

Mortalidade pela Doença de Alzheimer no Brasil Entre 2000 a 2013.

Mortality by Alzheimer's disease in Brazil between Years 2000 and 2013.

Aline Bianca Tavares Ferreira¹
Flávia Felix Ribeiro Pires²
Rafaele Pereira Fontenele³
Lincoln Agudo Oliveira Benito⁴

RESUMO

Trata-se de um estudo classificado enquanto retrospectivo, comparativo e descritivo potencializado por uma abordagem quantitativa e que se propôs a analisar a mortalidade registrada pela Doença de Alzheimer (DA) no Brasil no recorte histórico formado pelos anos de 2000 a 2013. Os dados para edificação do presente estudo foram adquiridos junto ao Serviço de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS). Foram utilizados também artigos de periódicos científicos e documentos oficiais adquiridos após busca bibliográfica eletrônicas em bases de dados informatizados (BVS, Cuiden, Lilacs, Medline, Minerva-UFRJ, Saber-USP, Scielo). Por meio do presente estudo, foi possível verificar que no recorte histórico analisado, foi registrado um universo de 98.016 casos de mortalidade pela DA, sendo que no ano de 2013 foi aquele com a maior frequência com 14,30% (n=14.015) e o ano de 2000 a menor frequência com 1,65% (n=1.615). A região sudeste (SE) foi aquela dentre as analisadas que registrou a maior frequência com 59,45% (n=58.256) e a região Norte (N) obteve a menor com 1,65% (n=1.624). Quando analisada a mortalidade pela DA por unidades federativas (UF), o estado de São Paulo (SP) obteve a maior frequência com 32,65% (n=31.995) e Roraima (RR) a menor com 0,05% (n=27). Por meio do presente estudo foi possível verificar aumento na frequência de registros de mortalidade pela DA.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade; Idoso; Demência; Doença de Alzheimer.

ABSTRACT

This work aims to show the analysis about Alzheimer's disease in Brazil. It is a study classified as comparative retrospective and descriptive powered by a quantitative approach and set out to analyze the mortality recorded by Alzheimer's disease (AD) in Brazil in the historical period formed by the years 2000 to 2013. The data for building the present study were getting from the Mortality Information Service (SIM) of the Ministry of Health (MH). They were also used articles and official documents acquired after electronics bibliographic in computerized databases (VHL CUIDEN, Lilacs, Medline, Minerva-UFRJ, Saber-USP, Scielo). Through this study, we observed a universe of 98,016 cases of mortality by DA whereas 2013 was the one with the highest frequency of 14.30% (n=14.015) and 2000 the lowest frequency 1.65% (n= 1.615). The Southeast (SE) was recorded, and 2013 was one with highest frequency of 14.30% (n=14.015) and 2000 to less frequently 1.65% (n=1.615). The Southeast (SE) was that among the analyzed which recorded the highest frequency of 59.45% (n= 58.256) and the North (N) had the lowest with 1.65% (n=1.624). When analyzed mortality by DA in Federal Units (UF), the state of São Paulo (SP) had the highest frequency of 32.65%

¹ Graduanda em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Faculdade LS.

² Graduanda em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Faculdade LS.

³ Graduanda em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Faculdade LS.

⁴ Docente da Faculdade de Enfermagem da Faculdade LS.

(n=31.995) and Roraima (RR) lower with 0.05% (n=27). Through this study we observed increased frequency of mortality records by AD.

KEYWORDS: Mortality; Elder; Dementia; Alzheimer's disease.

INTRODUÇÃO

O mundo vem enfrentando um envelhecimento progressivo na sua população. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, existiam 14,5 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais. E em 1999, a expectativa média de vida que era de 70 anos, passou para 73,10 anos em 2009, sendo 76,7 anos para as mulheres e 69,10 anos para os homens (SAYEG, 2010).

O envelhecimento traz consequências para o sistema de saúde, seguido da ampliação das doenças crônicas degenerativas e suas complicações por tempo mais prolongado, exemplos destas doenças são as sequelas do acidente vascular cerebral (AVC), as fraturas após quedas, as limitações da insuficiência cardíaca e pulmonar obstrutiva crônica, cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer, entre outros (MENDES, 2010).

Descrita pela primeira vez em 1906, por um psiquiatra alemão chamado Alois Alzheimer, que ao examinar o cérebro após a morte de uma de suas pacientes, a senhora August, ele identificou duas (02) alterações anatômicas, que apresentavam quadro de déficit de memória, alterações comportamentais e incapacidade de realizar atividades rotineiras (LIMA, 2006).

A Doença de Alzheimer (DA) constitui mundialmente um grave problema de saúde pública. Os custos relacionados com a doença, como o tempo gasto e a perda de produtividade, as limitações específicas ao diagnóstico, e as expectativas negativas dos pacientes e de seus familiares, e referente ao processo de assistência prestada, o impacto negativo na saúde do cuidador, são responsáveis por repercussões importantes na qualidade de vida de um grande número de idosos (RODRIGUES e GONTIJO, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1992, na Décima Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID 10), define a DA como uma doença degenerativa cerebral primária, de etiologia desconhecida que representa características neuropatológicas e neuroquímicas representativas. A desordem se inicia

em geral de maneira insidiosa e lenta e evoluciona gradativamente durante um período de anos (RIBEIRO, 2010).

A DA é um distúrbio neurológico, degenerativo e evolutivo, que afeta a formação hipocampal e posterior comprometimento das áreas corticais, incluindo o córtex cerebral e o entorrinal, causando a deterioração das funções mentais, do comportamento e da funcionalidade. Onde as células nervosas da parte do cérebro onde se controlam a memória, o raciocínio e a capacidade de julgamento ficam danificados (SALES et al, 2011).

A sintomatologia pode ser dividida em três (03) estágios, porém, são variadas as formas de apresentação e de progressão da doença. A fase inicial dura de dois a quatro anos, apresentando perda de memória recente e influi diretamente nas atividades de vida diária (AVD). A fase intermediária varia de dois a dez anos, há progressiva perda de memória e começo das dificuldades das palavras, motoras e julgamento, com mudanças de personalidade e perda do senso crítico. A fase terminal é caracterizada por limitação ao leito, silêncio, e deixa de reconhecer seus familiares e amigos, e apresenta distúrbios graves de linguagem, estado vegetativo e acolhimento da posição fetal devido às contraturas. Desde a fase inicial dos sintomas até a morte do paciente, a duração média da doença é entre 7 a 10 anos (VALIM et al, 2010).

Esses sintomas são acompanhados por problemas comportamentais, como depressão, alucinações e agressividade. Fazem parte da síndrome demencial e a DA, a insônia, a apatia, a lentificação, da marcha ou do discurso, a perda de peso, dificuldade de concentração e a perda de interesse (FORLENZA, 2000).

A etiologia da DA ainda é desconhecida. Mas existem fatores que aumentam o seu predomínio. A história patológica classifica-se por duas lesões principais, as placas senis que possui a proteína b-amiloide; e os emaranhados neurofibrilares. A idade, o histórico familiar, ou seja, fator genético, a Síndrome de Down e a Apo lipoproteína E-4 (APOE-4), onde esta desempenha uma importante função de distribuir o colesterol para as células

nervosas, são considerados como fatores de risco, que estão relacionados com a prevalência da doença (OLIVEIRA et al., 2013; GONÇALVES; CARMO, 2012).

O predomínio da DA afeta aproximadamente 5% dos indivíduos com mais de 65 anos, duplicando sua prevalência a cada cinco anos e 20% daqueles com mais de 80 anos. Atualmente cerca de 35,5 milhões de pessoas em todo o mundo tem demência, esta doença é definida como o tipo mais comum de demência, sendo responsável por quase 56% do número total de casos (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

Nos Estados Unidos (EUA), são gastos anualmente com a DA cerca de 100 bilhões de dólares, sendo considerado o país com grande contribuição de recursos em pesquisas e custos decorrentes da internação dos seus portadores. Sua prevalência é de 4,5 milhões de pessoas afetadas, sendo a quarta causa de morte e estudos apontam que uma em cada dez (10) famílias americanas possui um membro com DA. Chegando a 8% da população, os idosos com mais de 65 anos ou mais foram identificados com demência no Canadá e 34,5% com 85 anos ou mais (PELZER, 2002).

Para ter o melhor diagnóstico este deverá ser prévio e precoce. Com uma história clínica bem adequada, a confirmação por familiares ou pessoas mais próximas e avaliação do estado mental pode conferir até 90% de clareza no diagnóstico da DA, com isto podemos também excluir outras patologias. Temos exames complementares, como hemograma, concentrações séricas de ureia, creatinina, tiroxina (T4) livre, dosagem de hormônio tireo-estimulante (TSH) e nível sérico de vitamina B12 e cálcio (CA++), e ainda reações sorológicas para sífilis e, em pacientes com idade inferior a 60 anos, sorologia para HIV (VENEZIAN, 2010).

Exame do líquido cefalorraquiano (LCR) pode ser útil na identificação de causas específicas de demência, e principalmente suspeita de doença inflamatória ou infecciosa do sistema nervoso central (SNC) e ainda exames de neuroimagem como Tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) de crânio. Devemos também avaliar a linguagem, a memória, a capacidade do pensamento abstrato, da atenção e cálculo, e

habilidade de se expressar, avaliação das funções visuo-construtivas e mudanças de condutas (LOPES et al., 2011; NITRINI et al., 2005).

Determinados medicamentos são prescritos a fim de minimizar problemas, como agitações, insônia e depressão, auxiliando no bem-estar. Apesar de não curar ou modificar a doença, o Donepezil, Rivastigmina e Galantamina, são bem tolerados nas fases inicial e intermediária e a Memantina, que é utilizada nas fases intermediária e final, auxiliam a manter as funções de comunicação e atividade de vida diária POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011; SERENIKI; VITAL, 2008; WATHIER et al, 2009; GRANDE, COUBE e GIORDANI, 2009).

Tendo em vista que o número de idosos aumenta consistentemente e o rápido envelhecimento populacional faz se necessário tornar evidente a prática da enfermagem como principal fonte de cuidado. Envelhecer é um privilégio e os profissionais de saúde e a sociedade deve preparar-se para proteger estes pacientes, valorizando as orientações adequadas transmitidas aos familiares do doente para que melhor compreendam a patologia, seus sinais e sintomas, e a importância do diagnóstico precoce (BAUAB, 2013).

No Brasil são poucos os estudos sobre morbimortalidade por DA muitos abordam as demências em geral em unidades hospitalares ou asilares. A ausência de dados nacionais constitui um vazio no conhecimento do perfil epidemiológico da doença no país (PINTO et al, 2009).

Diante do exposto, este estudo tem enquanto objetivo analisar a frequência da mortalidade pela Doença de Alzheimer (D.A) no recorte geográfico formado pelo “Brasil”, no recorte histórico formado pelos anos de “2000 a 2013”.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo retrospectivo, comparativo e descritivo, potencializado por uma abordagem quantitativa, e que se propôs a analisar a frequência da mortalidade pela Doença de Alzheimer (D.A) no recorte geográfico formado pelo “Brasil”, no recorte histórico formado pelos anos de “2000 a 2013”.

Para aquisição dos dados necessários a construção do presente estudo, os mesmos foram solicitados formalmente junto ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), sendo os mesmos classificados enquanto fontes primárias.

As fontes secundárias derivaram de levantamentos bibliográficos eletrônicos implementados junto à base de dados informatizadas nacionais e internacionais, sendo as mesmas, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS[®]), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs[®]), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline[®]), Scientific Electronic Library Online (SciELO[®]), Saber-USP[®], Minerva-UFRJ[®], adquirindo desta forma artigos de periódicos científicos, documentos oficiais, dentre outras publicações.

Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo os mesmos, “Doença de Alzheimer” com o número de registro “545” e o identificador único “D000544”; “Mortalidade” com o número de registro “22047” e o identificador único “Q000401”; “Epidemiologia” com o número de registro “22080” e o identificador único “Q000453”; “Demência” com o número de registro “3718” e o identificador único D003704”.

Para a organização dos dados adquiridos, os mesmos foram ordenados por meio do Software Microsoft Excel 2013[®], pertencente ao pacote Microsoft Office 2013[®] for Windows[®]. Após este processo, os resultados foram expostos por meio das tabelas.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

No processo de organização e análise dos dados, foi possível verificar que no recorte geográfico e histórico analisados no presente estudo, foi identificado um universo de 98.016 registros de mortalidade pela DA, sendo que o ano de 2013 foi aquele que dentre os analisados que registrou a maior frequência, somando um total de 14,30% (n=14.015) casos e a menor frequência foi identificada no ano de 2000 com 1,65% (n=1.615) casos, conforme exposto à tabela de número 01.

TABELA 01 – Frequência de registros de mortalidade pela Doença de Alzheimer no Brasil, entre os anos de 2000 a 2013 (n= 98.016):

ANOS	FREQUÊNCIA	%
2013	14.015	14,30
2012	13.142	13,40
2011	11.957	12,20
2010	10.841	11,05
2009	8.989	9,20
2008	7.974	8,15
2007	7.180	7,30
2006	5.961	6,10
2005	4.867	4,95
2004	3.925	4,00
2003	3.049	3,10
2002	2.506	2,55
2001	1.995	2,05
2000	1.615	1,65
TOTAL	98.016	100,00

FONTE: Ministério da Saúde. Serviço de Informação em Mortalidade, 2015.

Já na tabela de número 02, foram identificadas as frequências de registros de mortalidade pela DA no Brasil, sendo que a região Sudeste (SE) foi aquela dentre as analisadas que registrou a maior frequência somando um total de 59,45% (n= 58.256) casos e a região Norte (N) foi aquela que obteve a menor frequência com 1,65% (n= 1.624).

TABELA 02 – Frequência de registros de mortalidade pela Doença de Alzheimer no Brasil, por regiões brasileiras entre os anos de 2000 a 2013 (n=98.016):

REGIÃO BRASILEIRA	FREQUÊNCIA	%
Sudeste	58.256	59,45
Sul	20.400	20,85
Nordeste	12.831	13,10
Centro-oeste	4.905	5,00
Norte	1.624	1,65
TOTAL	100,00	98.016

FONTE: Ministério da Saúde. Serviço de Informação em Mortalidade, 2015.

Quando analisada a frequência de óbitos pela DA por unidade federativa (UF), foi possível verificar que o estado de São Paulo (SP) foi aquele que somou a maior frequência com 32,65% (n=31.995) casos e o estado de Roraima (RR) foi aquele que obteve a menor frequência com 0,03% (n=27) casos, conforme exposto junto à tabela de número 03.

TABELA 03 – Frequência de registros de mortalidade pela Doença de Alzheimer no Brasil, por unidades federativas entre os anos de 2000 a 2013 (n=98.016):

UNIDADE FEDERATIVA	FREQUÊNCIA	%
São Paulo	31.995	32,65
Minas Gerais	12.136	12,40
Rio de Janeiro	11.563	11,80
Rio Grande do Sul	9.954	10,15
Paraná	6.777	6,90
Santa Catarina	3.669	3,75
Ceará	2885	2,95
Espírito Santo	2562	2,60
Pernambuco	2513	2,55
Bahia	2358	2,40
Goiás	2081	2,10
Paraíba	1505	1,55
Rio Grande do Norte	1327	1,35

Mato Grosso do Sul	1143	1,15
Distrito Federal	930	0,95
Mato Grosso	751	0,75
Pará	737	0,75
Piauí	614	0,65
Maranhão	609	0,60
Sergipe	518	0,55
Alagoas	502	0,50
Amazonas	392	0,40
Rondônia	197	0,20
Tocantins	173	0,20
Acre	70	0,05
Amapá	28	0,05
Roraima	27	0,05
TOTAL	98.016	100,00

FONTE: Ministério da Saúde. Serviço de Informação em Mortalidade, 2015.

ANÁLISE DOS DADOS:

No processo de organização e análise dos dados, foram identificadas sete (07) evidências, sendo as mesmas, “01 – O aumento na frequência de registros de mortalidade pela DA no Brasil, no recorte histórico analisado”, “02 - O ano de 2013 foi aquele com a maior frequência de registros de mortalidade pela DA no Brasil, no recorte histórico analisado”, “03 - O ano de 2000 foi aquele com menor registro de mortalidade pela DA”, “04 - A região Sudeste foi aquela com o maior registro de mortalidade pela DA”, “05 - A região Norte registrou a menor frequência de mortalidade pela DA”, “06 - O estado de São Paulo obteve a maior frequência de registros de mortalidade pela DA”, “07 - O estado de Roraima foi aquele com a menor frequência de mortalidade pela DA no Brasil”.

A primeira evidência, relacionada com o aumento na frequência de registros de mortalidade pela DA, está de comum acordo com o que é exposto junto à literatura científica quando é defendido que, quanto maior a idade, maior a incidência para DA,

maior também é a probabilidade que a pessoa tem de morrer, pois, com o passar dos anos, há uma diminuição da reserva funcional, tornando as pessoas mais suscetíveis a doenças e eventos fatais (MAIA, 2006).

A segunda e a terceira evidências relacionadas a maior frequência de registros de mortalidade pela DA respectivamente no ano de 2013, encontram sustentação junto à literatura científica, quando exposto que, a tendência da mortalidade por DA vem aumentando constantemente no decorrer dos anos, supostamente esse aumento pode ser justificado não somente à maior longevidade da população, mas também a oferta de métodos diagnósticos e a melhor capacitação profissional (HALLBERG, 2009).

A quarta evidência que refere se ao aumento significativo das taxas de mortalidade por DA na região Sudeste (SE), está relacionada a maior proporção de idosos na região e também, pode ser motivado em razão desta região se centralizar o maior polo econômico e comercial, além de, se definir a mais tempo com maior proposta de programas e serviços de saúde com recursos tecnológicos e humanos disponíveis à população (DOMINGUES, 2009; TEIXEIRA et al, 2015).

Já na quinta evidência, relacionada à menor frequência de registros de mortalidade por DA na região Norte (N), pode ser justificada pela menor concentração de pessoas idosas, e conseqüentemente a menor incidência de doença neste local e provavelmente, este baixo percentual se deve ao subdiagnóstico da doença, que ainda pode ser atribuída ao processo de envelhecimento normal (CINTRA, 2008).

A sexta evidência, relacionada à elevada mortalidade por DA no estado de São Paulo (SP) encontra sustentação junto à na literatura científica pois, este fenômeno pode ser explicado pelo envelhecimento da população, avanços no diagnóstico mais elaborado e de um melhor entendimento e instrução sobre a doença, permitindo a definição em termos de histórico do paciente e aplicação de testes sobre a cognição e suas funções. Podem também estar envolvidos fatores ambientais, que devido à ampla cultura da cana de açúcar, laranjas e limões, a utilização de pesticidas sobre a mesma, sugere que a

deficiência neurológica estará presente e associada ao risco de desenvolver esta demência, assim como a poluição do ar que pode ser refletida no seu desenvolvimento (ALMEIDA, 2014).

A sétima evidência, referente à menor frequência de registros de mortalidade pela DA no estado de Roraima (RR), encontra subsídios descritos junto à literatura científica, pelo percentual de pessoas com mais de 60 anos, se constatando que os 324.397 habitantes do estado, ou seja, 3,8%, representam o universo de pessoas idosas, porcentagem baixa se comparado a outros estados brasileiros, e que o local apresenta a saúde mais crítica, pois, foi identificado apenas um geriatra para atender a população idosa do estado, acompanhado também da única Universidade (UFRR), que possui o curso de medicina onde não consta na sua grade curricular a disciplina de Gerontologia e Geriatria (BONFIM et al, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O presente estudo demonstrou um aumento nos registros de frequência de mortalidade pela DA no recorte histórico e geográfico analisados. Foi também possível perceber que a região Sudeste (SE) apresentou a maior frequência dentre as analisadas e o estado de São Paulo (SP) a maior frequência quando comparadas as outras unidades federativas (UFs).

Devido ao aumento da expectativa de vida, é de fundamental importância a criação de políticas públicas que apontem e permitam um real incremento no que se refere à assistência prestada a pessoa idosa, potencializada ainda por meio de estratégias propostas principalmente pelo Ministério da Saúde (MS) e também, por outras instituições do governo brasileiro.

Assim, devesse desenvolver, melhorias para o fortalecimento à qualidade e a integração da atenção básica em saúde, onde, o envelhecimento ocorra com

independência e autonomia dos idosos, ensejando que estes, possam usufruir de longa vida com respeito e dignidade.

Mesmo com os esforços desenvolvidos pelos órgãos governamentais e pela sociedade como um todo, apesar do cuidado, do diagnóstico e do registro relacionado à DA, ainda esta enfermidade, se configura enquanto um grave problema de saúde pública. Neste sentido é sugerido pelos autores do presente estudo, um maior incentivo para a realização de pesquisas que venham a se debruçar em uma maior análise e compreensão sobre a DA, e também de seus complexos impactos junto a sociedade.

Neste sentido é papel do profissional enfermeiro, dos profissionais de saúde e de toda a sociedade, o desenvolvimento de estratégias para o diagnóstico precoce da DA, possuindo enquanto função, o desenvolvimento de mecanismos inteligentes para o cuidado integral, além de melhor organização da sociedade, objetivando minimizar os impactos relacionados à DA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, M. C. S.; GOMES, C. M. S.; NASCIMENTO, L. F. C. Spatial distribution of deaths due to Alzheimer's disease in the state of São Paulo, Brazil. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 132, n. 4, p. 199-204, 2014 ;

BAUAB, J. P. **O cotidiano, a qualidade de vida e a sobrecarga de cuidadores de idosos em processo demencial de uma unidade escola ambulatorial.** 103 f. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós -Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, 2013;

BONFIM, M.G et al. Idosos em Boa Vista: Análise Social. **Texto e Debates**, n. 07. p.45-57, 2000;

CINTRA, M. T. G et al. Avaliação do programa público brasileiro de tratamento da doença de Alzheimer, 2008;

DOMINGUES, M. A. R. C; Santos, C.F; Quintans, J.R. Doença de Alzheimer: o perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer. **O Mundo da saúde São Paulo**, São Paulo, v. 33, n. 1, p.161-169, 2009;

FERREIRA, D.C.; CATELAN-MAINARDES, S. C. Doença de Alzheimer: como identificar, prevenir e tratar. **EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica**, Maringá, Cesumar, 2012;

FORLENZA, O. V. Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 87-95, Jun. 2000;

GONCALVES, E. G; CARMO, J. S. Diagnóstico da doença de Alzheimer na população brasileira: um levantamento bibliográfico. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 4, n. 2, dez. 2012;

GRANDE, A. M.; COUBE, M. A.; GIORDANI, A. T. O idoso portador de Alzheimer: cuidados de enfermagem e orientações aos familiares para o cuidado domiciliar. **Departamento de Saúde e Educação – Bandeirantes**, Paraná, Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP/CLM), 2009;

HALLBERG, O. Is increased mortality from Alzheimer's disease in Sweden a reflection of better diagnostics? **Curr Alzheimer Res**, v. 6, n. 6: p.471-475, dec., 2009;

INOUE, K. ; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1093-1099, Dec. 2010;

LIMA, J. C. Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso? **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, n. 40, p. 469-489, Out, 2006;

LOPES, L. C. et al. **Doença de Alzheimer: Prevenção e tratamento**.20 f. Projeto - Diretrizes clinica na saúde suplementar, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2011;

MAIA, F. O. M; DUARTE, Y. A. O; LEBRÃO, M. L. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 540-547, 2006;

MENDES, J. D. V. Perfil da Mortalidade de Idosos no Estado de São Paulo em 2010. **BEPA**, São Paulo, v. 9, n. 99, p. 33-49, 2012;

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 63, n. 3a, p. 713-719, Sept. 2005;

OLIVEIRA, P. P. et al. Conhecimento de estudantes de enfermagem com formação técnico-profissionalizante sobre a doença de Alzheimer. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, n.2, p.527-53, fev. 2013;

PELZER, M. T. A enfermagem e o idoso portador de demência tipo Alzheimer: desafios do cuidar no novo milênio. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 4, p. 97-111, 2002;

PINTO, M. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul Enferm**; 22: p.652-657, 2009;

POLTRONIERE, S; CECCHETTO, F. H; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 270-278, Jun. 2011;

RIBEIRO, C. F. **Doença de Alzheimer**: A principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores. 60 f. Monografia - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade federal de Minas Gerais-UFMG, 2010;

RODRIGUES, M. P. B.; GONTIJO, D. T. Doença de Alzheimer: uma análise da produção científica publicada em periódicos brasileiros no período de 200 a 2007. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 25-43, 2009;

SALES, A. C. S. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso Portador da doença de Alzheimer. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Minas Gerais, v. 1, n. 4, p.492-502, out. /dez. 2011;

SAYEG, N. **Alzheimer MED.** Disponível em: <<http://www.alzheimermed.com.br/conceitos/epidemiologia>>. Acesso em: 20 out. 2015;

SERENIKI, A; VITAL, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, supl. 2008;

TEIXEIRA, J. B. et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n. 4, p. 1-12, abr. 2015;

VALIM, M. D. et al. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 528-34, out. 2010;

VENEZIAN, S. G. M. Abordagem fisioterapêutica na doença de Alzheimer. **Revista Hórus**, Ourinhos-SP, v.4, n. 2, out. /dez., 2010;

WATHIER, L. S. et al. Principais dificuldades encontradas nos cuidados do mal de Alzheimer. **Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar**, Maringá-PR, 27 a 30, out., 2009.