

# REBES REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

ISSN - 2358-2391



GVAAG - GRUPO VERDE DE AGROECOLOGIA E ABELHAS - POMBAL - PB  
Artigo Científico

## *Perfil Epidemiológico de Pacientes com Doença de Alzheimer em um Município Paraibano*

**Aline de Sousa Alves**

Discente do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP)

E-mail: alyne\_@live.com

**Zuleide Lopes da Silva**

Fisioterapeuta, diplomada pela Faculdades Integradas de Patos (FIP)

Email: zuleidelopes@hotmail.com

**Lavoisier Morais de Medeiros**

Fisioterapeuta, mestre em Modelos de Decisão e Saúde, Professor Efetivo da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e do Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

E-mail: lavoisier.medeiros@ifpb.edu.br

**Samara Campos de Assis**

Fisioterapeuta, especialista em Saúde Pública e em Docência do Ensino Superior.

Professora das FIP- Faculdades Integradas de Patos.

Email: Samaracamposdeassis@gmail.com

**Aucelia Cristina Soares Belchior**

Fisioterapeuta, mestre e doutora em Bioquímica e Fisiologia pela UFPE/UFES, especialista em Educação Inclusiva (FASP), docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Faculdade Santa Maria (FSM) e

Faculdade São Francisco da Paraíba (FASP).

E-mail: crisbelchior@hotmail.com

**Resumo:** O envelhecimento é um processo natural de mudança relacionado ao tempo que inicia ao nascimento e continua por toda vida. As doenças crônicas degenerativas receberam influências desse envelhecimento acarretando quadros de demência que ocorre com frequência em pessoas idosas. A Doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência corresponde entre 50 e 70% dos casos. O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa, progressiva, irreversível de causa desconhecida e é caracterizada por alterações cognitivas e comportamentais. O objetivo do presente estudo foi traçar o perfil epidemiológico de pacientes com a Doença de Alzheimer em um município paraibano. Trata-se de um estudo de análise descritiva com abordagem quantitativa, tendo como amostra 12 pacientes, atendidos em unidades Básicas de Saúde da Família em um município paraibano, e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo as propostas de resolução 196/96. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e março de 2013, sendo feita através de um questionário. Os dados foram analisados, tabulados e graficados utilizando o SPSS versão 16.0 para o Windows e Windows Excel, versão 2010. Verificando-se que os doze idosos estudados realmente apresentavam características de demência, e possuem um perfil condizente com a literatura.

**Palavras Chave:** Envelhecimento. Alzheimer. Fisioterapia.

### *Epidemiological Profile of Patients with Alzheimer's disease in a municipality of Paraíba*

**Abstract:** Aging is a natural process of change related to the time that begins at birth and continues throughout life. Chronic degenerative diseases have received influences of aging leading to dementia frames that occurs frequently in the elderly. Alzheimer's disease is the most common form of dementia matches between 50 and 70 % of the cases. Alzheimer's is an irreversible, progressive, neurodegenerative disorder of unknown cause and is characterized by cognitive and behavioural changes. The objective of the present study was to trace the epidemiological profile of the patients in a municipality in Brazil. It is a study of descriptive analysis with quantitative approach, taking as sample 12 patients assisted in family health basic units in a municipality of Paraíba, and who have agreed to participate in the survey through the signing of the informed consent, obeying the motions for resolutions 196/96. Data collection was performed between the months of February and March 2013, being made through a questionnaire. The data were

analyzed, tabulated and graficados using the SPSS version 16.0 for Windows and Windows Excel, version 2010. Noting that the twelve elderly studied actually had features of dementia, and have a profile consistent with the literature.

**Keywords:** Aging. Alzheimer's. Physiotherapy.

## 1 Introdução

O envelhecimento é um processo natural a todo ser vivo. É caracterizado por diversas alterações funcionais, tanto físicas quanto psicológicas.

De acordo com Jacob Filho (1998), há dois conceitos que descreve o envelhecimento: a Senescência e a Senilidade. A Senescência caracteriza-se pelo deterioramento físico e mental, que ocorre gradualmente por um período de tempo, tratando-se de um processo natural do ciclo vital. Porém, a senilidade é a fase em que o declínio físico acontece com mais intensidade, onde ocorre a desorganização mental, enquadrada em um processo patológico.

O envelhecimento bem-sucedido admite que o tempo cronológico deve ser acrescido de vida ativa identificada como produtos de esforços necessários nos últimos anos em grande medida, relacionados ao avanço da produção em ciência, tecnologia e prática de atenção a saúde dos idosos. É importante que o envelhecimento ocorra com qualidade e manutenção da autonomia dos indivíduos, procurando preservar oportunidade que os mais velhos têm de participar da sociedade, e minimizar as possibilidades de exclusão social (PASCHOOL, 2002; HOLSTEIRN, MINKLER, 2003; KAHN, 2003; LIMA, 2003, 2005; NERE, TEIXEIRA, 2008).

As doenças crônicas degenerativas e os transtornos mentais recebem influência do envelhecimento populacional acarretando quadros de demência que ocorre com frequência em pessoas idosas, mais comuns na população (JORM, 1998).

A demência é a consequência de uma doença cerebral crônica e progressiva, que afeta a vida diária. A Doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência corresponde entre 50 e 70% dos casos de demência. A DA leva a alterações progressivas de memória, de julgamento e do raciocínio intelectual, fazendo a pessoa cada vez mais dependente (ABRAZ, 2012).

A DA, é a causa mais comum de demência senil e pré-senil. Os sintomas são raros antes dos 50 anos de idade. Acomete de 5% a 10% dos pacientes acima de 65 anos e 20% a 40% daqueles acima de 85 anos (DUBINSKI et al.; 2000; BARNES et al. 2005). Essa doença foi descrita pela primeira vez pelo médico Alois Alzheimer, em 1907 (BONDAREFF et al., 1994).

O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa, progressiva, irreversível de causa desconhecida que é caracterizada por alterações cognitivas e comportamentais.

(PORTO, 2007). É caracterizada ainda pela maciça perda sináptica e pela morte neural observada nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, envolvendo também o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriado ventral (SELKOE, 2001).

Warren et al. (1997), diz que esta demência tem uma etiologia complexa, onde fatores genéticos e

ambientais tem influencias patogênese. A idade, o sexo, a poli proteína E4, a idade paterna avançada, a doença cerebrovascular, infarto do miocárdio, o trauma craniano e defeitos imunológicos são vistos como sendo fatores de risco para a doença de Alzheimer. Assim como doenças cromossômicas, agentes infecciosos, toxinas, ocupação e grau de escolaridade podem fazer parte dessa relação (REIMAN; CASELLI; 1999; GHEZZ; SHIP, 2000).

Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer, ABRAZ (2012), as estatísticas confirmam que em 25 anos cerca de 34 milhões de pessoas terão demências e mais de 50% das pessoas com essa doença sofre da DA. Pacientes com essa doença geralmente ocorre deterioração dos movimentos motores, desorientação, mudança de personalidade, depressão e comportamento bizarro.

O diagnóstico da DA é feito inicialmente através da exclusão de outras doenças que podem evoluir com quadros de demências (ASPESI, 2008). Porém, o diagnóstico final depende do exame anatomopatológico de tecido cerebral obtido em biópsia ou necropsia conduta esta não realizada quando o idoso está vivo (CARAMELLI; VILELA, 2006).

## 2 Material e Métodos

Foi feito um estudo com abordagem quantitativa que é aquela que enfatiza o raciocínio lógico e os atributos mensuráveis da experiência humana utilizando procedimentos estruturados para coletas de informações e analisa essas informações através de procedimentos estatísticos (DYNIEWICZ; 2009).

Constitui-se de uma pesquisa descritiva que visa observar, registrar, explorar e interpretar fatos ou fenômenos, sem manipula-los, e no ponto de vista de sua natureza, aplicada, que é usada para fins práticos, com finalidade de buscar soluções para problemas concretos (CERVO; BERVIAN, 1996).

O estudo foi realizado com pacientes atendidos em Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF) em um município paraibano.

A população do estudo foi composta por 12 pacientes com diagnóstico de Doença de Alzheimer atendidos em UBSF, não probabilística e intencional.

Foram incluídos na pesquisa pacientes com diagnóstico de Doença de Alzheimer, com idade maior que 18 anos, de ambos os sexos, com autorização do responsável, atendidos em UBSF e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes que tinham idade menor que 18 anos, que não tinha diagnóstico da Doença de Alzheimer e que não aceitaram participar da pesquisa.

Inicialmente os responsáveis e pacientes foram avisados e/ou orientados quanto à pesquisa, seus objetivos e limitações, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), que foi impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador, confirmando sua participação voluntária.

Aqueles indivíduos que foram incapazes de assinar ou carimbar a impressão digital no termo, o acompanhante e/ou responsável se responsabilizou por tal assinatura. Em seguida foi feita a coleta de dados, sendo aplicado o instrumento para coleta de dados, feito em forma de um questionário (Apêndice C). A aplicação do questionário foi feita uma única vez, na residência dos pacientes.

O questionário foi composto por oito perguntas, divididas em duas dimensões: dados sociais e demográficos (idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão e/ou ocupação e renda mensal) e dados clínicos sobre a patologia (tempo em que foi diagnosticada a doença, em qual fase está, principais sintomas apresentados, tempo que faz tratamento, se tem acompanhamento de outro profissional, se faz fisioterapia, se houve melhora do quadro com a fisioterapia e se tem complicações secundárias).

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre os meses de fevereiro e março de 2013.

Após coleta dos dados, a análise dos mesmos foi realizada de forma organizada e coerente, para facilitar a interpretação dos objetivos da pesquisa. Os dados foram analisados por meio de gráficos e tabelas e utilizando o SPSS versão 16.0 para o Windows e o Windows Excel, versão 2010.

Inicialmente o projeto foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em pesquisa das FIP e aprovado na sessão realizada no dia 29 de novembro de 2012, com protocolo número 189/2012 (Anexo C), sendo guiado com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional

de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada.

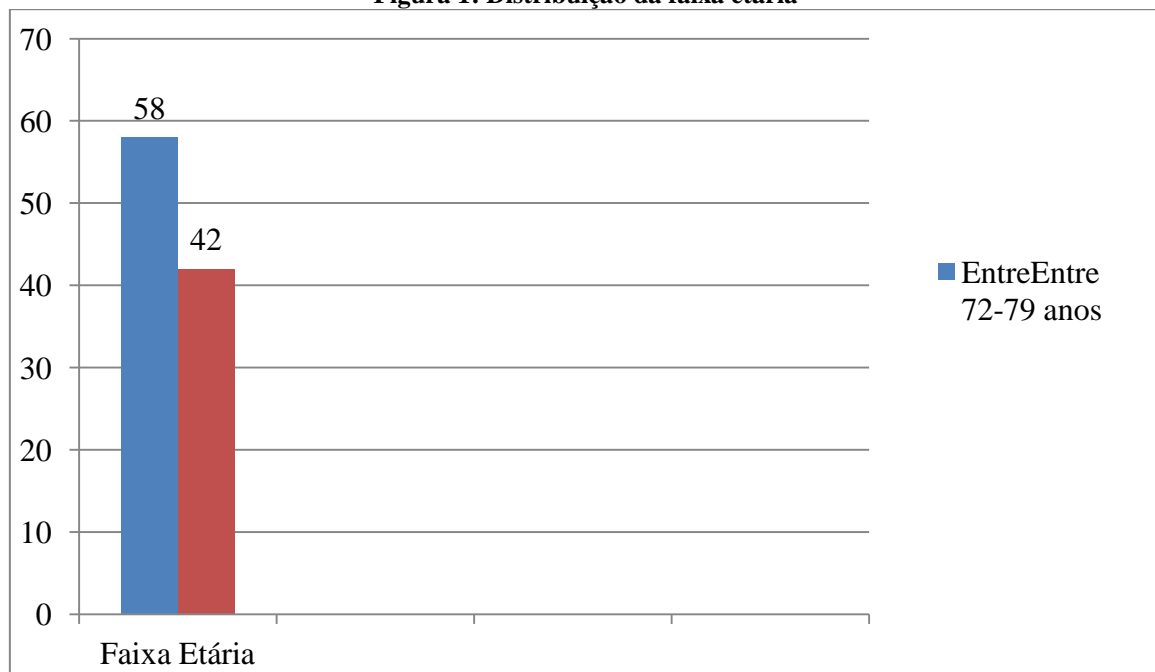
A pesquisa em questão apresentou risco mínimo de caráter moral e/ou social aos indivíduos envolvidos conforme capítulo V e VI. 1 da resolução 466/12 e os mesmos puderam desistir a qualquer momento da participação da pesquisa de acordo com o capítulo VI. 2, alínea g da resolução supracitada.

### 3 Resultados e Discussão

Os resultados obtidos apontaram uma amostra de 12 pacientes atendidos em UBSF. Por meio de um questionário composto por oito perguntas, divididas em duas dimensões: dados sociais e demográficos (idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão e/ou ocupação e renda mensal) e dados clínicos sobre a patologia (tempo em que foi diagnosticada a doença, em qual fase está, principais sintomas apresentados, tempo que faz tratamento, se tem acompanhamento de outro profissional, se faz fisioterapia, se houve melhora do quadro com a fisioterapia e se tem complicações secundárias), verificou-se que:

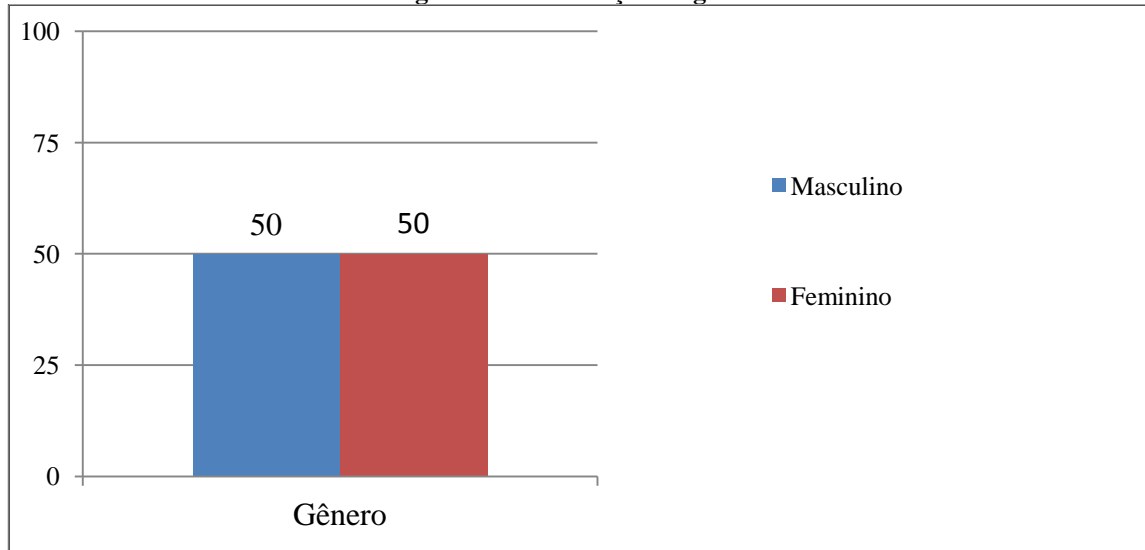
Com relação à faixa etária, observa-se na figura 01, que 58% (n=7) dos pacientes entrevistados apresentavam idade entre 72 e 79 anos e 42% (n=5) apresentavam entre 80 e 89 anos.

**Figura 1: Distribuição da faixa etária**



Quanto a faixa etária, os resultados deste estudo correlacionam com afirmação de Sereniki e Vital (2008) que a DA afeta aproximadamente 10% dos indivíduos com idade superior a 65 anos e 40% acima de 80 anos.

Quanto ao gênero, que pode ser observado na Figura 2, 50% (n=6) da amostra foi do gênero masculino e 50% (n=6) do gênero feminino.

**Figura 2 - Distribuição do gênero**

Os resultados encontrados nesta pesquisa estão de acordo com a afirmação de Oliveira, et al (2005), onde relata que alguns estudos têm sugerido que a doença afeta mais as mulheres do que os homens. No entanto, isto pode se induzir vivem mais tempo do que os homens. Isto significa que se os homens vivessem tanto tempo como as mulheres, e não morresse de outras doenças, o número afetado pela doença de Alzheimer seria sensivelmente igual ao das mulheres.

Com relação ao estado civil, observaram que 67% (n=8) eram viúvos, 17% (2=) casados, 8% (n=1) solteiros e 8% (n=1) divorciados. Quanto ao grau de escolaridade 42% (n=5) apresentaram ensino fundamental incompleto, 33% (n=4) não estudou, 17% (n=2) fundamental completo e 8% (n=1) superior completo. Ao analisar à profissão/ocupação observou-se que 100% (n=12) eram aposentados. Em relação à renda mensal verificou-se que 58% (n=7) apresentavam dois salários mínimos e 42% (n=5) um salário mínimo, ver Tabela 1.

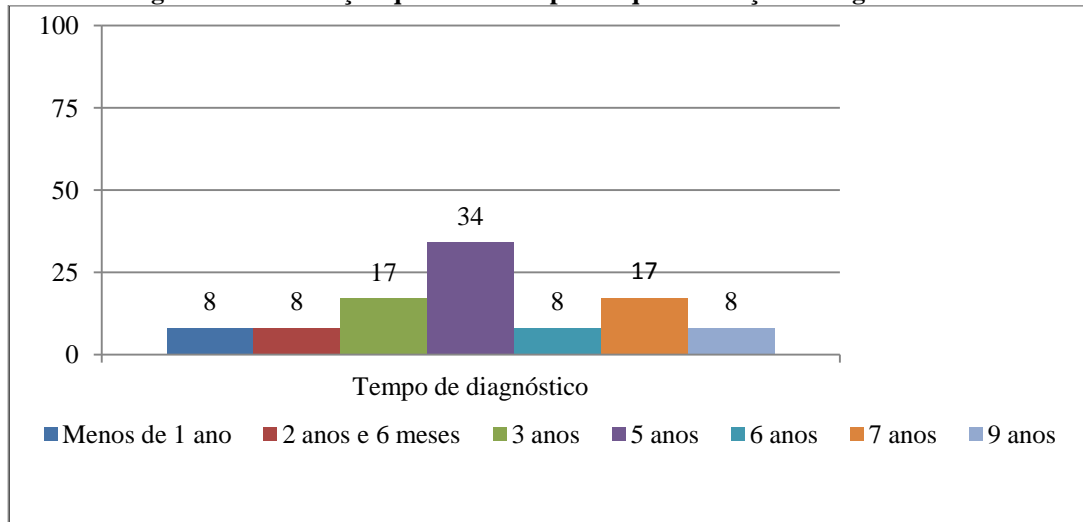
**Tabela 1. Análise descritiva dos sintomas**

	N	%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	1	8
Casado	2	17
Divorciado	1	8
Viúvo	8	67
Total	12	100
<b>Escolaridade</b>		
Superior completo	1	8
Fundamental completo	2	17
Fundamental incompleto	5	42
Sem estudo	4	33
Total	12	100
<b>Profissão/Ocupação</b>		
Aposentado	12	100
Total	12	100
<b>Renda Mensal</b>		
1 salário mínimo	5	42
2 salários mínimos	7	58
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

O baixo nível educacional e a idade são fatores de risco reais para o desenvolvimento de demência (MACHADO et al.; 2007).

Segundo Rodríguez e Hernández (2002), o grau de escolaridade é um fator envolvido no aumento do risco de se contrair a DA. Quanto maior o nível de escolaridade menor o risco de ter a doença no futuro.

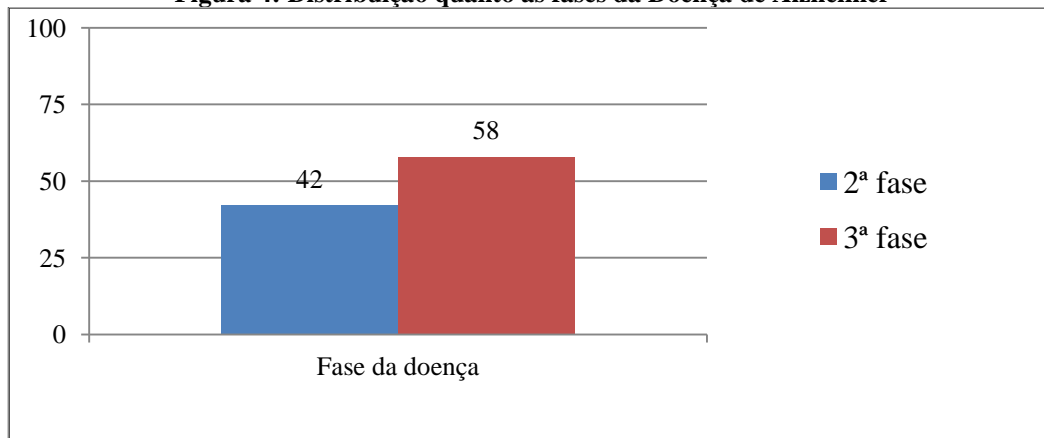
Aguiar et al (2012), diz em sua pesquisa que os analfabetos são maioria dentre os portadores da DA, enquanto o número decresce a medida que aumenta a escolaridade. Quanto ao tempo em que a doença foi diagnosticada, apresentou que 8% (n=1) foi diagnosticada a menos de um ano, 8% (n=1) a dois anos e seis meses, 17% (n=2) a três anos, 34% (n=4) a cinco anos, 8% (n=1) a seis anos, 17% (n=2) a sete anos e 8% (n=1) a nove anos, ver Figura 3.

**Figura 3: Distribuição quanto ao tempo em que a doença foi diagnosticada**

Os dados encontrados nesse estudo estão em concordância com Aguiar (2012) quando diz em sua pesquisa que a grande maioria dos pacientes possui a doença no período de 1 a 5 anos, seguido de 6 a 10 anos e

uma parte mínima de pacientes atende as expectativas e sobrevivem após 15 anos da doença.

Ao analisar as fases da Doença de Alzheimer como mostra o gráfico 04, 42% (n=5) estão na segunda fase e 58% (n=7) na terceira fase.

**Figura 4: Distribuição quanto as fases da Doença de Alzheimer**

O presente estudo não corrobora com o estudo de Aguiar (2012), onde o autor afirma que a maioria dos pacientes estão na 2ª fase, seguida da 3ª fase da doença.

Quanto aos sintomas apresentados observou-se que 100% (n=12) apresentaram perda da memória recente, 100% (n=12) desorientação quanto ao tempo e espaço, 50% (n=6) estranhamento de locais frequentados,

25% (n=3) depressão, 92% (n=11) incapacidade de leitura e escrita, 83% (n=10) recordação de acontecimentos distantes, 92% (n=10) dependência de terceiros, 75% (n=9) agitação, 75% (n=9) não reconhece a família, 50% (n=6) não se reconhece no espelho, 25% (n=3) comunica-se através de gritos, 17% (n=2) não consegue sorrir e 58% (n=7) teve perda de peso, ver Tabela 2.

**Tabela 2: Análise descritiva dos sintomas**

SINTOMAS	N	%
Perda da memória recente	12	100
Desorientação quanto ao tempo e espaço	12	100
Estranhamento de locais frequentados	6	50
Depressão	3	25
Incapacidade quanto a leitura e escrita	11	92
Recordação de acontecimentos distantes	10	83
Dependência de terceiros	10	83
Agitação	9	75

Não reconhece a família	9	75
Não se reconhece no espelho	6	50
Comunica-se através de gritos	3	25
Não consegue sorrir	2	17
Teve perda de peso	7	58

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

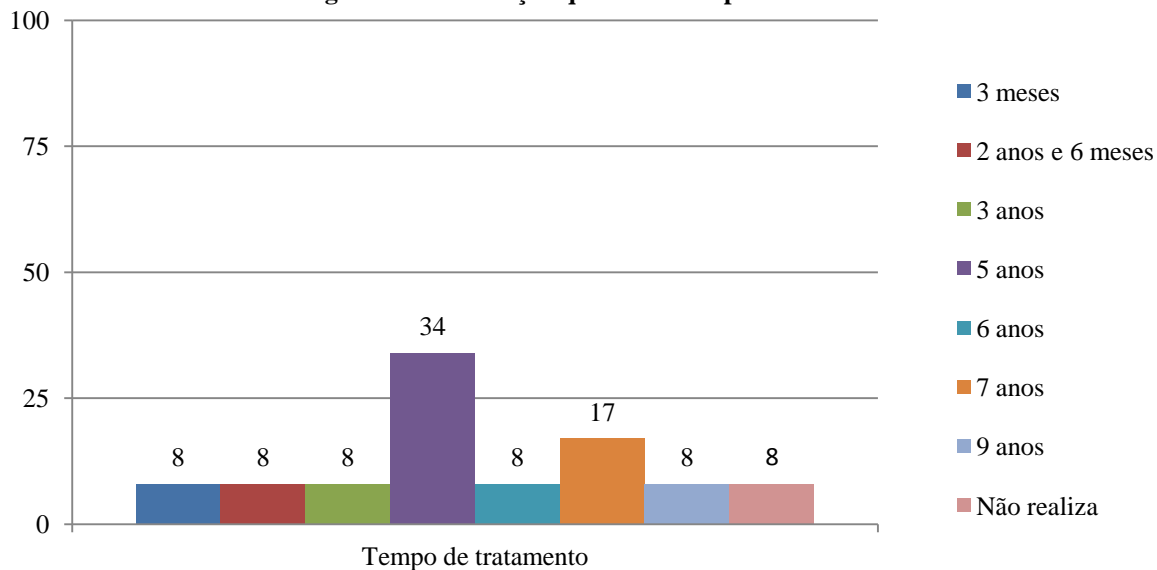
Os dados encontrados neste estudo relacionam com a afirmação de Sereniki e Vital (2008) que os sintomas depressivos são observados em até 40-50% dos pacientes, enquanto transtornos depressivos acometem em torno de 10-20% dos casos.

Kauffman (2001), afirma que na fase avançada e terminal do Alzheimer observa-se um indivíduo apático e distante, com perda de orientação em ambientes

familiares, normalmente apresentando incontinência e com gradual perda da capacidade de locomover-se.

Em relação ao tempo que realiza tratamento, 8% (n=1) realiza a três meses, 8% (n=1) a dois anos e seis meses, 8% (n=1) a três anos, 35% (n=4) a cinco anos, 8% (n=1) a seis anos, 17% (n=2) a sete anos, 8% (n=1) a nove anos e 8% (n=1) não realiza tratamento, ver figura 05.

**Figura 5: Distribuição quanto ao tempo de tratamento.**

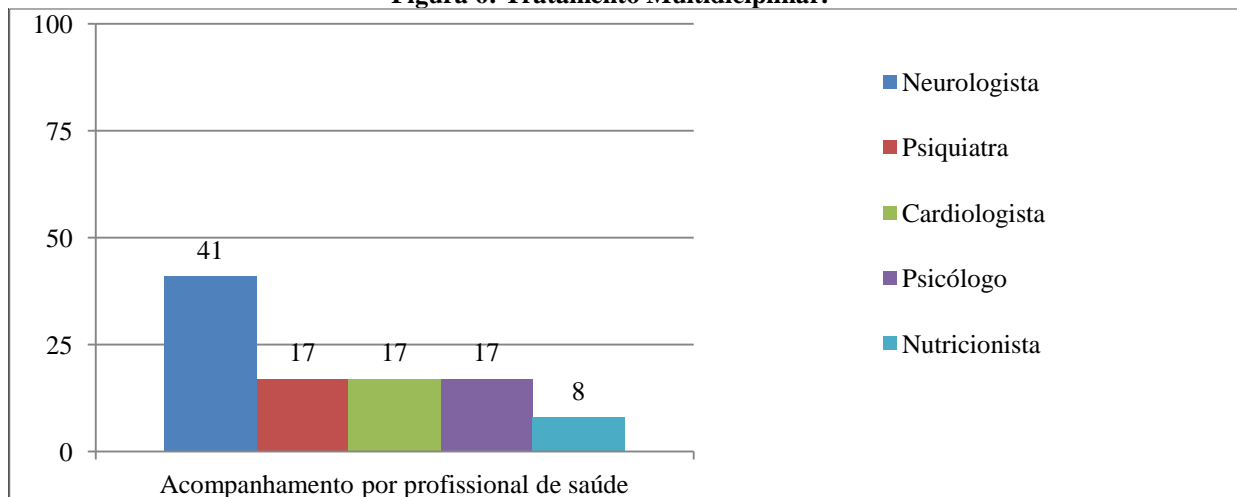


Miranda (2012), afirma que o portador da doença de Alzheimer precisa de acompanhamento multidisciplinar: médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, advogado, nutricionista, dentista, assistente social – todos esses profissionais, dentro de sua área de saber, podem atuar

visando à promoção da saúde, à proteção contra a violência e os abusos aos quais os mesmos são mais vulneráveis.

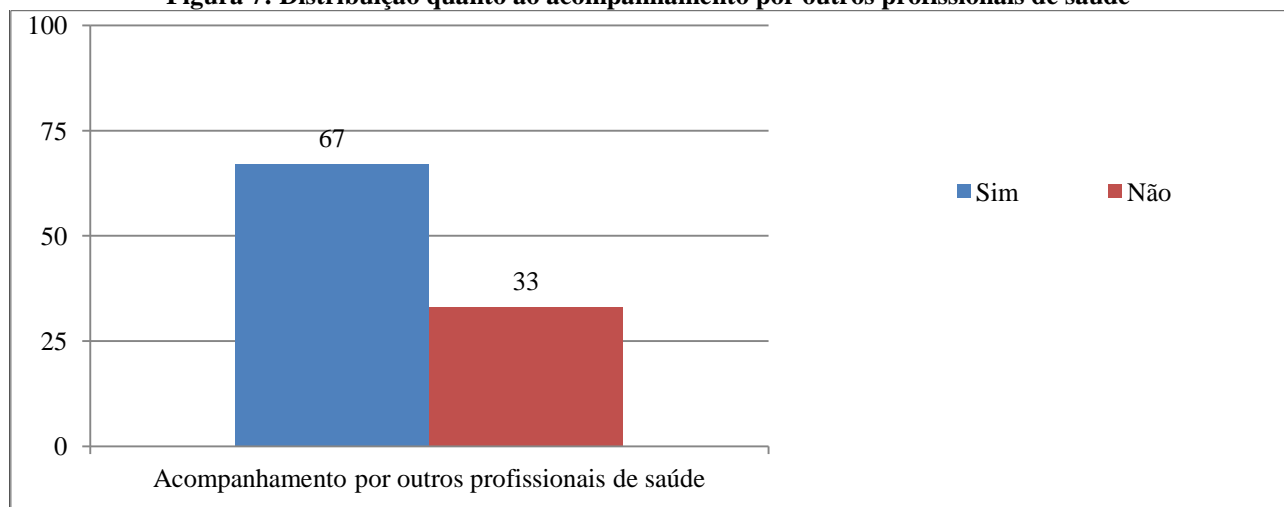
Em relação ao profissional, 41% (n=5) neurologista, 17% (n=2) psiquiatra, 17% (n=2) cardiologista, 17% (n=2) psicólogo, 8% (n=1) nutricionista, ver na figura 06.

**Figura 6: Tratamento Multidisciplinar.**



Quanto ao acompanhamento de outro profissional de saúde, verificou-se que 67% (n=8) disseram ter acompanhamento, 33% (n=4) não ter acompanhamento, ver figura 7.

**Figura 7: Distribuição quanto ao acompanhamento por outros profissionais de saúde**

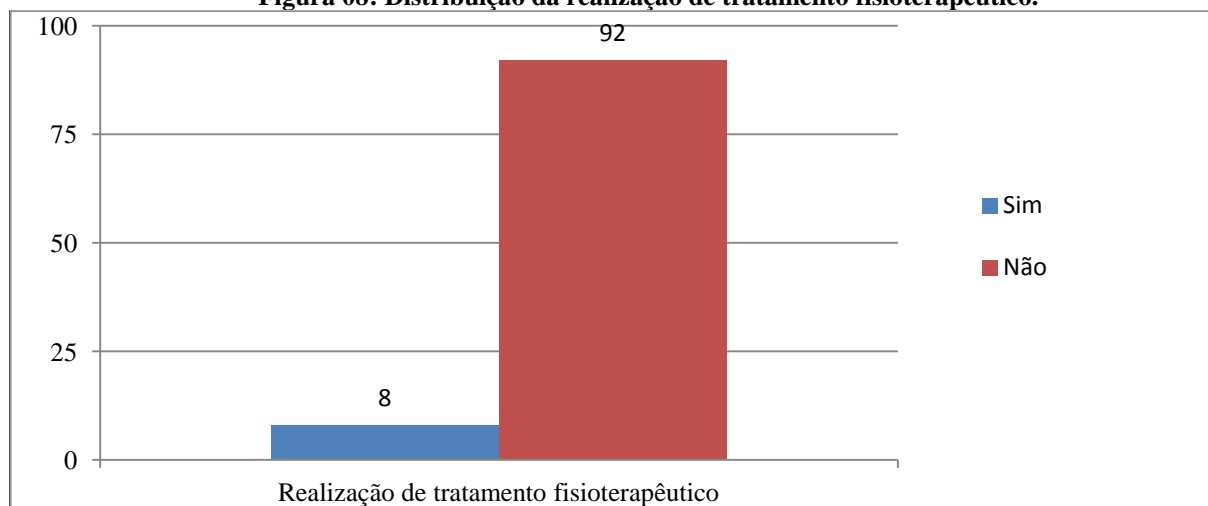


Driusso e Melo (2006), enfatizam a importância da reabilitação fisioterapêutica como um processo contínuo de educação e de solução de problemas, que objetiva como intervenção a diminuição da incapacidade e da deficiência vivenciadas por alguém. Portanto a fisioterapia passa a ter grande importância para retardar a progressão das perdas motoras e do desempenho funcional do portador da DA, assim como evitar

encurtamentos e deformidades estimulando a independência do paciente (ELY; GRAVE, 2008).

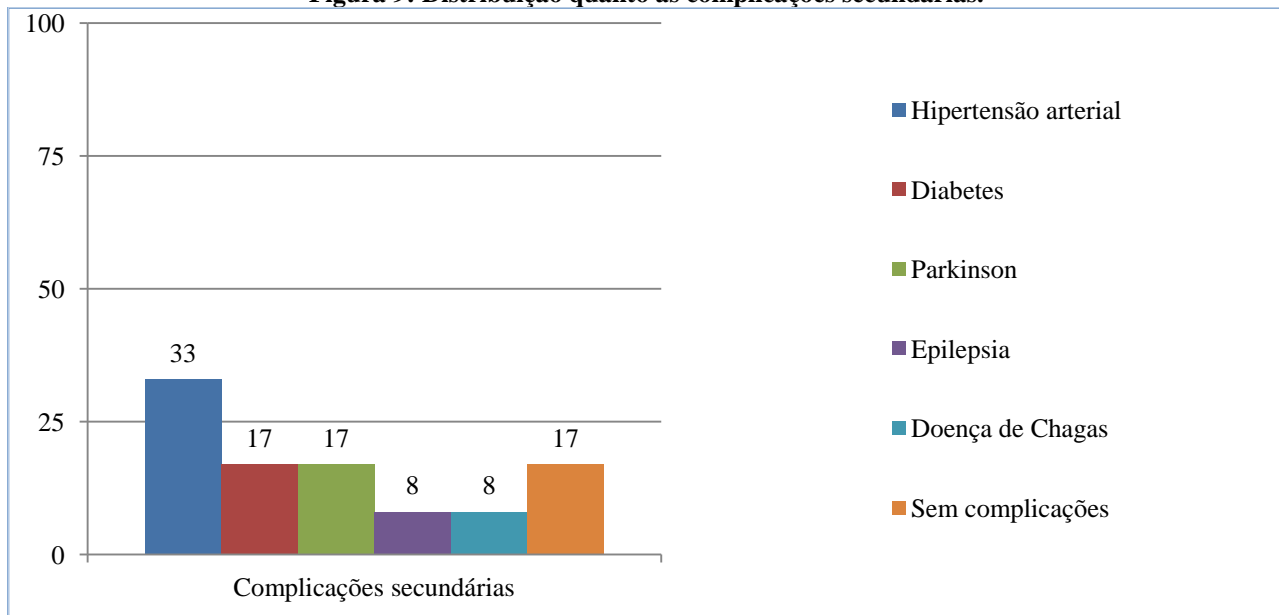
Sobre o tratamento fisioterapêutico 92% (n=11) não realiza tratamento fisioterapêutico e 8% (n=1) realiza tratamento fisioterapêutico a um ano e relata melhora do quadro, ver figura 08.

**Figura 08: Distribuição da realização de tratamento fisioterapêutico.**



Os resultados encontrados nesse estudo não corroboram com Oliveira et al (2005), que afirma ser a pneumonia a patologia mais frequente em pacientes com DA, afirmando que a evolução da doença enfraquece o sistema imunológico possibilitando a perda de peso, aumentando a chance de contrair uma infecção na garganta e no pulmão.

Quanto as complicações secundárias apresentadas constatou-se que 33% (n=4) apresenta hipertensão arterial, 17% (n=2) diabetes, 17% (n=2) Parkinson, 8% (n=1) epilepsia, 8% (n=1) doença de chagas e 17% (n=2) não apresentaram complicações secundárias, ver figura 09.

**Figura 9: Distribuição quanto as complicações secundárias.**

#### 4 Considerações finais

Em face do envelhecimento das populações no mundo inteiro, justificado por diversos fatores que incluem melhorias econômicas de países, avanço tecnológico de pesquisas médicas e políticas de saneamento e saúde pública, a terceira idade passou a ocupar relevante posição na proporção populacional, em especial nos países mais desenvolvidos.

Alcançada a longevidade, tão incessantemente buscada por décadas, como resultado de pesquisas e estudos científicos, surgiram doenças consideradas exclusivamente da terceira idade, que preocupam não somente as áreas de ciências humanas e saúde, como também governantes em geral. A doença de Alzheimer é a demência senil de maior prevalência, merecendo destaque entre Doenças da terceira idade e necessitando de um maior interesse acerca dessa patologia. Tendo em vista que a DA compromete o idoso como um todo, dificultando suas atividades funcionais e cognitivas.

Com a preocupação de analisar o perfil epidemiológico de pessoas com DA, foi observado que a maioria deles estavam na faixa etária entre os 70 e 80 anos, a amostra foi composta por 50% dos idosos de ambos os gêneros, sendo a maioria deles viúvos e com 42% apresentando ensino fundamental incompleto, outro resultado importante foi que 100% tinham perda da memória recente e a longo prazo e estavam desorientados em relação ao tempo e o espaço.

Dentre eles 92% apresentam incapacidade para a leitura e escrita, sendo que o diagnóstico demora para ser fechado, pois muitos familiares associam os sintomas da DA à idade avançada.

Nem todos os idosos são acompanhados por uma equipe multidisciplinar e apresentam complicações secundárias, sendo a hipertensão arterial bem incidente, fator este que pode estar relacionado também ao envelhecimento.

O objetivo principal deste trabalho foi cumprido, verificando-se que os doze idosos estudados realmente apresentavam características de demência, e possuem um perfil condizente com a literatura. Propõe-se então que novos estudos sejam realizados com uma amostra maior.

#### 5 Referências

ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer. Disponível em <[www.abraz.com.br/doenca.html](http://www.abraz.com.br/doenca.html)> acesso em 16 de Out. de 2012.

AGUIAR, F. T.; SOUZA, M. V. O.; OLIVEIRA, M. A.; FREITAS, R. D. S. **Perfil de Portadores da Doença de Alzheimer de Comunidades da Cidade de Fernandópolis-SP**. Fernandópolis 2012. Disponível em [www.slideshare.net/TCC\\_FARMACIA\\_FEF/perfil-dos-portadores-de-alzheimer](http://www.slideshare.net/TCC_FARMACIA_FEF/perfil-dos-portadores-de-alzheimer).

ASPESI, Nelson Venturella; FERREIRA, Marcelo. **ABC DA SAÚDE**. Demência. 2008. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?100>. Acesso em 2013.

BARNES L. L. et al. Sex differences in the clinical manifestations of Alzheimer disease pathology. **Arch. Gen. Psychiatry**. 62: 685-691; 2005.

BONDAREFF, W.; et al. Presence of axonal paired helical filament-tau in Alzheimer's disease: submicroscopic localization. **J. Neurosci Res**, New York, v. 38, n.6, p 664-669, Aug. 1994.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2006.



- DRIUSSO, P; MELLO, M. A. Proposta Fisioterapêutica para os cuidadores de portadores de Alzheimer. Envelhecimento e Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa**, v.12 n.4, 2006.
- DYNIWICZ, A.M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. São Caetano do Sul. São Paulo: Difusão Editora, 2009.
- DUBINSKI, R. M. et al.; Practice parameter: Risk of Driving and Alzheimer's disease (and evidence\_based case review). Report of the quality Standards subcommittee of the American **Academy of Neurology**. Neurology 2000.
- ELY, J. C.; GRAVE, M. Estratégias de intervenção fisioterapêutica em indivíduos portador de Doença de Alzheimer. **RBCEH**, V.S,n.2, p. 124-131,2008.
- GHEZZI, E. M.; SHIP, J. A. Dementia and oral health. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, **St Louis**, v. 89, n. 1, p. 2-5, Jan. 2000.
- HOLSTEIN, M. B.; MINKLER, M. Self, society and the "new gerontology". **Gerontologist**, v. 43, n. 6, p. 787-96, 2003.
- JACOB FILHO, W. **Promoção de Saúde do Idoso**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- JORM, A.; JOLLEY, D. The incidence of dementia: a meta-analysis. **Neurology** September; 51 (3): 728-33. 1998.
- KAHN, R. L. Successful aging: interded and unitend consequences of a concept. In: POON, L. W.; GUELDNER, S. H.; SPROUSE, B. M. (Eds). Successful aging and adaptation With Chronic diseases. New York: **Springer Publishing Company**, 2003.
- KAUFFMAN, T. L. **Manual de reabilitação geriátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LEMONS, N. D.; IGAZZOLA, J. M.; RAMOS. L. R. Cuidando do Paciente Alzheimer: O impacto da doença no cuidador. **Saúde e sociedade**. São Paulo, 2006.
- LIMA, A. M. M. Saúde no envelhecimento: Uma questão de justiça social. **Revés do avesso**, v. 14, p. 8-11, 2005.
- MACHADO, J. C. B . Doença de Alzheimer. In: FREITAS , E. V. et al. **Tratado de geriatra e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.
- MACHADO, J. C. et al, Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa- MG. **Rev. bras. Epidemiol.** [ online]. 2007, vol.10, n.4, pp. 592-605. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-35552009000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-35552009000300011&script=sci_arttext). Acesso em: 07 de maio de 2013.
- MIRANDA, L. C. **Como lidar com idoso portador de Alzheimer**, 2012. Disponível em: [idmed.terra.com.br/saúde-de-a...alzheimer.../complicações.html](http://idmed.terra.com.br/saúde-de-a...alzheimer.../complicações.html). Acessado em 07 de maio de 2013.
- OLIVEIRA, M. F.; RIBEIRO, M.; BORGES, R.; LUGINGER, S. **Doença de Alzheimer: Perfil Neuropsicológico e Tratamento**. Universidade Lusíada do Porto. Departamento de Psicologia, 2005.
- OLIVEIRA, S. G; WIBELINGER, L. M. **Doença de Alzheimer e tratamento fisioterapêutico**, 2009. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/medicinaesaude/fisioterapia/neuro>. Acesso em: 07 de maio de 2013.
- RAMOS. B. H. ; SAVONITTI. A. Cuidando do Idoso com demência.; In DUARTE. Y.A de O; DIOGO M. J. D.; **Atendimento Domiciliar: Um enfoque Gerontológico**. Ed Atheneu, SP, 2005.
- REIMAN, E. M.; CASELLI, R. J. Alzheimer's disease. **Maturitas, Amsterdam**, v. 31, n.3, p.185-200, Mar. 1999.
- RODRÍGUEZ, J. J. L., HERNÁNDEZ, M. G. Actualizacion sobre la enfermedad de Alzheimer.**Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 18, n. 4, Julho-Agosto 2002.
- SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. F.; A Doença de Alzheimer: aspectos fisiológicos e farmacológicos. **Rev. Psiquiatr RS**. 2008; 30 (1 Supl)
- SELKOE D. Alzheimer's disease: genes, proteins, and therapy. **Rev. Physiol**; 81(2):741-66, 2001.
- TEIXEIRA, I. N. D. A. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol.USP**, v.19, n.1, p.81-94, 2008.
- VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Revista de Associação Médica Brasileira**. São Paulo, 2006.
- WARREN, J. J.; CHALMERS, J. M.; LEVY, S. M.; BLANCO V. L.; ETTINGER, R. L. **Oral health of persons with and without dementia attending a geriatric clinic**. Spec Care Dentist, Chicago, v. 17, n. 2, p. 47-53, Mar./Apr. 1997.