 7,9% respectivamente (BURLÁ *et al.*, 2013).

A senescência é um processo natural caracterizado pela perda gradual na funcionalidade de todos os sistemas fisiológicos, apresentando-se de forma variável de um indivíduo para outro. O sistema nervoso central é um dos mais afetados, pois com o avanço da idade, os sistemas de neurotransmissores sofrem reduções lentas e progressivas que podem culminar em hipotrofia cerebral. Esses danos cerebrais quando afetam várias regiões, causando prejuízos em diversos níveis cognitivos nos idosos (ANDRADE *et al.*, 2017).

A demência é uma das principais causas de incapacidade na velhice, descrita como uma degeneração crônica e geralmente irreversível da cognição quando comparado ao perfil prévio do indivíduo. O diagnóstico é obtido através de uma série exames e avaliações que se encaixam com certos critérios determinantes para a patologia. Por ser um quadro evolutivo, é fundamental caracterizar os domínios cognitivos acometidos e a gravidade destes acometimentos assim como o seu declínio funcional, pois é através dele que evidenciamos a demência. As demências podem apresentar-se de forma progressiva (definidas por um curto período de semanas ou meses) ou de forma crônica, como a Doença de Alzheimer (DA), a demência dos corpos de Lewy e a Demência Frontotemporal (PARMERA; NITRINI, 2015).

A síndrome demencial consiste em alterações psicológicas e comportamentais que determinam um conjunto de sintomas agregados a transtornos de pensamento, da percepção, do humor, fornecendo dados importantes para o diagnóstico. A demência vai além de componentes orgânicos. Deste modo, o delírio, a alucinação, a agressão ou a agitação, a ansiedade, a euforia, a apatia, a agitação motora, a insônia e as disfunções alimentares, são condições que podem impactar nas dimensões sociais,

econômicas, políticas, familiares e pessoais, dependendo da progressão da doença (SILVA; SOUZA., 2018).

O processo demencial requer uma adequação no cuidado do idoso comprometido. Portanto a dinâmica da atenção a este idoso, em que o familiar convive com o declínio cognitivo progressivo e demais complicações, demanda na necessidade de um acompanhamento profissional contínuo levando a institucionalização deste indivíduo (CALDAS, 2002; LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

### 2.3 *Doença de Alzheimer*

A DA foi descoberta pelo psiquiatra alemão por Aloir Alzheimer em 1906, descrita como uma patologia neurodegenerativa progressiva que acomete principalmente a memória e as capacidades cognitivas (OLIVEIRA FILHO; MARTINS, 2018).

Conforme World Alzheimer's Report (2015) 9.4 milhões de idosos foram acometidas pela DA nas Américas, atingindo cerca de 46,8 milhões no mundo. Projeções indicam que estes índices chegarão em torno de 131,5 milhões em 2050 (PRINCE *et al.*, 2015). Atualmente no Brasil estes índices chegam a 11,5% da população nacional idosa (BRASIL, 2019).

Os quadros clínicos mais comuns da DA incluem amnésia, perda ou comprometimento na fala, agnosia, incapacidade de executar movimentos coordenados, alterações no raciocínio e de comunicação. Deste modo, a capacidade de discernimento nestas pessoas acometidas se torna reduzida, promovendo a incompreensão na consequência de seus atos (FAGUNDES *et al.*, 2019). Quanto à etiologia, grande parte dos casos ocorre de forma esporádica ou tardia (95%), mas os fatores ambientais e genéticos (5%) também podem contribuir para o surgimento desta patologia (MENDIOLA-PRECOMA *et al.*, 2016).

Essa doença não apresenta caráter hereditário, mas se há histórico de pacientes com DA na família este risco aumenta, quando comparado com

indivíduos sem histórico familiar. Há casos em que a herança genética é relevante, quando os sintomas são perceptíveis antes dos 60 anos, correspondendo 10% dos casos da DA. Outros fatores de risco tais como diabetes, hipertensão, obesidade, tabagismo, o sedentarismo e o estilo de vida, devem ser considerados (BRASIL, 2019).

A progressão e a definição do diagnóstico DA envolve o desenvolvimento de vários mecanismos neuropatológicos como as placas amilóides e emaranhados neurofibrilares. As placas amilóides caracterizam-se pelo acúmulo extracelular da proteína  $\beta$ -amilóide  $A\beta$  promovendo a degeneração neuronal. A clivagem da proteína precursora de amilóide origina a proteína  $\beta$ -amilóide  $A\beta$  que se agrega a oligômeros tóxicos. Esse acúmulo dos oligômeros com o passar do tempo formam as fibrilas insolúveis denominadas também de placas senis características do Alzheimer. A presença de emaranhados neurofibrilares é causada pela mutação da proteína Tau, que são anormalmente hiperfosforiladas, reduzindo a afinidade pela tubulina desestabilizando os microtúbulos, promovendo a sua degradação. Esse processo afeta o transporte axonal causando disfunção e a degeneração neuronal (HILDRETH; CHURCH, 2015; NITZSCHE; MORAES; TAVARES JÚNIOR, 2015).

De acordo com o grau evolutivo, a DA divide-se em 3 fases: a fase inicial é caracterizada por alterações na memória episódica e a dificuldade em assimilar novas informações, insônia, perda das habilidades visuais e espaciais, irritabilidade e agressividade, dificuldades na realização das atividades diárias e esquecimento de pessoas próximas; fase intermediária é identificada por: agravos motores, falta de apetite, alucinações distúrbios do sono, dificuldades na fala, dificuldade em coordenar movimentos e a dificuldade para expressar uma ideia; na fase mais grave a memória apresenta-se muito comprometida, com dificuldade na orientação espacial, incontinência urinária e fecal, dificuldade de comer, deficiência motora progressiva podendo evoluir ao uso de cadeira de rodas ficando restrito ao leito (SANTOS; BORGES, 2015; SILVA; SOUZA, 2018).

Portanto as perdas cognitivas são graduais, lentas e irreversíveis de forma que cada fase apresenta declínios, ocorrendo de forma heterogênea em cada indivíduo (SILVA; SOUZA, 2018).

O diagnóstico desta neuropatologia deve ser o mais precoce possível, de modo preciso, com tratamento adequado, favorecendo o prognóstico do quadro e evitando a evolução rápida da doença. O tratamento pode ser constituído de intervenções não farmacológicas ou farmacológicas, onde os fármacos podem intervir de forma sintomática, atuando na redução das taxas de progressão dos danos, não alterando o quadro neurodegenerativo subjacente (FOLLE; SHIMIZU; NAVES, 2016; MENDIOLA-PRECOMA *et al.*, 2016).

#### 2.4 *Demência Fronto Temporal*

As demências fronto temporais (DFT) são a segunda causa de demência mais comum, após a DA. Pode manifestar-se em indivíduos antes dos 45 anos (10% dos casos) ou dos 65 anos. Ainda, 30% dos casos podem acometer indivíduos com mais de 65 anos (RODRÍGUEZ-LEYVA *et al.*, 2018).

A demência frontotemporal compreende um espectro de sinais neurodegenerativos representados por quadros clínicos heterogêneos o qual predomina dois tipos de neuropatologias subjacentes. A DFT é tipicamente constituída por três síndromes clínicas distintas: degeneração frontotemporal variante comportamental (DVF) e duas afasias progressivas primárias (APP): afasia progressiva primária semântica variante (SVPPA) e uma afasia progressiva primária não fluente variante (APF nfv) (TSAI; BOXER, 2014).

Há outras três síndromes que frequentemente se sobrepõem neuropatologicamente e clinicamente DFT: síndrome corticobasal (CBS), paralisia supranuclear progressiva (PSP) e a esclerose lateral amiotrófica (ELA). Estas síndromes poderão estar associadas a um ou mais quadros patológicos subjacentes denominando de degeneração lobar frontotemporal (DLFT). A DLFT é caracterizada alterações neuropatológicas heterogêneas causando degeneração nas regiões frontais e/ ou temporais. Esta nomenclatura se torna pertinente em razão da variedade fenotípica e da

evolução das condições neuropatológicas (BUTLER; CHIONG, 2019). De acordo com a região afetada os quadros clínicos são distintos, portanto se a degeneração acomete o lobo frontal ocorrem alterações comportamentais e cognitivas com sintomas psiquiátricos (redução emocional, capacidade de resposta, tomada de decisões e obsessões); as lesões nos lobos temporais, a perda semântica, comportamento compulsivo e a religiosidade estará pronunciada, e quando o envolvimento é temporal anterior há mudanças sócio comportamentais. A preservação da região hipocampal nestes pacientes confirma o não comprometimento da memória (BUTLER; CHIONG, 2019; PARMERA; NITRINI, 2015).

As degenerações são decorrentes da atrofia assimétrica dos lobos frontais e temporais. Quando as lesões são decorrentes da área pré-frontal os sintomas comportamentais são: irritabilidade, redução de empatia, apatia, afeto inapropriado, de modo que o comprometimento orbital estaria associado à alteração alimentar, a sexualidade, desinibição, comportamentos antissociais e estereotipados. Estes comportamentos ritualísticos ou estereotipados podem assumir ações repetitivas tanto motoras como verbais, através de gestos, fala e hábitos alimentares. Quando os danos se localizam no lobo fronto-medial os sintomas correlacionam-se com a apatia, passividade e isolamento. No lobo temporal essas alterações se traduzem num comportamento compulsivo, antissocial onde a religiosidade é extrema. A preservação relativa da formação hipocampal justifica uma redução no comprometimento da memória nestes pacientes (PARMERA; NITRINI, 2015).

As demências neurodegenerativas apresentam uma carga genética significativa através da transmissão autossômica dominante, especialmente a DFT (20% - 50%), menos frequente que a DA (<1%) estes índices variam de acordo com séries e a população estudada (MASSANO; LEÃO; GARRETT, 2016).

Não há tratamento que regrida a evolução do quadro clínico, mas tratamentos ambientais e medicamentoso poderão facilitar o manejo comportamental do indivíduo (HODGES; PIGUET, 2018).

## 2.5 Demências Com Corpos De Lewy

As Demências com Corpos de Lewy (DCL) são distúrbios neurodegenerativos caracterizados pela formação de agregados da proteína  $\alpha$ -sinucleína, nas células neuronais e não neuronais do cérebro (OUTEIRO *et al.*, 2019).

Tanto a Doença de Parkinson, como a DCL são patologias neurodegenerativas associadas a  $\alpha$ -sinucleína. A prevalência da Doença de Parkinson acomete em torno de 1% em idosos acima de 60 anos enquanto que a DCL esta estimativa fica em torno de 0,4% em pessoas acima de 65 anos (EVERSFIELD; ORTON, 2018).

A principal característica clínica da DCL é a flutuação da cognição, com alterações na atenção, alucinações visuais e sintomas de parkinsonismo. Existe uma relação entre a DCL e a Doença de Parkinson com demência, ambas apresentam distúrbios neurocognitivos com depósitos de  $\alpha$ -sinucleína ou Corpos de Lewy (JELLINGER; KORCZYN, 2018). Por essa razão, os quadros clínicos cognitivos e motores são semelhantes, que incluem a demência, cognição flutuante, perturbações visuais, distúrbios do sono com movimentos oculares rápidos e sintomas de parkinsonianos. Os déficits cognitivos se sobrepõem aos distúrbios de linguagem, com prejuízos nas funções executivas e anormalidades viso-espaciais com alterações na memória, humor e comportamento (BOTZUNG *et al.*, 2019; CAPOUCH; FARLOW; BROSCH, 2018).

Segundo consenso médico internacional, o DCL é diagnosticado quando as alterações nos domínios cognitivos antecedem os sinais motores parkinsonianos, enquanto que no DPD, as alterações cognitivas são perceptíveis juntamente com a doença de Parkinson já estabelecida (JELLINGER; KORCZYN, 2018). Quando comparada com a DA, manifestações clínicas e os quadros patológicos são semelhantes, mas a DCL diferencia-se pela preservação da memória e as alucinações visuais complexas (OUTEIRO *et al.*, 2019).

O paciente típico de DCL apresenta a demência precocemente (após os 55 anos) associada a alucinações visuais. Os sintomas motores extrapiramidais típicos da DP surgem simultaneamente ou após de um determinado tempo. Além da memória, vários são os domínios cognitivos afetados como atenção, funcionalidade e a habilidade viso-espacial (GOMPERS, 2016).

A grande questão é a elucidação do diagnóstico, pois os critérios clínicos são sugestivos e não são específicos para o DCL. Baseado em autópsia os critérios de diagnósticos apresentam-se com baixa sensibilidade e alta especificidade, podendo apresentar falso negativo no estágio inicial da doença, e falso positivo no estágio avançado da demência. Atualmente as terapias disponíveis é a medicamentosa com a indicação de inibidores da colinesterase a fim de reduzir os sintomas (JELLINGER; KORCZYN, 2018).

## 2.6 Demências Vasculares

O comprometimento cognitivo vascular (CCV) refere-se ao espectro de todos os distúrbios cognitivos relacionados às patologias neurovasculares variando de comprometimento leve à demência. A relação da doença vascular com as demências é facilmente diagnosticada após o idoso ter histórico de AVC, hipertensão, diabetes e tabagismo (PARMERA; NITRINI, 2015). O CCV é caracterizado pela redução de aporte sanguíneo no cérebro, resultando em atrofia na substância cinzenta e substância branca, incluindo danos vasculares subcorticais, especialmente no tálamo. O fluxo sanguíneo reduzido é consequência de fatores isquêmicos, hemorrágicos e outros que de alguma maneira atingem as regiões funcionais e cognitivas cerebrais. As regiões comprometidas afetam a memória, velocidade de pensamento e processamento das funções executivas. Os tipos de CCV são categorizados de acordo com a clínica, divididos em comprometimento cognitivo leve vascular (CCLV), demência vascular (DV) e demência mista (DM) associada à disfunção vascular (HORT *et al.*, 2019).

A Demência vascular é a forma mais grave do CCV, caracterizada pelo comprometimento cognitivo progressivo e degenerativo, resultante de um

acidente vascular cerebral ou de uma lesão vascular subclínica (GORELICK *et al.*, 2011). De acordo com as características clínicas apresenta quatro subgrupos: comprometimento cognitivo pós-AVC, comprometimento cognitivo vascular isquêmico subcortical, comprometimento cognitivo de infarto múltiplo (cortical) e comprometimento cognitivo misto (VAN DER FLIER *et al.*, 2018; YUAN; BI, 2020). A lesão vascular cerebral depende do calibre do vaso geralmente arterial de pequenos e grandes vasos e da localização, parâmetros relevantes na avaliação do grau de comprometimento cognitivo e comportamental (CUSTODIO; MONTESINOS; ALARCÓN, 2019). A dimensão e a localização destas lesões vasculares são investigadas através da neuroimagem. Quando a localização atingir áreas corticais, subcorticais associativas ou límbicas-paralímbicas, comprometem as funções cognitiva e/ou comportamental e de memória (ENGELHARDT *et al.*, 2011).

A incidência e a prevalência da maioria das demências vasculares têm números elevados acima dos 80 anos. Embora a demência vascular também possa aumentar com a idade, o risco de demência por doença cérebro vascular, parece ser reduzido em idades muito avançadas. Esta redução pode ser em razão do predomínio outras causas de demência, como a demência de patologia mista, que são mais comuns em idades avançadas. Pacientes com demência vascular têm sobrevida reduzida desde o diagnóstico (3-5 anos), quando comparada ao indivíduo acometido com DA (7 a 10 anos). A demência vascular é a causa mais comum de déficit cognitivo após a DA conforme estudos (VAN DER FLIER *et al.*, 2018). Em pacientes que sofreram AVC, risco em desenvolver a demência aumenta em 15 a 30%, considerada um subtipo de DV (O'BRIEN; THOMAS, 2015).

O tratamento compreende o controle adequado dos fatores de risco, prevenção das lesões vasculares cerebrais, reduzir a progressão da doença cerebrovascular através de terapias farmacológicas e o tratamento sintomático das alterações cognitivas e comportamentais (CUSTODIO *et al.*, 2016).

## 2.7 Instituições de longa permanência para idosos

O crescimento da população idosa é considerado uma conquista da humanidade, porém este cenário provoca novos desafios à previdência, a saúde, a assistência social, ao cuidado e a socialização do idoso (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016, 2018). O processo de envelhecimento associado com elevado contingente de idosos proporciona o aumento na incidência e na prevalência de demência, podendo duplicar estas taxas a partir dos 60 anos de vida. A demência é uma doença neurodegenerativa que se caracteriza pelo declínio cognitivo, promovendo alterações sociais e funcionais. Com a evolução da doença, as mudanças no comportamento, os episódios de amnésia e o comprometimento na realização das atividades diárias tornam o idoso progressivamente incapaz e dependente de cuidados (DUTRA *et al.*, 2016; NASS *et al.*, 2016).

Por gerações as relações familiares sempre foram intensas, onde os filhos ou demais integrantes da família eram responsáveis pelo cuidado dos mais velhos, mantendo-os no seu ambiente. Mas, com a entrada da mulher no mercado de trabalho, a redução do número de integrantes da família, o ritmo de vida moderna e do cotidiano familiar, tem gerado dificuldades para a manutenção deste idoso em seu lar (DE AZEVEDO *et al.*, 2017; FAGUNDES *et al.*, 2017). Um estudo apontou que a presença de conflitos familiares, os problemas financeiros e não ter família constituíram os principais motivos para a institucionalização de sujeitos na faixa etária de 60 anos ou mais de idade (RISSARDO *et al.*, 2012).

Diante deste contexto, agregado aos conflitos intergeracionais e familiares, bem como da figura feminina não estar mais tão disponível na prestação dos cuidados dos idosos como em outros tempos, aumentaram a procura pela institucionalização (LINI; PORTELLA; DORING, 2016; LINI *et al.*, 2014). Inicia-se um grande desafio a ser enfrentado pelo idoso: a nova rotina, o ambiente hostil e desanimador e a dificuldade na adaptação a este processo de institucionalização (DE AZEVEDO *et al.*, 2017; FAGUNDES *et al.*, 2017).

A ILPI é definida como estabelecimento residencial com atendimento assistencial integral a pessoas acima dos 60 anos ou mais, podendo ser independentes ou apresentar algum grau de dependência, com ou sem suporte familiar (FAGUNDES *et al.*, 2017). Segundo o IPEA existem em torno de 3.294 instituições no território brasileiro que abriga cerca de 88.321 idosos com mais de 60 anos, dividindo-se em filantrópicas (65,2%) e privadas (28,2%). Existem as que se denominam de lares que visam reproduzir a vida em família correspondendo em torno de 30% das instituições brasileiras (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Em outros países o número de idosos institucionalizados pode chegar aos 15%, mas no Brasil este número permeia em torno do 1%, segundo os últimos registros. Todavia, a procura por este serviço tende a crescer em virtude da ascensão do envelhecimento populacional, aos novos arranjos familiares e às situações de vulnerabilidade presentes neste país (CAMARANO, 2008; CAMARANO; KANSO, 2010). Um estudo populacional identificou que o perfil dos idosos brasileiros institucionalizados tem o predomínio de mulheres (57,3%), a maioria das ILPI era filantrópica (65,2%), apenas 34,9% dos idosos eram independentes e menos de 50% das instituições ofertavam atividades para geração de renda e lazer (CAMARANO; KANSO, 2010).

O preconceito a estes estabelecimentos ainda permanece, sendo difundida em nosso país como “depósitos de idosos”. A imagem negativa pode estar relacionada ao histórico de constituição, uma vez que sua criação era abrigar pessoas em situação de pobreza, as privadas do convívio familiar e as com problemas de saúde (CAMARGOS, 2014). Atualmente, esta imagem negativa está sendo modificada, sendo possível a opção de moradia voluntária de idosos alegando motivos como: a falta de companheiro, não querer onerar os filhos, viuvez, entre outros motivos (FREITAS; NORONHA, 2010).

As ILPIs são instituições híbridas, de caráter social, que atendem as demandas de cuidado de saúde do idoso, propiciando de alguma forma a integração social aos residentes independentes através de atividades lúdicas,

promovendo a estas pessoas idosas a oportunidade do exercício social (FAGUNDES *et al.*, 2017). Estas instituições oferecem moradia, vestuário, serviços médicos e medicamentos aos seus residentes, podendo ser confundida com estabelecimento de saúde em razão de seus serviços prestados, mas cabe ressaltar que não suprem os cuidados voltados a clínica médica e terapêutica (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Apesar das imagens construídas em torno das ILPI, por outro lado estes locais podem causar um sentimento de ambiguidade para os idosos que nelas residem, pois, ao mesmo tempo em que acolhe-os e abriga-os, aprisiona-os e exclui-os do convívio social, podendo, até mesmo, acelerar o processo de sua morte (OLIVEIRA; ROZENDO, 2014). Isso se justifica pelo fato de acreditar-se que as ILPI ofertem os cuidados minimamente assistenciais, em virtude das dificuldades em investir na qualidade de vida e promoção de saúde dos residentes, impactando negativamente na autonomia e a independência desta população (BÜHLER; MUNTINI; WIBELINGER, 2013; HORTA *et al.*, 2016). Além disso, o comprometimento funcional dos idosos institucionalizados pode estar relacionado com a falta de estímulos cognitivos e motores (KOCK; BISETTO, 2017), questionando-se a promoção de saúde nestes locais (HORTA *et al.*, 2016).

É consenso que a população idosa requer cuidados, pois está mais exposta a doenças crônicas não transmissíveis e agravos, podendo muitas vezes apresentar sequelas no desempenho funcional, cognitivo e motor. Segundo um estudo referente à saúde do idoso em ILPI, em Natal/RN confirma esta realidade, demonstrando que cerca de 90% destes idosos faziam o uso de algum medicamento, sendo 73,3% apresentaram declínio cognitivo e 83,3% eram dependentes em algum tipo na realização de alguma atividade diária (DE AZEVEDO *et al.*, 2017).

Portanto cabe a ILPI o gerenciamento das condições de saúde destes indivíduos, considerando as individualidades, oferecendo assistência e serviços multiprofissionais qualificados. Além disso, devem proporcionar ao idoso um cuidado diferente daqueles encontrados nos ambientes hospitalares e

domésticos (OLIVEIRA; TAVARES, 2014). Apesar de estas instituições apresentarem responsabilidades e obrigações, a presença de aspectos negativos sobre o bem estar dos residentes nestes locais é implícita em grande parte delas (FAGUNDES *et al.*, 2017).

As ILPI devem oferecer uma equipe assistencial, conforme os preceitos legais, que garantam cuidados aos residentes, conforme grau de dependência, assegurando o acesso a uma infinidade de medidas terapêuticas de apoio, tanto diretamente ao indivíduo, como à própria estrutura (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015). Portanto, faz-se necessário que as instituições possuam uma equipe multiprofissional capacitada na área de gerontologia para proporcionar um cuidado diferenciado ao idoso, prestando auxílio em suas ações e desenvolvendo um papel fundamental na gestão organizacional do serviço (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Neste sentido, é fundamental identificar os fatores que levam o idoso à internação nestes estabelecimentos, o que faz com que os familiares e profissionais possam refletir quanto à institucionalização (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

Os idosos institucionalizados apresentam piores condições de saúde quando comparados aos idosos da comunidade, especialmente em relação ao comprometimento cognitivo e funcional (LINI; PORTELLA; DORING, 2016; MENEZES *et al.*, 2016), além de qualidade de vida, baixa escolaridade, pior autoavaliação de saúde e idade mais avançada (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013).

Dos registros brasileiros sobre idosos institucionalizados, evidencia-se que, no ano de 2010 (dados mais atuais registrados), a região Sul era a segunda com maior número absoluto de idosos institucionalizados e de ILPI (16,2 mil e 693, respectivamente) (CAMARANO, 2008; CAMARANO; KANSO, 2010). Na região Sul, a maioria das ILPI era filantrópica (51,9%), com predomínio do sexo feminino (61,7%) (CAMARANO, 2008). A partir da década

de 2010, os estudos sobre o perfil de idosos institucionalizados brasileiros ganharam maior destaque e investimento, especialmente na região Sul do país e no município de Passo Fundo/RS (BÜHLER; MUNTINI; WIBELINGER, 2013; GIAQUINI; LINI; DORING, 2017; LINI *et al.*, 2014; LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

Nesta perspectiva, as incapacidades impostas pelos déficits funcionais das atividades de vida diária fazem com que os idosos institucionalizados com demência necessitem de cuidados diferenciados, pois tarefa simples como alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro podem tornar-se árduas, principalmente em demências de estágio avançado. Assim, conhecer a prevalência de demências em idosos institucionalizados poderá contribuir para que a rede de atenção básica de saúde reconfigure-se às novas necessidades e possam ser criadas estratégias que beneficiem esta população (LINI *et al.*, 2014).

### **3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA 1: PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Capítulo omitido por questões de originalidade de produção científica.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O ritmo de crescimento da população idosa está crescendo de modo acelerado no Brasil e no mundo. O aumento da expectativa de vida tem como consequência o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis podendo ocasionar uma série de incapacidades. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis que afetam a funcionalidade do idoso estão as demências, que além do comprometimento funcional e cognitivo comprometem a sua qualidade de vida. Na busca por melhores condições de saúde e cuidado especializado, muitas famílias optam pela institucionalização do idoso. Outros fatores que também contribuem são: a nova constituição familiar e a entrada da mulher ao mercado de trabalho.

Contatou-se nesta pesquisa o elevado índice de prevalência de demência (49,78%) em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Este alto índice pode ser evidenciado pela necessidade de um atendimento e de um cuidado diferenciado em razão dos declínios funcionais e cognitivos presentes nestes idosos. Salientamos nesta pesquisa a presença da idade avançada e da feminilização da velhice nestas instituições, além de fatores que estão relacionados à demência como AVE, disfagia, incontinência fecal, dependência funcional, declínio cognitivo e não receber visitas de familiares.

Diante dos resultados encontrados e das pesquisas realizadas, este estudo proporcionou aos pesquisadores o conhecimento sobre a prevalência da demência e os seus fatores associados auxiliando na compreensão sobre o assunto servindo como adjuvante no desenvolvimento de estudos referentes à prevenção da demência, melhorando a qualidade de vida e a independência destes idosos.

Por fim o cuidado do idoso não é uma tarefa fácil, principalmente na realidade das instituições brasileiras onde as dificuldades financeiras e o atendimento multidisciplinar são por vezes, precários. Portanto conhecer as incapacidades, os fatores predisponentes e as condições de saúde desta população são fundamentais para a implementação de ações integrais e

multidisciplinares para o enfrentamento de estratégias e ações na prevenção de doenças bem como de intervenções voltadas a esta população.

A realização do mestrado proporcionou o conhecimento amplo a respeito do processo de envelhecimento, possibilitando o contato com um universo de informações na área do conhecimento multidisciplinar. As vivências, os declínios, as dificuldades, as expectativas despertaram o meu pensamento crítico e a necessidade de cada vez mais pesquisar e conhecer o nosso futuro.

## REFERÊNCIAS

ALVARADO GARCÍA, A. M.; SALAZAR MAYA, Á. M. Adaptation to chronic benign pain in elderly adults. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**, v. 33, n. 1, p. 128–37, 2015.

ÁLVAREZ-LINERA P. J., JIMÉNEZ-HUETE A. Neuroimaging in dementia. Clinical-radiological correlation. **Neuroimaging en demencia. Correlación clínico-radiológica. Radiologia**; v.61, n.1, p. 66-81. Out.2019

ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. DOS. Elderly in long-term institutions: development, living conditions and health. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre v. 26, n. 4, p. 820–830, Dec 2013.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. **World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia. London: Alzheimer's Disease International**. Disponível em: <<https://www.alz.co.uk/research/world-report-2019>> Acesso em: 18 maio 2020

ANDRADE, F.L.J.P. *et al.* Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 186-196, Apr. 2017

BOTZUNG, A. *et al.* Pay attention to the basal ganglia: a volumetric study in early dementia with Lewy bodies. **Alzheimer's Research & Therapy**, v. 11, n. 108. Dec 2019

BRASIL. **Alzheimer acomete 11,5% da população idosa do País**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2019/02/alzheimer-acomete-11-5-da-populacao-idosa-do-pais>>. Acesso em: 20 jul. 2019

BÜHLER, M. A.; MUNTINI, N.; WIBELINGER, L. M. Caracterização e condições de saúde de idosos institucionalizados. In: WIBELINGER, L. M. (Ed.). **Disfunções músculo-esqueléticas: prevenção e reabilitação**. 1a ed. Passo Fundo: Ifibe, 2013. p. 131–140.

BURLÁ, C. *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 18, n. 10, p. 2949-2956, Out 2013.

BUTLER, PM; CHIONG, W. Neurodegenerative disorders of the human frontal lobes. **Handbook of Clinical Neurology**, v. 163, p.391–410. 2019

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Eds.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 51–71.

CAMARANO, A. A. Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Sul. 3a ed. Brasília: **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2008.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Eds.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 479–514.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p. 232–235, 2010.

CAMARGOS, M.C.S. Instituições de Longa Permanência para idosos : um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.31, n. 1, p. 211-217, Jun 2014

CANÇADO, F.A.X; ALANIS, L.M; HORTA, M.L Envelhecimento Cerebral. In: FREITAS & PY ( Org.).**Tratado de Geriatria e Gerontologia** , 4 Ed Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, cap. 18, p. 361-387, 2016.

CAPOUCH, S.D; FARLOW, M.R; BROSCHE, J.R. A Review of Dementia with Lewy Bodies Impact, Diagnostic Criteria and Treatment. **Neurology and Therapy**; v.7, n. 2, p.249-263. Dec 2018

CORTEZ, A.C.L. *et al.* Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v.18, n. 5, p.700-709, Nov 2019.

CRUZ, D.T *et al.* Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos.**Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, p. 386-393, Dec. 2015

CUSTODIO, N. *et al.* Nuevos términos clínicos, prevención y tratamiento del trastorno cognitivo vascular: revisión de literatura basada en la evidencia. New clinical terms, prevention and treatment of vascular cognitive impairment: A review of evidence-based literature. **Revista de NeuroPsiquiatria**, v. 79, n. 3, p. 152–165, Jul 2016.

CUSTODIO, N.; MONTESINOS, R.; ALARCON, J.O Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. **Revista Neuropsiquiatría**, v. 81, n. 4, p. 235-249, Jan 2019.

DE AZEVEDO, L. M. *et al.* Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 3, p. 16–23, 30 set. 2017.

DOURADO, M. B.; OLIVEIRA, A. L. B. DE; MENEZES, T. M. DE O. Percepção dos graduandos de enfermagem sobre o seu envelhecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 278–283, abr. 2015.

DUTRA, R. R. *et al.* Reflecting on the process of institutionalization of the elderly. **Journal of Epidemiology and Infection Control**, [S.1] , p. 214-223, Oct 2016.

ENGELHARD, E *et al.* “Vascular dementia: Diagnostic criteria and supplementary exams. Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. Part I **Dementia & neuropsychologia**; v. 5, n.4, p. 251-265, Oct-dec2011.

EVERSFIELD, C. L.; ORTON, L. D. Auditory and visual hallucination prevalence in Parkinson’s disease and dementia with Lewy bodies: a systematic review and meta-analysis. **Psychological Medicine**, v. 1, n. 1, p. 1–12, Nov. 2018.

FAGUNDES, A. *et al.* Políticas públicas para os idosos portadores do mal de Alzheimer. **Revista Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 1, p. 237–240, Jan/mar 2019.

FAGUNDES, K. V. D. L. *et al.* Entidades de larga permanencia como alternativa para acoger adultos mayores. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 2, p. 210–214, 1 Mar 2017

FECHINE, B. R. A; TROMPIERI, N.; O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v.1, n.20, p.106-132, Jan/mar 2012.

FERREIRA, O. G. L. *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513–518, Set. 2012.

FOLLE, A.D; SHIMIZU, H. E; NAVES, J.O.S. Social representation of Alzheimer’s disease for family caregivers: stressful and rewarding. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.50, n.1 , p:79-85. Fev 2016.

FREITAS, A. V. S; NORONHA, C. V. Idosos em instituições de longa permanência: Falando de cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.33, p.359-369, Abr/Jun 2010.

GIAQUINI, F.; LINI, E. V.; DORING, M. Prevalence of mobility impairment in institutionalized elderly. **Acta Fisiátrica**, v. 24, n. 1, p. 1–6, Mar 2017.

GOMPERTS, S. N. Lewy Body Dementias: Dementia With Lewy Bodies and Parkinson Disease Dementia. **Continuum** ,Minneapolis, v. 22, n.2. (Dementia), p. 435–463, Apr 2016

GORELICK, P.B. *et al.* Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. **Stroke**, v. 42, n. 9, p.:2672-2713, Jul 2011

HILDRETH, K. L.; CHURCH, S. Evaluation and Management of the Elderly Patient Presenting with Cognitive Complaints. **Medical Clinics of North America**, v. 99, n. 2, p. 311–335, Mar 2015.

HODGES, JR; PIGUET, O. Progress and Challenges in Frontotemporal Dementia Research: A 20-Year Review. **Journal of Alzheimer Disease**, v.62, n. 3, p.1467-1480. Mar 2018

HORT, J. *et al.* Vascular Cognitive Impairment: Information from Animal Models on the Pathogenic Mechanisms of Cognitive Deficits. **International Journal of Molecular Sciences**, v.20, n.10, p.2045., May 2019

HORTA, N. DE C. *et al.* Reflexões sobre a potência do grupo focal nas pesquisas em gerontologia. **Atas CIAIQ2016**, v. 2, n. 1, p. 1202–1207, Jul 2016.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018**. 36. ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Disponível em: </. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017/> >. Acesso em: 21 maio. 2019

JELLINGER, K.A, KORCZYN, A.D. Are dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia the same disease? **BMC Medicine**, v.16, n.34. Jan 2018

KOCK, K. DE S.; BISETTO, A. Nível de independência, força de preensão manual e deambulação em idosos institucionalizados e idosos participantes de grupos de convivência. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 113–130, 2017.

LINI, E. V. *et al.* Idosos institucionalizados: prevalência de demências, características demográficas, clínicas e motivos da institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 11, n. 3, p. 267–275, Dez. 2014.

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1004–1014, Dez. 2016.

MASSANO; LEÃO; GARRET. Investigation of Genetic Etiology in Neurodegenerative Dementias: Recommendations from the Centro Hospitalar Sao Joao Neurogenetics Group. **Acta Medica Portuguesa**, v. 29, n. 10, p. 675–679, out. 2016

MELO, E. M. DE A. *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 468–480, jun. 2018.

MENDES, A. DA C. G. *et al.* Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 955–964, Mai 2012.

MENDIOLA-PRECOMA, J. *et al.* Therapies for Prevention and Treatment of Alzheimer's Disease. **BioMed Research International**, v. 2016, n. 1, p. 1–17, Jul 2016.

MENEZES, A. V. *et al.* Função executiva de idosos institucionalizados e comunitários: relação com capacidades cognitivas e funcionais. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 405–414, Set/dez 2016.

MICHEL, T. *et al.* Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 495–504, Jul/set 2012.

NASS, E. M. A. *et al.* A institucionalização do idoso com alzheimer como consequência da dificuldade no trato com o idoso. **Revista de Enfermagem (UFPE)**, v. 10, n. 11, p. 4090–4096, Nov 2016.

NITZSCHE, B. O.; MORAES, H. P. DE; TAVARES JÚNIOR, A. R. Alzheimer's disease: new guidelines for diagnosis. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 237–243, 2015.

O'BRIEN, J. T.; THOMAS, A. Vascular dementia. **The Lancet**, v. 386, n. 10004, p. 1698–1706, Out. 2015.

OLIVEIRA FILHO, J. DE A.; MARTINS, J. R. N. Biologia Molecular da Doença de Alzheimer. **Revista da Biologia**, v. 18, n. 1, p. 24–30, 23 Nov. 2018.

OLIVEIRA, J. M. DE; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 773–779, out. 2014.

OLIVEIRA, P. B. DE; TAVARES, D. M. DOS S. Health conditions of elderly residents in Long-stay Institution second basic human needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 241–246, Apr 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **População mundial deve chegar a 9,7 bilhões de pessoas em 2050, diz relatório da ONU. 2019** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-chegar-a-97-bilhoes-de-pessoas-em-2050-diz-relatorio-da-onu>>. Acesso em: 05/06/2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015** Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf)>. Acesso em: 6 nov. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Demência.** Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>>. Acesso em: 20 maio. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Demência: número de pessoas afetadas triplicará nos próximos 30 anos. 2017** Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5560:demencia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5560:demencia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos&Itemid=839)>. Acesso em: 12 maio. 2019.

OUTEIRO, T.F. *et al.* “Dementia with Lewy bodies: an update and outlook.” **Molecular neurodegeneration**, v. 14, V. 5, Jan. 2019

PANCOTTE, J.; WIBELINGER, L. M.; DORING, M. Alterações biológicas do envelhecimento humano. In: WIBELINGER, L. M. (Ed.). **Disfunções músculo-esqueléticas: prevenção e reabilitação**. 4a ed. Passo Fundo: Saluz, 2016. p. 25–42.

PARMERA, J. B.; NITRINI, R. Demências: da investigação ao diagnóstico. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 3, p. 179–184, 2015.

PRINCE, M. *et al.* **World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends.**

Disponível em:  
<<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>>. Acesso em:  
20 jul. 2019.

RISSARDO, L. K. *et al.* Sentimentos de residir em uma instituição de longa permanência: percepção de idosos asilados. **Revista de Enfermagem (UERJ)**, v. 20, n. 3, p. 380–385, Mar 2012.

RODRÍGUEZ-LEYVA, I. *et al.* Demencia frontotemporal: revisión y nuestro punto de vista. **Revista Mexicana de Neurociencia**, v. 19, n. 6, p. 20–31, 2018

SALCHER, E. B. G.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. DE M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 259–272, jun. 2015.

SANTOS, M. D. DOS; BORGES, S. DE M. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 339–349, jun. 2015.

SANTOS, C.S.; BESSA, T. A.; XAVIER, A. J.. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 603-611, Feb. 2020

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 220–226, 2010.

SILVA, L. B.; SOUZA, M. F. S. DE. Os transtornos neuropsicológicos e cognitivos da doença de alzheimer: a psicoterapia e a reabilitação neuropsicológica como tratamentos alternativos. **Pretextos. Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, p. 466–484, 2018

TSAI, R. M.; BOXER, A. L. Treatment of Frontotemporal Dementia. **Current Treatment Options in Neurology**, v. 16, n. 11, p. 319, 21 nov. 2014.

VAN DER FLIER, W. *et al.* Vascular cognitive impairment. **Nature Reviews Disease Primers**, v.4 ,n. 18003 Feb.2018

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 3–11, fev. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe Mundial Sobre Envejecimiento y la Salud**. Disponível em: < <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/> > Acesso em: 10/05/2020..

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe Mundial Sobre Envejecimiento y la Salud** . Disponível em: < <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/> > Acesso em : 10/05/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on ageing and health**. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=AADF9F783531555AEE19D4F8D8799DD7?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=AADF9F783531555AEE19D4F8D8799DD7?sequence=1)>. Acesso em: 20 jul. 2019. .

YUAN, M.; BI, X. Therapeutic and Diagnostic Potential of microRNAs in Vascular Cognitive Impairment. **Journal of Molecular Neuroscience**. 2020. Disponível em:< <https://doi.org/10.1007/s12031-020-01597-6>> Acesso em 20 maio 2020

## **ANEXOS**

Anexo A. Conteúdo restrito

Anexo B. Conteúdo restrito

Anexo C. Conteúdo restrito



# UPF

UNIVERSIDADE  
DE PASSO FUNDO

UPF Campus I - BR 285, São José  
Passo Fundo - RS - CEP: 99052-900  
(54) 3316 7000 - [www.upf.br](http://www.upf.br)