

# Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares

Clinical aspects of the senile dementia in long-term care facilities

MILTON LUIZ GORZONI<sup>1</sup>  
SUELI LUCIANO PIRES<sup>2</sup>

---

## Resumo

Pacientes com demência senil necessitam de institucionalização com frequência. Isto se deve ao progressivo aumento de dependência física e mental de seus portadores. O presente artigo revisa peculiaridades quanto a manifestações e evoluções em quadros de infecções, desnutrição, incontinência urinária, distúrbios do comportamento e imobilidade. São asilados que exigem avaliações e atenções permanentes de equipe multidisciplinar e especializada nesse tipo de assistência.

Palavras-chave: Demência senil, idosos, instituições de longa permanência.

---

## Abstract

Elderly patients with senile dementia often need long-term, professional care in institutions. This is due to the progressive increase in the physical and mental dependence that these patients present. The present article reviews peculiarities as to the manifestations and evolutions in conditions such as infections, malnutrition, urinary incontinence, behavioral disorders and immobility. Individuals are placed in long-term care facilities that require permanent evaluation and attention from the multi-disciplinary team specialized in this type of care.

Key-words: Senile dementia, Alzheimer's disease, elderly, long-term care facilities.

---

## Introdução

Define-se asilo (do grego *ásylos*, pelo latim *asylu*) como casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou também para educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos. Considera-se ainda asilo o lugar onde ficam, isentos da execução das leis, os que a ele se recolhem. Relaciona-se assim, a idéia de guarita, abrigo, proteção ao local denominado de asilo, independentemente do seu caráter social, político ou de cuidados com dependências físicas e/ou mentais.

Devido ao caráter genérico dessa definição outros termos surgiram para denominar locais de assistência a idosos como, por exemplo, abrigo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato. Procurando-se padronizar a nomenclatura, tem sido proposta a denominação de instituições de longa permanência para idosos (ILPI), definindo-as como estabelecimentos para atendimento integral a idosos, dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seção São Paulo, 2003).

---

Recebido: 24/08/2005 - Aceito: 06/12/2005

1 Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, SP (FCMSCSP).

2 Médica Geriatra Assistente do Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II, São Paulo, SP.

Endereço para correspondência: Milton Luiz Gorzoni. Rua Santo Irineu, 285, ap. 11, Saúde, - 04127-120 - São Paulo - SP. Fone: (11) 578-9328; Fax: (11) 221 0325; e-mail: gorzoni@uol.com.br

A relação entre instituições asilares e pacientes dementados ocorre na literatura médica desde os relatos de casos em pacientes internados no *Städt Heilanstalt für Irre und Epileptische* (Hospital Municipal para Alienados e Epilépticos) da cidade alemã de Frankfurt am Main, por Alois Alzheimer (1864-1915). Médico-assistente e posteriormente médico-chefe (*Oberrarzt*) daquele asilo, Alzheimer sistematizou as primeiras descrições de demência vascular (1896) e da doença, que posteriormente receberia seu nome (1906), por sugestão de Emil Kraepelin, diretor da *Königlichen Psychiatrischen Klinik* (Real Clínica de Psiquiatria) da cidade alemã de Munique (Spitzer *et al.*, 1995; Rabins, 1997; Scharnagel, 1998).

Devido ao progressivo grau de dependência, pacientes com demência senil apresentam risco de institucionalização de duas a dez vezes maior do que o de outros idosos. Encontram-se, assim, percentuais significativos de dementados residindo em instituições asilares, ocupando entre 30% a 80% do total de seus leitos (Macera *et al.*, 1991; Severson *et al.*, 1994; Rabins, 1997; Magaziner *et al.*, 2000; Smith *et al.*, 2000; Smith *et al.*, 2001; Yaffe *et al.*, 2002; Bharucha *et al.*, 2004). Justifica-se, assim, rever criticamente os principais problemas e complicações clínicas desses pacientes durante internações em asilos.

### Perfil do paciente asilado com demência senil

Dementados institucionalizados encontram-se em estágios mais avançados da síndrome, são mais velhos e mais dependentes e, normalmente, contam com pouca ou nenhuma assistência familiar. Esse padrão decorre das circunstâncias que motivaram a internação: tempo prolongado de manifestação sintomática com alto grau de dependência para atividades da vida diária; percentual significativo de distúrbios comportamentais em uso de psicofármacos, idade superior a 60 anos do familiar responsável pelos seus cuidados. Esposas ou filhas, em núcleos familiares com dois ou três componentes, muitas vezes sob alta carga física, financeira e emocional, são as pessoas que usualmente assistem a idosos em seus domicílios. O asilamento, nessas condições, torna-se a única alternativa possível em muitos casos (Severson *et al.*, 1994; Rubenstein *et al.*, 1988; Chaimowicz e Greco, 1999; Garrido e Almeida, 1999; Costa *et al.*, 2000; Magaziner *et al.*, 2000; Smith *et al.*, 2001; Yaffe *et al.*, 2002; Gaugler *et al.*, 2003).

### Demência em instituições asilares brasileiras

Residentes de dez instituições asilares de Belo Horizonte e cidades circunvizinhas (308 idosos, idade média de 75,6 anos – extremos de 60 e 100 anos, 84,7% mulheres), que tiveram o grau de disfunções cognitivas e comportamentais avaliado, apresentaram 73,7% de quadros demenciais (Cunha *et al.*, 1986).

Demência foi observada em 32,1% de 28 idosos (idade média de 79 ± 8 anos – extremos de 64 e 99 anos, 89,3% mulheres) internados em um pavilhão de instituição asilar de grande porte na cidade de São Paulo (Gorzoni *et al.*, 1995). Avaliando 145 idosos (idade média de 80,2 ± 7,9 anos) residentes no mesmo asilo, constatou-se que 49,6% eram dementadas (Valle *et al.*, 1995). Nonagenárias (30 pacientes, idade média de 92,3 anos), também moradoras naquela instituição apresentaram o diagnóstico de demência em 53,3% (Ciochetti *et al.*, 1996). Ainda na mesma instituição asilar, constatou-se a admissão sequencial de 201 pacientes (idade média de 69,6 ± 14,7 anos, 62,7% mulheres), quadros demenciais em 19,9% deles (Faria *et al.*, 1997).

A análise de 292 idosos, com idades entre 65 e 108 anos, 80,1% mulheres, moradores de uma instituição asilar na cidade do Rio de Janeiro, segundo o mini exame do estado mental de Folstein e colaboradores (Folstein *et al.*, 1975) e suas pontuações para diferentes graus de escolaridade em brasileiros conforme definido por Bertolucci e colaboradores (Bertolucci *et al.*, 1995), mostrou comprometimento cognitivo em 52,4% deles, com maior percentual entre os 107 idosos com idade igual ou superior a 85 anos (67,3%) do que nos 185 idosos com idade entre 65 e 84 anos (43,8%) (Engelhart *et al.*, 1998).

### Aspectos clínicos do dementado asilado

Caracterizado que idosos dementados correspondem a percentuais significativos de institucionalizados e para que cuidados assistenciais adequados a esse tipo peculiar de pacientes ocorram deve-se ter em conta vários aspectos clínicos relacionados ao ambiente asilar.

### Infecções

Idosos asilados freqüentemente são hospitalizados, favorecendo contato com flora bacteriana intra-hospitalar resistente a antibióticos. O ambiente confinado das instituições asilares facilita a disseminação desse tipo de bactérias a outros internados. Diante disso, deve-se colher culturas, com antibiograma, para melhor caracterização da flora bacteriana intra-asilar ou criar procedimentos semelhantes aos das comissões de controle de infecção intra-hospitalar. Devido à gravidade das doenças existentes e do grau de dependência física e mental em que se encontram, institucionalizados estão propensos a apresentar infecções, principalmente no tegumento cutâneo, trato urinário e aparelho respiratório. Aconselha-se a promoção de cuidados preventivos para infecções nesses três locais (Yoshikawa, 1989; Bentley *et al.*, 2001; Yoshikawa, 2002; Villas-Boas e Ruiz, 2004; Boockvar *et al.*, 2005; Ramroth *et al.*, 2005).

O envelhecimento da pele provoca alterações, principalmente em áreas expostas à radiação solar, que a torna mais fina, seca e propensa para a formação de hematomas e soluções de continuidade, notadamente

em antebraços e mãos. Recomenda-se o uso regular de sabonetes e cremes hidratantes nesses locais, como prevenção de lesões, que muitas vezes são interpretadas por familiares como sinais de abuso e maus tratos. Dementados apresentam, com frequência, quadros comportamentais que podem gerar traumas e lesões cutâneas com infecções secundárias. Essas lesões devem ser avaliadas e, se necessário, receberem não apenas tratamento local, como sistêmico. Igualmente é comum o encontro de doenças coadjuvantes à demência senil que provoquem estase e/ou lesões venosas em membros inferiores e favoreçam a formação de erisipelas ou de tromboflebitas associadas. Essas circunstâncias exigem cuidados locais e o uso de antibioticoterapia sistêmica, muitas vezes de forma profilática. Constante é a observação da ocorrência de posições semifetais em estágios avançados da demência senil. Isso favorece a formação ou o encontro à admissão asilar de úlceras de pressão. Cuidados locais com as preexistentes ou medidas como mudança periódica de posições viciosas que as favoreçam, podem impedir circunstâncias de sofrimento e reduzir o risco de bacteremias e sepse, nesses asilados. Recomenda-se ainda a vacinação anti-tetânica, devido ao fato de que as lesões tegumentares, descritas acima, serem potenciais portas de entrada para o *Clostridium tetani* (Yoshikawa, 1989; Webster, 2001; Yoshikawa, 2002; Strausbaugh *et al.*, 2003; Laube, 2004; Theodosa, 2004).

Infecções respiratórias disseminam-se facilmente em comunidades fechadas, como as instituições asilares. Pode-se minimizar esse risco com o emprego regular de vacinas antipneumocócicas e antiinfluenzas, tanto em asilados, como no corpo de funcionários do local. Ocorre. Porém, que demências em estágio final associam-se constantemente a broncopneumonias aspirativas recorrentes. Essa relação decorre de quadros de imobilismo crônico e do uso de sondas e cateteres. O agente causador é, habitualmente, a flora bacteriana mista (agentes Gram-negativos, anaeróbios e estafilococos), muitas vezes multirresistente a antibióticos usuais. Geram-se, assim, circunstâncias propícias à sepse e à morte desses dementados. Estima-se que, enquanto idosos sem demência senil apresentem incidência de aproximadamente 90% de sobrevida após 180 dias da hospitalização por pneumonia, dementados em estado avançado têm a sobrevida reduzida para algo em torno de 50% após o mesmo período (Morrison e Siu, 2000; Bentley *et al.*, 2001; Van der Steen *et al.*, 2002; Yoshikawa, 2002; Strausbaugh *et al.*, 2003; Bardenheier *et al.*, 2004; Furman *et al.*, 2004; Boockvar *et al.*, 2005; Janssens, 2005).

Deve-se ainda observar que o diagnóstico de tuberculose em idosos, dementados ou não, é pouco lembrado. Frequente em comunidades fechadas como asilos, tem-se observado aumento no número de casos nessa faixa etária e maior mortalidade devido ao percentual de casos diagnosticados em estágios mais avançados da

doença (Chaimowicz, 2001; Ijaz *et al.*, 2002; Strausbaugh *et al.*, 2003).

### Desnutrição

Deficiências nutricionais, permanente ou transitoriamente, ocorrem entre 30% a 80% dos idosos asilados. Doenças crônicas e/ou graves alteram as necessidades orgânicas de proteínas e de calorias e podem estar acompanhadas de inapetência, provocadas por elas mesmas ou devido a medicamentos e por barreiras à alimentação, como ausência de auxílio para oferecer as refeições, falta de dentes, dieta de consistência ruim para a deglutição ou monótona ao paladar. Revisão da necessidade de fármacos, como antiinflamatórios não-hormonais e digitálicos soluciona ou minimiza, em muitos casos, quadros de anorexia. Avaliações odontológicas, fonoaudiológicas e nutricionais periódicas contribuem para a prevenção da desnutrição. Indica-se o uso de sondas enterais, quando outras medidas, citadas anteriormente, não forem eficazes ou o paciente não apresente condições de ser alimentado por via oral e esteja desenvolvendo quadro de desnutrição progressiva (Kamel *et al.*, 2000; Sullivan, 2000; Alibhai *et al.*, 2005).

Quadros depressivos, nem sempre de fácil diagnóstico quando associados à demência senil, podem, em muitos asilados, justificar baixa ingestão alimentar. O mesmo ocorre em dementados com outros distúrbios comportamentais, como agitação e irritabilidade. Períodos de perambulação e/ou de extrema atividade física associam aumento do consumo energético à baixa oferta calórica nessas alterações comportamentais. A perda de peso aumenta com a gravidade e a progressão da demência senil, particularmente na doença de Alzheimer, servindo como preditora de mortalidade para esses casos (Berkhout *et al.*, 1998; White *et al.*, 1998; Forlenza, 2000; White *et al.*, 2004).

### Incontinência urinária

Causa frequente de asilamento e de alta prevalência em idosos institucionalizados, apresenta significativa associação com quadros demenciais. Estima-se que esta prevalência chegue, aos 85 anos de idade, em torno de 43% nas mulheres e de 24% nos homens. O percentual aproxima-se a 84% quando são analisados apenas octogenários asilados. Incontinência urinária pode provocar ou agravar insuficiência renal, infecções urinárias, litíase renal, hematúria, lesões cutâneas, quedas e fraturas. A mortalidade, mesmo em idosos vivendo em comunidade e com graus graves de incontinência urinária, é de mais de 50% em aproximadamente 3,5 anos de evolução do quadro (Hellstorm *et al.*, 1990; Nakanishi *et al.*, 1999; Sthothers e Fenster, 2002; Durrant e Snape, 2003).

Nem sempre irreversível, deve-se estar atento a fatores controláveis como delírio, medicamentos tipo diuréticos ou hipnóticos, atrofia vulvar, fecaloma e diabetes melito. Aconselha-se também a avaliação do

local onde se encontra o idoso incontinente, para que sejam retirados obstáculos que dificultem sua ida com facilidade ao sanitário. Observa-se ainda e com frequência incontinência urinária associada a quadros como parkinsonismo ou demência com corpúsculos difusos de Lewy, seqüelas de acidentes vasculares cerebrais ou demências vasculares e hidrocefalia de pressão líquórica normal ou intermitente, situações que, em muitos casos, são passíveis de tratamento e/ou processos de reabilitação miccional (Fowler, 1999; Sthothers e Fenster, 2002; Durrant e Snape, 2003).

### Distúrbios do comportamento

Percentuais entre 40% e 90% de dementados asilados apresentam períodos de depressão, psicose, agressividade ou delírio. Torna-se, assim, comum a prescrição de psicofármacos, com as reações adversas e complicações inerentes ao seu uso. Embora não se relacione ao enfoque principal do presente artigo, fica a referência a que esses distúrbios são passíveis de tratamento não necessariamente medicamentoso. Deve-se considerar essa opção pela necessidade de mais estudos controlados sobre o uso de psicofármacos em distúrbios comportamentais em dementados (Gorzoni, 1995; Forlenza, 2000; MacDonald *et al.*, 2002; Tamai, 2002; Cummings, 2004).

### Imobilidade

Quadros demenciais em estágios mais avançados e psicofármacos são causas significativas de imobilidade em asilados. Circunstâncias que provocam dor, inconti-

nência urinária, distúrbios da força muscular, alterações do equilíbrio e rigidez articular contribuem para sua instalação e progressão. Equipes de reabilitação e de enfermagem, adequadamente motivadas e treinadas para a detecção de quadros de imobilidade, podem, com boas chances de sucesso, reduzir sua frequência e impedir quadros decorrentes, como úlceras de pressão e eventos tromboembólicos (MacLennae *et al.*, 1987; Campbell *et al.*, 1990; Berkout *et al.*, 1998; Gordon *et al.*, 1999; Carvalho e Coutinho, 2002; Durrant e Snape, 2003; Toulotte *et al.*, 2003).

### Conclusões

Dementados apresentam alto risco de serem institucionalizados durante a evolução do quadro sindrômico. Isso se deve ao progressivo aumento de dependência física e mental e à necessidade de cuidados profissionais. São asilados que exigem avaliações periódicas de equipe multidisciplinar quanto à prevenção e ao tratamento de infecções, distúrbios do comportamento, desnutrição, imobilidade e incontinência urinária. Cuidados sobre esses aspectos clínicos poderão propiciar a manutenção e o prolongamento de melhor qualidade de vida a esses pacientes.

### Agradecimento

Agradecemos ao Núcleo de Apoio à Publicação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (NAP-SC) o suporte técnico-científico à publicação deste manuscrito.

### Referências bibliográficas

- ALIBHAI, S.M.; GREENWOOD, C.; PAYETTE, H. - An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ* 172(6):773-80, 2005.
- BARDENHEIER, B.; SHEFER, A.; MCKIBBEN, L.; ROBERTS, H.; BRATZLER, D. - Characteristics of long-term-care facility residents associated with receipt of influenza and pneumococcal vaccinations. *Infect Control Hosp Epidemiol* 25(11):946-54, 2004.
- BHARUCHA, A.J.; PANDAV, R.; SHEN, C.; DODGE, H.H.; GANGULI, M. - Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. *J Am Geriatr Soc* 52(3):434-9, 2004.
- BENTLEY, D.W.; BRADLEY, S.; HIGH, K.; SCHOENBAUM, S.; TALER, G.; YOSHIKAWA, T.T. - Practice guideline for evaluation of fever and infection in long-term care facilities. *J Am Geriatr Soc* 49(2):210-22, 2001.
- BERKHOUT, A.M.; COOLS, H.J.; VAN HOUWELINGEN, H.C. - The relationship between difficulties in feeding oneself and loss of weight in nursing-home patients with dementia. *Age Ageing* 27(5):637-41, 1998.
- BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. - O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr* 52:81-8, 1995.
- BOOCKVAR, K.S.; GRUBER-BALDINI, A.L.; BURTON, L.; ZIMMERMAN, S.; MAY, C.; MAGAZINER, J. - Outcomes of infection in nursing home residents with and without early hospital transfer. *J Am Geriatr Soc* 53(4):590-6, 2005.
- CAMPBELL, A.; CRAWFORD, V.; STOUT, R.W. - The impact of private residential and nursing care on statutory residential and hospital care of elderly people in south Belfast. *Age Ageing* 19(5):318-24, 1990.



- CARVALHO, A.M.; COUTINHO, E.S.F. - Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Rev Saúde Pública* 36(4):448-54, 2002.
- CHAIMOWICZ, F. - Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil. *Rev Saude Publica* 35(1):81-7, 2001.
- CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D.B. - Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev. Saude Publica* 33:454-60, 1999.
- CIOCHETTI, A.B.; SOUZA, L.H.B.; PERES, A.L.; ROCHA, F.A.; VALLE, L.M.; GORZONI, M.L.; LIMA, C.A.C. - Nonagenárias em instituição asilar. *Gerontologia* 4:48, 1996.
- COSTA, M.F.; UCHOA, E.; GUERRA, H.L.; FIRMO, J.O.; VIDIGAL, P.G.; BARRETO, S.M. - The Bambui health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saude Publica* 34(2):126-35, 2000.
- CUMMINGS, J.L. - Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 351(1):56-67, 2004.
- CUNHA, U.G.V.; BARROS JR., O.R.; SIQUEIRA, A.L. - Levantamento epidemiológico psicogeriátrico em asilos. *J Bras Psiq* 34(6):389-94, 1986
- DURRANT, J.; SNAPE, J. - Urinary incontinence in nursing homes for older people. *Age Ageing* 32(1):12-8, 2003.
- ENGELHARDT, E.; LAKS, J.; MOREIRA, D.M.; ROZENTHAL, M.; MARINHO, V.M. - Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. *Rev Psiqu Clin* 25:74-7, 1998.
- FARIA, L.F.C.; MENDES, V.L.M.; SOUZA, L.H.B.P.E.; CIOCHETTI A.B.; ROCHA, F.A.; FABBRI, R.M.A.; GORZONI, M.L. - Causas de institucionalização. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 1997:Abstract 114.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. - "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12(3):189-98, 1975.
- FORLENZA, O.V. - Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Psiquiatr* 22(2):87-95, 2000.
- FOWLER, C.J. - Neurological disorders of micturition and their treatment. *Brain* 122(Pt 7):1213-31, 1999.
- FURMAN, C.D.; RAYNER, A.V.; TOBIN, E.P. - Pneumonia in older residents of long-term care facilities. *Am Fam Physician* 70(8):1495-500, 2004.
- GARRIDO, R.; ALMEIDA, O.P. - Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arq Neuropsiquiatr* 57(2B):427-34, 1999.
- GAUGLER, J.E.; KANE, R.L.; KANE, R.A.; CLAY, T.; NEWCOMER, R. - Caregiving and institutionalization of cognitively impaired older people: utilizing dynamic predictors of change. *Gerontologist* 43(2):219-29, 2003.
- GORDON, J.E.; POWELL, C.; ROCKWOOD, K. - Goal attainment scaling as a measure of clinically important change in nursing-home patients. *Age Ageing* 28(3):275-81, 1999.
- GORZONI, M.L. - Medicamentos como desencadeantes de sintomas em idosos. *Gerontologia* 3:81-6, 1995.
- GORZONI, M.L.; VALLE, L.M.; CACACE, L.A. - Análise de uma população de idosos internada em instituição asilar: estudo piloto. *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 1995:72.
- HELLSTROM, L.; EKELUND, P.; MILSOM, I.; MELLSTROM, D. - The prevalence of urinary incontinence and use of incontinence aids in 85-year-old men and women. *Age Ageing* 19(6):383-9, 1990.
- IJAZ, K.; DILLAHA, J.A.; YANG, Z.; CAVE, M.D.; BATES, J.H. - Unrecognized tuberculosis in a nursing home causing death with spread of tuberculosis to the community. *J Am Geriatr Soc* 50(7):1213-18, 2002.
- JANSSENS, J.P. - Pneumonia in the elderly (geriatric) population. *Curr Opin Pulm Med* 11(3):226-30, 2005.
- KAMEL, H.K.; KARCIC, E.; KARCIC, A. - Nutritional status of hospitalized elderly: differences between nursing home patients and community-dwelling patients. *Ann Long-Term Care* 8:33-8, 2000.
- LAUBE, S. - Skin infections and ageing. *Ageing Res Rev* 3(1):69-89, 2004.
- MACDONALD, A.J.; CARPENTER, G.I.; BOX, O.; ROBERTS, A.; SAHU, S. - Dementia and use of psychotropic medication in non-'Elderly Mentally Infirm' nursing homes in South East England. *Age Ageing* 31(1):58-64, 2002.
- MACERA, C.A.; DAVIS, D.R.; BRANDES, D.A.; STILL, C.N. - A report on dementia in South Carolina, 1988-1990. *J S C Med Assoc* 87(11):531-5, 1991.
- MACLENNAN, W.J.; BALLINGER, B.R.; MCHARG, A.; OGSTON, S.A. - Dementia and immobility. *Age Ageing* 16(1):1-9, 1987.
- MAGAZINER, J.; GERMAN, P.; ZIMMERMAN, S.I. *et al.* - The prevalence of dementia in a statewide sample of new nursing home admissions aged 65 and older: diagnosis by expert panel. Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group. *Gerontologist* 40(6):663-72, 2000.
- MORRISON, R.S, SIU, A.L. - Survival in end-stage dementia following acute illness. *JAMA* 284(1):47-52, 2000.
- NAKANISHI, N.; TATARA, K.; SHINSHO, F. *et al.* - Mortality in relation to urinary and faecal incontinence in elderly people living at home. *Age Ageing* 28(3):301-6, 1999.
- RABINS, P.V. - Caring for persons with dementing illness: a current perspective. In: Herston, L.L. (ed.) - Progress in Alzheimer's disease and similar conditions. *American Psychiatric Press*, Washington, pp. 277-89.
- RAMROTH, H.; SPECHT-LEIBLE, N.; BRENNER, H. - Hospitalisations before and after nursing home admission: a retrospective cohort study from Germany. *Age Ageing* 34(3):291-4, 2005.
- RUBENSTEIN, L.Z.; OUSLANDER, J.G.; WIELAND, D. - Dynamics and clinical implications of the nursing home-hospital interface. *Clin Geriatr Med* 4:471-91, 1988.
- SCHARNAGEL, R.J. - Dr. Alois Alzheimer (1864-1915). Dez. 22 1998. Disponível from Internet <[http://www.kitzingen.de/landkreis/rettung/brk-marktbreit/m\\_alzhe.htm](http://www.kitzingen.de/landkreis/rettung/brk-marktbreit/m_alzhe.htm)> [Jul. 08 1999]
- SEVERSON, M.A.; SMITH, G.E.; TANGALOS, E.G. *et al.* - Patterns and predictors of institutionalization in community-based dementia patients. *J Am Geriatr Soc* 42(2):181-5, 1994.
- SMITH, G.E.; KOKMEN, E.; O'BRIEN, P.C. - Riskfactors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. *J Am Geriatr Soc* 48(5):519-25, 2000.
- SMITH, G.E.; O'BRIEN, P.C.; IVNIK, R.J.; KOKMEN, E.; TANGALOS, E.G. - Prospective analysis of risk factors for nursing home placement of dementia patients. *Neurology* 57(8):1467-73, 2001.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - Seção São Paulo – Instituição de Longa Permanência para Idosos: manual de funcionamento. São Paulo, *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seção São Paulo*, 2003:39 p.
- SPITZER, R.L.; GIBBON, M.; SKODOL, A.E.; WILLIAMS, J.B.W.; FIRST, M.B. - DSM-IV – *Casos Clínicos: Complemento Didático para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed., Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
- STOTHERS, L.; FENSTER, H. - Urinary incontinence in the elderly. *Geriatrics Aging* 5(8):35-9, 2002.
- STRAUSBAUGH, L.J.; SUKUMAR, S.R.; JOSEPH, C.L. - Infectious disease outbreaks in nursing homes: an unappreciated hazard for frail elderly persons. *Clin Infect Dis* 36(7):870-6, 2003.
- SULLIVAN, D.H. - Undernutrition in older adults. *Ann Long-Term Care* 8:41-6, 2000.
- TAMAI, S. - Tratamento dos transtornos do comportamento de pacientes com demência. *Rev Bras Psiquiatr* 24(Supl 1):15-21, 2002.
- THEODOSA, T.A. - Skin diseases of the lower extremities in the elderly. *Dermatol Clin* 22(1):13-21, 2004.
- TOULLOTTE, C.; FABRE, C.; DANGREMONT, B.; LENSEL, G.; THEVENON, A. - Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 32(1):67-73, 2003.
- VALLE, L.M.; CACACE, L.A.; MOURAD, A.; GORZONI, M.L.; LIMA, C.A.C. - Preliminary analysis of elderly women in a nursing home. *Sociedade Argentina de Gerontologia y Geriatria*, 1995: 64.
- VAN DER STEEN, J.T.; OOMS, M.E.; MEHR, D.R.; VAN DER, WAL G.; RIBBE, M.W. - Severe dementia and adverse outcomes of nursing home-acquired pneumonia: evidence for mediation by functional and pathophysiological decline. *J Am Geriatr Soc* 50(3):439-48, 2002.
- VILLAS-BOAS, P.J.; RUIZ, T. - Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev Saude Publica* 38(3):372-8, 2004.
- WEBSTER, G.F. - Common skin disorders in the elderly. *Clin Cornerstone* 4(1):39-44, 2001.
- WHITE, H.; PIEPER, C.; SCHMADER, K. - The association of weight change in Alzheimer's disease with severity of disease and mortality: a longitudinal analysis. *J Am Geriatr Soc* 46(10):1223-27, 1998.
- WHITE, H.K.; MCCONNELL, E.S.; BALES, C.W.; KUCHIBHATLA, M. - A 6-month observational study of the relationship between weight loss and behavioral symptoms in institutionalized Alzheimer's disease subjects. *J Am Med Dir Assoc* 5(2):89-97, 2004.
- YAFFE, K.; FOX, P.; NEWCOMER, R.; SANDS, L.; LINDQUIST, K.; DANE, K.; COVINSKY, K.E. - Patients and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA* 287(16):2090-7, 2002.
- YOSHIKAWA, T.T. - Pneumonia, UTI, and decubiti in the nursing home: optimal management. *Geriatrics* 44(10):32-40, 43, 1989.
- YOSHIKAWA, T.T. - Antimicrobial resistance and aging: beginning of the end of the antibiotic era? *J Am Geriatr Soc* 50(7 Suppl):S226-9. 2002.