



**Alzheimer's Disease  
International**

# Relatório sobre a Doença de Alzheimer no Mundo

2009 · **Resumo Executivo**



## Prefácio

O envelhecimento demográfico é um processo a nível mundial que demonstra o sucesso dos cuidados de saúde ao longo do último século. Muitos indivíduos estão agora a viver mais tempo e de forma mais saudável, o que significa que a população mundial tem uma maior proporção de gente idosa. Todos concordamos que envelhecer também traz alguns desafios. Muitas reuniões internacionais abordaram esta questão e adoptaram mensagens, como por exemplo, a do Plano Internacional de Acção sobre o Envelhecimento de 2002 em Madrid.

Um efeito claramente negativo do envelhecimento é o aumento significativo do número de pessoas com doença de Alzheimer e demências relacionadas. A Alzheimer's Disease International (ADI) encomendou este relatório de forma a ajudar as associações de Alzheimer por todo o mundo a trabalharem com os seus governos em estratégias que melhorem as vidas das pessoas com demência e seus cuidadores, e a aumentar os esforços de investigação. Para encorajar o desenvolvimento dessas estratégias nacionais, é muito importante que a Organização Mundial de Saúde passe a considerar a demência como uma prioridade de saúde global. Se um país estiver empenhado em apoiar ou estimular a investigação médica, o seu portfolio deverá incluir fundos para investigação da doença de Alzheimer numa proporção que coincida com o fardo que essa tem para o país.

Para tornar clara a importância e urgência desta acção, pretendemos juntar informação actualizada sobre a prevalência e impacto da doença e oferecer um quadro para a criação de soluções. Algumas experiências recentes foram bastante encorajadoras. Em 2004, a Austrália foi o primeiro país a considerar a demência como uma prioridade nacional no âmbito da saúde, e foram lançadas estratégias nacionais sobre a demência em França, na Coreia do Sul, Inglaterra, Noruega e Holanda. Também pretendemos destacar uma

iniciativa muito recente da Comissão Europeia como o primeiro plano de acção internacional sobre a demência.

Este relatório proporciona uma visão geral e uma análise da situação, baseando-se em nos dados de investigação actualmente disponíveis. O Relatório Sobre a Doença de Alzheimer no Mundo de 2009, confirma que existem muitos milhões de pessoas a viver com Alzheimer ou com outra demência. Este Relatório e todos os estudos anteriores, indicam que o número actual de pessoas que vivem com demência deverá crescer a um ritmo alarmante. A ADI acredita que este Relatório fornece as melhores estimativas disponíveis sobre a prevalência da demência a nível mundial. Os cientistas que trabalham em nome da ADI utilizaram metanálises que geram estimativas para todas as regiões do mundo da forma que é explicada na versão completa do Relatório. A ADI não apresenta estimativas relativas a países individuais e compreende que são preferíveis estudos diferentes para determinar os números da prevalência a nível nacional. A ADI encoraja a investigação de prevalência de Alzheimer a nível nacional em cada país; a utilização desses resultados locais poderá ser mais exacta.

É claro que é necessária mais investigação sobre a prevalência e o impacto da doença. A ADI irá dessa forma realizar relatórios de acompanhamento, começando com dados económicos em 2010. Esperamos que isto estimule todos os envolvidos (governos, legisladores, profissionais de cuidados de saúde e associações de Alzheimer) a trabalharem em conjunto para encontrarem mais e melhores soluções para a demência. Com o aparecimento de um novo caso de demência no mundo a cada sete segundos, não há tempo a perder.

Daisy Acosta  
Presidente  
Alzheimer's Disease  
International

Marc Wortmann  
Director Executivo  
Alzheimer's Disease  
International

---

### Editores

Martin Prince  
Jim Jackson

### Grupo Científico

Cleusa P Ferri  
Renata Sousa  
Emiliano Albanese  
Wagner S Ribeiro  
Mina Honyashiki

Fotos: Cathy Greenblat  
[www.cathygreenblat.com](http://www.cathygreenblat.com)  
Design: Julian Howell

### Grupo de Trabalho de Advocacia da ADI

Daisy Acosta (República Dominicana)  
Marco Blom (Holanda)  
Scott Dudgeon (Canadá)  
Niles Frantz (EUA)  
Angela Geiger (EUA)  
Sabine Jansen (Alemanha)  
Andrew Ketteringham (Reino Unido)  
Lindsay Kinnaird (Escócia)  
Birgitta Martensson (Suiça)  
Glenn Rees (Austrália)  
Frank Schaper (Austrália)  
Mike Splaine (EUA)  
Tami Tamitegama (Sri Lanka)  
Kristen Westerlund (Suécia)  
Marc Wortmann (ADI)

### A ADI gostaria de agradecer a todos os que contribuíram financeiramente:

Vradenburg Foundation  
Geoffrey Beene Foundation  
– [www.geoffreybeene.com/alzheimers.html](http://www.geoffreybeene.com/alzheimers.html)  
Alzheimer's Association – [www.alz.org](http://www.alz.org)  
Alzheimer's Australia – [www.alzheimers.org.au](http://www.alzheimers.org.au)  
Alzheimer's Australia WA – [www.alzheimers.asn.au](http://www.alzheimers.asn.au)  
Alzheimer Scotland – [www.alzscot.org](http://www.alzscot.org)  
Alzheimer's Society – [www.alzheimers.org.uk](http://www.alzheimers.org.uk)  
Association Alzheimer Suisse – [www.alz.ch](http://www.alz.ch)  
Alzheimerföreningen i Sverige – [www.alzheimerforeningen.se](http://www.alzheimerforeningen.se)  
Deutsche Alzheimer Gesellschaft – [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)  
Stichting Alzheimer Nederland – [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl)

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL  
RELATÓRIO SOBRE A DOENÇA DE ALZHEIMER NO MUNDO DE 2009  
RESUMO EXECUTIVO

## Índice

<b>O aumento de casos de demência</b>	2
<b>Alzheimer's Disease International</b>	2
<b>Recomendações</b>	3
<b>Visão geral da investigação</b>	4
<b>Métodos</b>	6
<b>Resultados</b>	6
<b>Estimativa do número de pessoas com demência</b>	7
<b>Relacionamento entre a Alzheimer e outras demências e a mortalidade e morbilidade</b>	8
<b>Adicionar anos à vida e vida aos anos</b>	10
<b>O custo global da demência</b>	11
<b>Cuidados</b>	12
<b>Consequências da prestação de cuidados</b>	13
<b>Do reconhecimento à acção</b>	15
<b>Conclusões</b>	16
<b>Orientações futuras</b>	17
<b>Documentação</b>	17
<b>Definição de países com baixo, médio e elevado rendimento</b>	17
<b>Referências</b>	18

### Imagem da capa

Aos 68 anos foi diagnosticada demência a esta participante do centro de dia da ARDSI em Cochin na Índia, tendo sido inicialmente cuidada em casa pela família e por empregadas domésticas. O seu comportamento agressivo tornou-se um problema, pelo que foi então inscrita no centro de cuidados de dia. No centro ela conversa, conta histórias e é acompanhada por pessoal com formação e por voluntários, tais como Geetha, que são compreensivos e carinhosos.



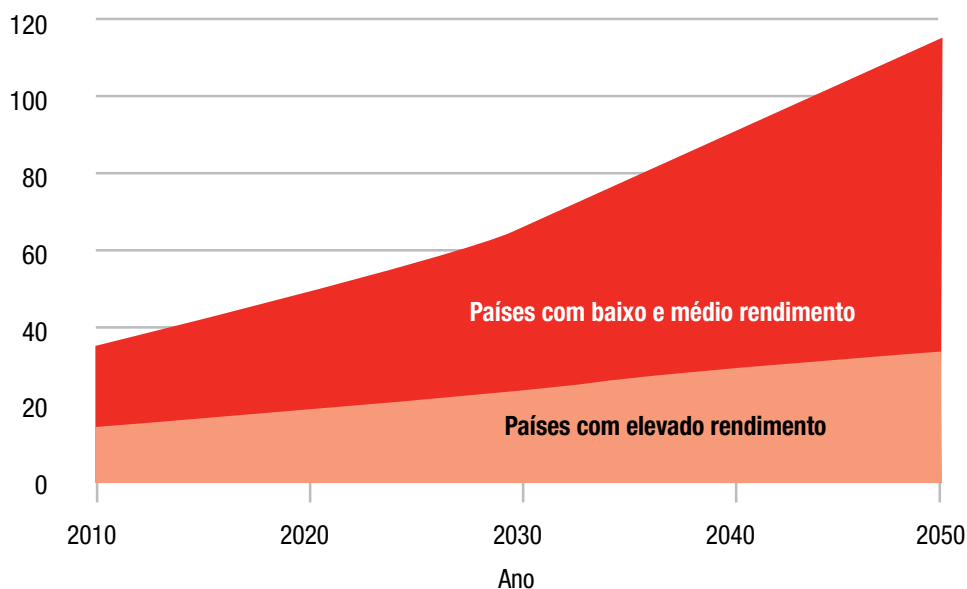
## O aumento de casos de demência

Estima-se que 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo irão viver com demência em 2010. Prevê-se que este número quase duplique a cada 20 anos, atingindo os 65,7 milhões em 2030 e os 115,4 milhões em 2050. Muito deste aumento deve-se claramente ao aumento do número de pessoas com demência em países de baixo e médio rendimento.

Não são só os números que nos devem preocupar, mas também a doença de Alzheimer e a demência pelo enorme impacto que têm nas sociedades; esta pode ser considerada uma epidemia que está a ganhar terreno junto da população “grisalha” de todo o mundo. Um fraco reconhecimento, um diagnóstico errado e o estigma, provocam problemas significativos junto das pessoas com demência e respectivas famílias, em países de todas as dimensões e em comunidades com todos os níveis de rendimento.

Figura 1

**O crescimento do número de pessoas com demência (em milhões) em países de elevado rendimento e de baixo e médio rendimento**



### Alzheimer's Disease International

A Alzheimer's Disease International (ADI) é a organização que reúne todas as associações de Alzheimer de todo o mundo. O nosso objectivo é ajudar a estabelecer e a fortalecer associações de Alzheimer em todo o mundo e a aumentar o conhecimento global sobre a doença de Alzheimer e outras causas de demência.



## Recomendações

- 1 A Organização Mundial de Saúde (OMS) deve declarar a demência como uma prioridade de saúde a nível mundial.**
- 2 Os governos nacionais devem declarar a demência como uma prioridade no âmbito da saúde e desenvolver estratégias nacionais que prestem serviços e apoio a pessoas com demência e às suas famílias.**
- 3 Os países de baixo e médio rendimento devem criar estratégias para a demência centradas inicialmente em melhorar os cuidados de saúde primários e outros serviços à comunidade.**
- 4 Os países de rendimento elevado devem desenvolver planos de acção nacionais relativos à demência com atribuição de recursos.**
- 5 Desenvolver serviços que reflectam a natureza progressiva da demência.**
- 6 Distribuir serviços tendo como objectivo principal alargar a cobertura e assegurar a equidade do acesso, de forma a beneficiar as pessoas qualquer que seja a sua idade, sexo, saúde, incapacidade e quer residam em meio rural ou urbano.**
- 7 Fomentar a colaboração entre os governos, as pessoas com demência, seus cuidadores e associações Alzheimer e outras Organizações Não Governamentais e entidades profissionais de cuidados de saúde.**
- 8 Devem ser financiadas e ser realizadas mais investigações relativamente às causas da doença de Alzheimer e outras demências, tratamentos farmacológicos e psicológicos, a prevalência e impacto da demência, e a prevenção da demência.**



Esta fotografia foi tirada à sra. Hagamima no seu 88º aniversário. A doença de Alzheimer não a impediu de reagir com grande emoção quando lhe cantaram os 'Parabéns a Você'.

## Visão geral da investigação

A doença de Alzheimer e outras demências foram fidedignamente identificadas em todos os países, culturas e raças, onde foram realizadas investigações sistemáticas. No entanto, os níveis de percepção variam enormemente. A Alzheimer's Disease International (ADI) identificou como uma prioridade global uma maior sensibilização da população em geral e dos profissionais de saúde para a demência <sup>(A11)</sup>.

Especialmente nos países de baixo e médio rendimento, existe uma ausência generalizada da percepção da Alzheimer e outras demências como sendo uma condição médica. Em vez disso, estas são consideradas como fazendo parte do processo normal de envelhecimento <sup>(A9,12,13)</sup>. Esta falta de sensibilização tem consequências importantes.

- Os indivíduos afectados não procuram ajuda junto dos serviços de cuidados médicos <sup>(A13)</sup>.
- Existe pouca ou nenhuma formação estruturada sobre o reconhecimento da demência e gestão da mesma, em qualquer nível do serviço de saúde.
- Não existe eleitorado capaz de pressionar o governo ou os políticos no sentido de proporcionarem serviços de cuidados com maior capacidade de resposta aos casos de demência <sup>(A9)</sup>.
- As famílias são os principais cuidadores, mas desempenham este papel com pouco ou nenhum apoio ou compreensão por parte de outros indivíduos ou agências.

As pessoas com Alzheimer e outras demências são frequente e especificamente excluídas de cuidados de saúde ao domicílio, onde este existe, e é-lhes muitas vezes negada a admissão em instalações hospitalares <sup>(A13)</sup>. O comportamento perturbado, comum entre pessoas com demência, é particularmente mal entendido, o que leva ao estigma, censura e angústia para com os cuidadores <sup>(A14)</sup>.

O problema do pouco conhecimento em relação à doença não está certamente limitado aos países de baixo e médio rendimento. Por exemplo, a National Dementia Strategy do Reino Unido destaca o estigma (prevenindo a discussão do problema) e duas das falsas crenças (que a demência faz parte do processo natural de envelhecimento e que nada pode ser feito), como os principais factores ligados à inactividade para procurar ou oferecer ajuda <sup>(A15)</sup>. No Reino Unido, as pessoas aguardam normalmente três anos antes de relatarem os sintomas de demência ao seu médico, 70% dos cuidadores reportam não ter conhecimento dos sintomas de demência antes do diagnóstico e 58% dos cuidadores acredita que os sintomas fazem parte do processo natural de envelhecimento <sup>(A16)</sup>. Apenas 31% dos médicos de cuidados primários de saúde acredita terem recebido formação suficiente para diagnosticarem e lidarem com casos de demência <sup>(A17)</sup>.

As necessidades de cuidados de saúde dos idosos, têm sido desde há muito colocadas em segundo plano nas políticas de saúde pública globais. Isto está actualmente a mudar, devido em parte ao facto do envelhecimento demográfico (a população está a ficar “grisalha”) estar a evoluir mais rapidamente do que previamente previsto em todas as regiões do mundo, particularmente na China, Índia e América Latina <sup>(B2)</sup>. Até 2020, o sector mais velho da população terá aumentado 200% nos países de baixo e médio rendimento, quando comparado com 68% no mundo desenvolvido <sup>(B3)</sup>. (Consultar na página 17 a definição de países de rendimento baixo, médio e alto.) Com este aumento, as doenças crónicas não transmissíveis, assumem uma importância crescente nos países de baixo e médio rendimento. As doenças crónicas são já a principal causa de morte em todas as regiões do mundo, excepto na África Subsariana <sup>(B5)</sup>.

Em 2004, a ADI reuniu um painel de especialistas internacionais para reverem as evidências sobre a prevalência da demência e para estimarem a prevalência da demência em cada região do mundo, o número actual de pessoas afectadas e os aumentos previstos ao longo do tempo. Os resultados foram publicados em *The Lancet* em 2005. De acordo com

este artigo, em 2001, 24,2 milhões de pessoas viviam com demência em todo o mundo, desenvolvendo-se 4,6 milhões de novos casos anualmente<sup>(B6)</sup> (semelhante à incidência global de AVC não fatal)<sup>(B7)</sup>. Dois terços de todas as pessoas com demência vivem em países de baixo ou médio rendimento. Prevê-se que o seu número duplique a cada 20 anos, atingindo mais de 80 milhões até 2040, com um aumento muito mais acentuado em países de baixo e médio rendimento do que em países de alto rendimento.

No entanto, vários factores apontavam para a necessidade de actualizar as estimativas de prevalência. A base das estimativas de prevalência de demência usadas pela *Lancet/ADI* eram relativas a 2001, com projecções para 2020 e 2040. Uma vez que faltavam dados sobre a prevalência em muitas regiões do mundo e estes eram inconsistentes noutras onde existiam poucos estudos e estimativas muito diferentes, estas estimativas foram consideradas “provisórias”<sup>(B6)</sup>. Havia uma escassez particular de estudos epidemiológicos publicados na América Latina<sup>(B20-22)</sup>, em África<sup>(B10)</sup>, na Rússia, no Médio Oriente e na Indonésia. Como resultado, o julgamento consensual do painel de especialistas internacionais baseou-se em desenvolver as estimativas. Desde a criação das estimativas de base, ocorreu um dramático e rápido aumento da população de idosos; por conseguinte existe um maior número de idosos em risco de desenvolver demência.

Para além disso, a base global de evidências foi alargada consideravelmente. Foram realizados novos estudos em Espanha<sup>(B23,24)</sup>, Itália<sup>(B25)</sup> e nos EUA<sup>(B26)</sup>, assim como se registou uma proliferação de estudos em países com baixo e médio rendimento e outras regiões e grupos anteriormente mal representados na documentação. Esta documentação inclui: estudos da ADI 10/66 Dementia Research Group realizados no Brasil, Cuba, República Dominicana, Peru, México, Venezuela, Índia e China<sup>(B13,27)</sup>, e estudos de nova prevalência do Brasil<sup>(B28)</sup>, Peru<sup>(B29)</sup>, Cuba<sup>(B30)</sup>, Venezuela<sup>(B31)</sup>, China<sup>(B32)</sup>, Coreia<sup>(B33)</sup>, Índia<sup>(B34)</sup>, Tailândia<sup>(B35)</sup>, Austrália (povo indígena)<sup>(B36)</sup>, Guam<sup>(B37)</sup>, Polónia<sup>(B38)</sup> e Turquia<sup>(B39)</sup>. Para além do mais, a actualização do relatório Global Burden of Disease (GBD) realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), dá um impulso para rever a documentação e avaliar até onde é possível (em algumas ou em todas as regiões) resumir a evidência sobre a prevalência da demência realizando metanálises dos dados disponíveis, em vez de confiar no consenso dos especialistas.

As diferenças na abordagem entre as anteriores estimativas da *Lancet/ADI* e as novas estimativas utilizadas neste relatório estão resumidas na Tabela 1.

Tabela 1

	<i>Lancet/ADI</i>	Aktuelle Beurteilung
<b>Estratégia de investigação</b>	O tempo e recursos limitados não permitiram uma revisão total e sistemática	Revisão sistemática total, com critérios de inclusão/exclusão, termos de pesquisa especificados e várias bases de dados
<b>Sub-divisões regionais</b>	Estimativas fornecidas para 14 regiões do mundo da OMS	Estimativas fornecidas para 21 Regiões do mundo da OMS Global Burden of Disease
<b>Método para gerar estimativas regionais</b>	Estimativas regionais foram geradas a partir do consenso do painel de peritos de Delphi orientado por todas as evidências disponíveis.	As estimativas regionais foram geradas, sempre que possível, a partir de uma metanálise quantitativa
<b>Estratificação das estimativas de prevalência</b>	A prevalência específica por idade em faixas etárias de de cinco anos até aos 85 e mais	Prevalência específica por idade e sexo em faixas etárias de cinco anos até aos 90 e mais
<b>Ano base</b>	2001	2010
<b>Projecções para o futuro</b>	2020/2040	2020/2030/2040/2050

## Métodos

A metodologia utilizada está descrita no relatório completo e pode ser encontrada online em: [www.alz.co.uk/worldreport](http://www.alz.co.uk/worldreport). Foram utilizadas 135 publicações com a descrição de 147 estudos.

A Tabela 2 apresenta um resumo da dimensão da população mais idosa por Região GBD (Global Burden of Disease) e os números da população estudada.

## Resultados

A base de evidências era suficiente em termos de número de estudos e sua qualidade e cobertura, permitindo realizar metanálises de 11 das 21 regiões GBD: Europa Ocidental, América do Norte, América Latina (combinando a América Latina dos Andes, a Central, a do Sul e as regiões Tropicais), Países de Rendimento Elevado da Ásia-Pacífico, Australásia, Ásia Oriental, Sudeste Asiático e Sul da Ásia.

A prevalência estimada para todos os indivíduos com 60 anos e mais, padronizados para a Europa Ocidental, pode ser comparada directamente entre as 21 regiões GDB (Figura 2).

Tabela 2

### Cobertura por região relativamente à dimensão das população mais velha

Região	População com mais de 60 anos (milhões)	Número de estudos elegíveis sobre prevalência da demência	Número de estudos/ 10 milhões de população	População total estudada	População total estudada/ milhões de população
<b>ÁSIA</b>	<b>406,6</b>	<b>73</b>	<b>1,7</b>	<b>193924</b>	<b>477</b>
Australásia	4,8	4	8,3	2223	462
Ásia Pacífico, Alto rendimento	46,6	22	4,7	31201	669
Ásia, Central	7,2	0	0,0	0	0
Ásia, Oriental	171,6	34	2,0	142402	830
Ásia, Sul	124,6	7	0,6	11905	96
Ásia, Meridional	51,2	5	1,0	4164	81
Oceânia	0,5	1	20,3	2029	4116
<b>EUROPA</b>	<b>160,2</b>	<b>61</b>	<b>3,8</b>	<b>80882</b>	<b>504</b>
Europa, Ocidental	97,3	56	5,8	79043	813
Europa, Central	23,6	4	0,8	1839	78
Europa do Leste	39,3	1	0,3	Desconhecido	-
<b>AMÉRICAS</b>	<b>120,7</b>	<b>28</b>	<b>2,3</b>	<b>85053</b>	<b>705</b>
América do Norte	63,7	13	2,0	38205	600
Caribe	5,1	4	7,9	24425	4831
América Latina, Andes	4,5	3	6,7	3465	769
América Latina, Central	19,5	4	2,0	6344	325
América Latina, Sul	8,7	1	1,1	4689	537
América Latina, Tropical	19,2	3	1,6	5925	308
<b>ÁFRICA</b>	<b>71,2</b>	<b>5</b>	<b>0,7</b>	<b>6593</b>	<b>93</b>
África Norte / Médio Ori	31,1	2	0,6	3019	97
África Subsariana, Central	3,9	0	0,0	0	0
África Subsariana, Oriental	16,0	0	0,0	0	0
África Subsariana, Sul	4,7	1	2,1	150	32
África Subsariana, Ocidental	15,3	2	1,3	3424	223



Existe uma variação quatro vezes superior em prevalência geral, entre 2,07% (África Subsariana, Ocidental) e 8,50% (América Latina). No entanto, a maior parte das taxas de prevalência estimadas cifram-se entre 5% e 7%. A principal causa da variação é claramente uma prevalência estimada muito baixa nas quatro regiões da África Subsariana.

## Estimativa do número de pessoas com demência

Após ter aplicado estimativas de prevalência específicas relativas à idade, ou idade e sexo, às projecções de população das Nações Unidas, estima-se que em 2010, 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo irão viver com demência. Prevê-se que este número quase duplique a cada 20 anos, atingindo os 65,7 milhões em 2030 e os 115,4 milhões em 2050. Grande parte desse aumento pode ser claramente atribuído ao aumento do número de pessoas com demência em países de baixo e médio rendimento (Figura 1, página 2). Em 2010, 57,7% de todas as pessoas com demência deverão viver em países de baixo e médio rendimento, aumentando para 63,4% em 2030 e para 70,5% em 2050.

As estimativas actualizadas para 2020 (48,1 milhões) e para 2040 (90,3 milhões) podem ser directamente comparadas com as estimativas de consenso anteriores da *Lancet*/ADI que apontavam para 42,7 milhões em 2020 e 82,0 milhões em 2040. As novas estimativas são aproximadamente 10% mais elevadas.

As primeiras projecções de aumento do número de pessoas com demência indicavam que as regiões do mundo se dividiam em três grandes grupos:

- As regiões desenvolvidas começavam com um número elevado, e deveriam sofrer um aumento proporcional moderado.
- A América Latina e a África, começavam com um número baixo, e deveriam sofrer um aumento particularmente rápido.

Figura 2

### Prevalência estimada de demência para os indivíduos com 60 anos e mais, padronizada para a população da Europa Ocidental, por região GBD



- A Índia, a China, e os seus vizinhos do Sul da Ásia e Pacífico Ocidental, começaram com um número elevado, e devem também sofrer um crescimento relativamente rápido.

Nas mais recentes projecções, é observado um padrão semelhante; estas alterações resultam principalmente do crescimento da população e do envelhecimento demográfico. Nos próximos 20 anos, o número de pessoas com demência deverá crescer 40% na Europa, 63% na América do Norte, 77% no cone sul da América Latina e 89% nos países desenvolvidos da Ásia-Pacífico. Em comparação, o aumento da percentagem deverá ser 117% na Ásia Oriental, 107% no Sul da Ásia, 134-146% no resto da América Latina e 125% no Norte de África e no Médio Oriente. Ver tabela 3.

Tabela 3

**População total acima dos 60, estimativa bruta da prevalência de demência (2010), número estimado de pessoas com demência (2010, 2030 e 2050) e aumentos proporcionais (2010-2030 e 2010-2050) por região do mundo GBD**

Região GBD	População acima dos 60 (milhões)	Estimativa bruta de prevalência (%)	Número de pessoas com demência (milhões)			Aumentos proporcionais (%)	
	2010	2010	2010	2030	2050	2010-2030	2010-2050
<b>ÁSIA</b>		<b>3,9</b>	<b>15,94</b>	<b>33,04</b>	<b>60,92</b>	<b>107</b>	<b>282</b>
Australásia	4,82	6,4	0,31	0,53	0,79	71	157
Ásia-Pacífico	46,63	6,1	2,83	5,36	7,03	89	148
Oceania	0,49	4,0	0,02	0,04	0,10	100	400
Ásia, Central	7,16	4,6	0,33	0,56	1,19	70	261
Ásia, Oriental	171,61	3,2	5,49	11,93	22,54	117	311
Ásia, Sul	124,61	3,6	4,48	9,31	18,12	108	304
Ásia, Sudeste	51,22	4,8	2,48	5,30	11,13	114	349
<b>EUROPA</b>	<b>160,18</b>	<b>6,2</b>	<b>9,95</b>	<b>13,95</b>	<b>18,65</b>	<b>40</b>	<b>87</b>
Europa, Ocidental	97,27	7,2	6,98	10,03	13,44	44	93
Europa, Central	23,61	4,7	1,10	1,57	2,10	43	91
Europa, Leste	39,30	4,8	1,87	2,36	3,10	26	66
<b>AMÉRICAS</b>	<b>120,74</b>	<b>6,5</b>	<b>7,82</b>	<b>14,78</b>	<b>27,08</b>	<b>89</b>	<b>246</b>
América do Norte	63,67	6,9	4,38	7,13	11,01	63	151
Caraíbas	5,06	6,5	0,33	0,62	1,04	88	215
América Latina, Andes	4,51	5,6	0,25	0,59	1,29	136	416
América Latina, Central	19,54	6,1	1,19	2,79	6,37	134	435
América Latina, Sul	8,74	7,0	0,61	1,08	1,83	77	200
América Latina, Tropical	19,23	5,5	1,05	2,58	5,54	146	428
<b>ÁFRICA</b>	<b>71,07</b>	<b>2,6</b>	<b>1,86</b>	<b>3,92</b>	<b>8,74</b>	<b>111</b>	<b>370</b>
Norte de África / Médio Oriente	31,11	3,7	1,15	2,59	6,19	125	438
África Subsariana, Central	3,93	1,8	0,07	0,12	0,24	71	243
África Subsariana, Oriental	16,03	2,3	0,36	0,69	1,38	92	283
África Subsariana, Sul	4,66	2,1	0,10	0,17	0,20	70	100
África Subsariana, Ocidental	15,33	1,2	0,18	0,35	0,72	94	300
<b>MUNDO</b>	<b>758,54</b>	<b>4,7</b>	<b>35,56</b>	<b>65,69</b>	<b>115,38</b>	<b>85</b>	<b>225</b>

## Relacionamento entre a Alzheimer e outras demências e a mortalidade e morbidade

Uma revisão sistemática da documentação sobre disfunção cognitiva, demência e mortalidade, revelou um risco relativo ligeiramente mais elevado de 2,63 para o efeito da demência e uma relação dose-resposta entre o nível de disfunção cognitiva e uma maior mortalidade<sup>(C4)</sup>. Os dois estudos sobre demência e mortalidade realizados em países de baixo e médio rendimento registaram ambos alguns efeitos de maior dimensão: 5,16 no Brasil<sup>(C5)</sup> e 2,83 na Nigéria<sup>(C6)</sup>.

De acordo com os números GBD mais recentes (relativos a 2004) a Alzheimer e outras demências contribuem com 0,8% de todos os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) em todo o mundo, 1,6% dos anos vividos com incapacidade e 0,2 dos anos de vida perdida<sup>(C2)</sup>. Uma vez que a demência é essencialmente uma doença de pessoas mais idosas, a contribuição proporcional é muito maior entre os que têm 60 anos ou mais: 4,1% de DALYs, 11,3% de anos vividos com incapacidade e 0,9% de anos de vida perdidos. Uma importante conclusão do relatório GBD é que as doenças crónicas não transmissíveis se estão a tornar rapidamente a causa dominante de problemas de saúde em todas as regiões em vias de desenvolvimento, à excepção da África Subsariana<sup>(B5)</sup>.

O relatório GBD indica que a Alzheimer e outras demências são a principal causa de incapacidade em idades avançadas. É mais provável que as pessoas mais idosas tenham várias condições de saúde crónicas. Essas condições interagem de formas complexas para criar dificuldades na execução de tarefas e actividades importantes (incapacidade) e na determinação da necessidade de cuidados (dependência). A demência tem um impacto desproporcional na capacidade de viver uma vida independente. Nos países desenvolvidos, onde está disponível o cuidado a longo prazo através da institucionalização, o início do declínio cognitivo é muitas vezes o que precipita a institucionalização, enquanto que as pessoas com várias incapacidades muito graves que surgem da incapacidade física, continuam a receber cuidados em casa prestados pelos serviços comunitários. Cerca de três quartos ou mais dos residentes em casas de repouso têm demência<sup>(C7)</sup>, sendo que as estimativas da proporção de todas as pessoas com demência que vivem em casas de repouso varia entre um terço<sup>(C7)</sup> e metade<sup>(C10,11)</sup>.

Nos países desenvolvidos, existe muita documentação sobre os factores associados à institucionalização entre os idosos. Numa metanálise abrangente de 77 estudos longitudinais baseados na comunidade realizados nos EUA<sup>(C12)</sup>, a incapacidade cognitiva foi de longe a condição de saúde com mais forte previsão de institucionalização, aumentando o risco duas vezes e meia. Em comparação, o aumento dos riscos institucionalização associada ao cancro (1,15), hipertensão (1,04) e diabetes (1,35) foram modestos, embora não tenha



Os cuidados adequados prestados em grupo, envolvem o cuidado individualizado. O pessoal no centro de cuidados de dia em Cochin, na Índia, compreende a necessidade de encontrar actividades com significado para os participantes, tendo em conta os seus antecedentes e as suas actuais capacidades. Esta mulher, que já foi professora de matemática, gosta de escrever números em papel ou no quadro. O centro adquiriu o quadro para a ajudar a sentir-se ligada ao seu passado, experimentando antigos prazeres.

sido encontrada associação entre a institucionalização e a doença cardiovascular, artrite ou doença pulmonar.

Nos países de baixo e médio rendimento, a assistência domiciliária geralmente não existe, e os cuidados são tipicamente prestados em casa por familiares.

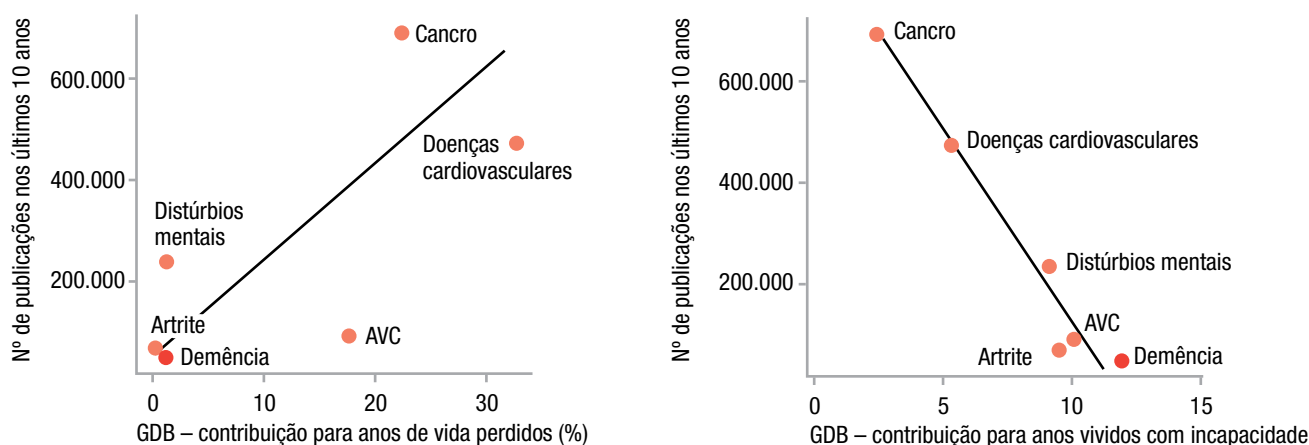
## Adicionar anos à vida e vida aos anos

Diferentes doenças crónicas parecem ter impactos substancialmente diferentes ao nível da incapacidade e da mortalidade. A doença cardiovascular e o cancro contribuem muito mais para a mortalidade do que para a incapacidade<sup>(C2)</sup>. As intervenções bem sucedidas nestas doenças, podem acrescentar anos de vida. O impacto da demência é sentido muito mais ao longo de anos vividos com a incapacidade. As intervenções podem prevenir ou atrasar a incapacidade, acrescentando “vida aos anos”. Na prática, como é que os governantes e médicos decidem como atribuir recursos tendo em conta estas prioridades?

Vamos ver o exemplo de um país. No Reino Unido, é gasto muito mais dinheiro em cuidados de saúde para doenças cardiovasculares e cancro do que em cuidados de saúde para demência. O custo anual do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS) para tratar a doença coronária e a hipertensão foi estimado em 4,3 mil milhões de libras (6,9 mil milhões de dólares). Outros 2,3 mil milhões de libras (3,7 mil milhões de dólares) são gastos no tratamento dos AVC (Institute of Actuaries). O custo dos cuidados com o cancro no Reino Unido foi calculado em 2,1 mil milhões de libras (3,4 mil milhões de dólares)<sup>(C17)</sup>, mas este número é baixo quando comparado com outros números a nível internacional; 10% dos gastos totais com cuidados de saúde no Reino Unido comparados com 40% estimados nos EUA<sup>(C17)</sup>. No recente relatório do Reino Unido sobre Demência, o tratamento da demência implica um custo para o Serviço Nacional de apenas 1,4 mil milhões de libras (2,2 mil milhões de dólares)<sup>(C7)</sup>.

Outro indicador da prioridade atribuída às diferentes doenças crónicas é a contribuição dada ao esforço de investigação para cada uma. Nos EUA, os Institutos Nacionais de Saúde reportaram uma despesa com investigação em 2008 de 5,6 mil milhões de dólares para o cancro, 2,3 mil milhões de dólares para a doença cardiovascular e AVC e 0,4 mil milhões de dólares para a demência. Internacionalmente, o esforço de investigação pode ser facilmente avaliado através das publicações de investigação listadas no Index Medicus. Uma pesquisa da PubMed/Medline para os últimos 10 anos identificou 701.876 publicações relacionadas com o cancro, 476.487 relacionadas com doenças cardiovasculares, 233.872 relacionadas

**Figura 3**  
**Relação do esforço de investigação (publicações nos últimos 10 anos) com contribuições para mortalidade (anos de vida perdidos) e incapacidade (anos vividos com incapacidade), relativo às seis principais doenças crónicas**





com distúrbios mentais, 87.973 relacionadas com AVC, 64.080 relacionadas com artrite e 44.168 relacionadas com demência.

A correlação entre o esforço de investigação (número de publicações), contribuição para a mortalidade (anos de vida perdidos) e contribuição para a incapacidade (anos vividos com incapacidade), é apresentada na Figura 3. Existe claramente uma correlação inversa entre a contribuição destas doenças crónicas para os anos vividos com incapacidade e o esforço de investigação. Quanto mais incapacitante é a doença, menos tem sido investigada. De modo oposto, existe uma forte corelação positiva entre os anos de vida perdidos e o esforço de investigação, quanto mais a doença contribui para a mortalidade, mais tem sido investigada.

## O custo global da demência

Um grupo de investigação do Karolinska Institute da Suécia tentou calcular o custo mundial da demência em 2005 <sup>(C23,C40)</sup>. Este cifrava-se nos 315 mil milhões de dólares por ano, dos quais 227 mil milhões (72% do total mundial) era financiado pelos países de elevado rendimento e 88 mil milhões (28% do total) por países de baixo e médio rendimento. A estimativa detalhada destes custos está representada na Figura 4. Pode verificar-se que os cuidados informais (família) são usados muito mais frequentemente em países de fracos recursos, onde existem poucos serviços formais de saúde ou assistência social <sup>(C42)</sup>. Os cuidados informais representam 56% dos custos em países de baixo rendimento, 42% em países de médio rendimento e 31% em países de elevado rendimento <sup>(C41)</sup>. O custo anual por pessoa com demência varia entre 1.521 dólares nos países de baixo rendimento, até 4.588 dólares nos países de médio rendimento e 17.964 dólares em países de elevado rendimento.

Os custos dos cuidados com demência estão a aumentar rapidamente nos países de baixo e médio rendimento <sup>(C23)</sup>. No entanto, a ausência de informação sobre os custos directos com Alzheimer e outras demências é um importante obstáculo para se avaliar os custos em países de baixo e médio rendimento. No entanto, as razões que foram atribuídas ao aumento dos custos são:

- Rápido aumento do número de pessoas com demência nessas regiões
- Aumento substancial dos salários médios, usado para calcular o custo de oportunidade ou custo de substituição do cuidado informal
- Custos muito elevados com os cuidados de saúde pagos directamente reportados por alguns países de rendimento médio <sup>(C38)</sup>

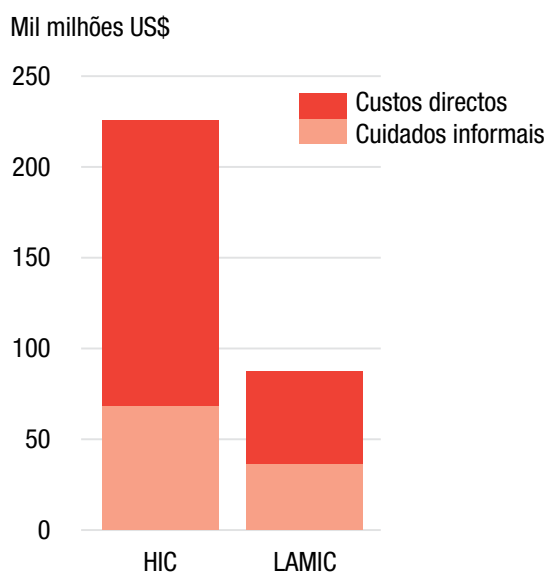


Figura 4  
**Wimo et al calculou o custo global para a sociedade em 2005 da Alzheimer e outras demências, atribuível a custos directos e indirectos, em países de elevado rendimento (HIC) e países de baixo e médio rendimento (LAMIC) <sup>(C23)</sup>**

Muito pouco feito em relação à avaliação dos custos económicos da demência em países de baixo ou médio rendimento. Existem várias razões para isto, incluindo a falta de economistas com formação em saúde, a baixa prioridade dada à demência e o estado pouco desenvolvido dos serviços prestados a pessoas com demência; no entanto, o obstáculo fundamental tem sido a ausência de conjuntos de dados disponíveis <sup>(C36)</sup>. Dado que as necessidades das pessoas idosas frágeis irão em breve dominar os orçamentos de saúde e serviços sociais nestas regiões, é necessário obter mais dados urgentemente.

## Cuidados

Por todo o mundo, a família continua a ser a base dos cuidados prestados aos mais idosos que perderam a capacidade de viverem uma vida independente. Nos países desenvolvidos, muitos dos quais possuem sistemas de saúde e assistência social alargados, o papel das famílias e a sua necessidade de apoio, é muitas vezes ignorado. Nos países em desenvolvimento, a fiabilidade e universalidade do sistema de cuidados familiar é frequentemente sobrevalorizada <sup>(C18,19)</sup>.

Todas as pessoas com demência sofrem de pelo menos algum grau de incapacidade funcional. Isto não implica que se deve considerar que todas precisam de cuidados. O entrevistador avaliou as necessidades de cuidados de todos os que participaram nos estudos baseados na população do 10/66 Dementia Research Group realizados na América Latina, Índia e China; a necessidade de cuidados entre os que sofrem de demência (CDR 1 ou superior) encontra-se resumida na Figura 5. Em quase todos os locais, entre 50 e 70% dos doentes com Alzheimer e outras demências, foram classificados como necessitando de cuidados e, muitos deles, necessitando de “muitos cuidados”. As necessidades de cuidados variavam conforme o nível de demência, sendo 30% dos que têm uma demência ligeira, 69% dos que têm demência moderada e 88% dos que sofrem de demência grave necessitam de muitos cuidados.



Daphne e a sua avó, Lara, visitaram a mãe de Lara', Margie, no dia de Ação de Graças numa comunidade em Houston, Texas, onde vivem idosos com Alzheimer a "Silverado Senior Living Alzheimer's". Daphne ficou triste pela perda de aptidões de comunicação verbal da Margie. Lara convenceu Daphne a falar-lhe sobre o recital de piano que iria dar no dia seguinte. Após ter conseguido a sua atenção, Margie assinalou não verbalmente que tinha ouvido a história da sua bisneta.

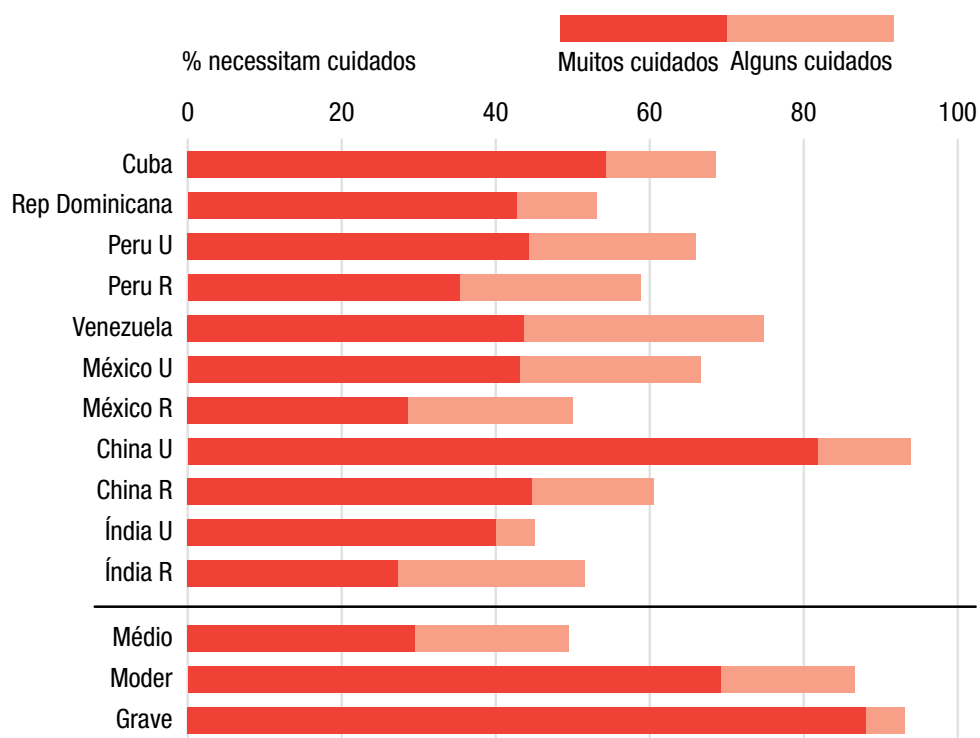
O estudo piloto multi-centro do 10/66 Dementia Research Group incluiu 706 cuidadores de pessoas com Alzheimer e outras demências na América Latina, Índia e China <sup>(C21)</sup>. O estudo EURO CARE incluiu 280 cônjuges que cuidam dos seus parceiros com Alzheimer em 14 países Europeus <sup>(C22)</sup>. Em ambos os estudos, e em quase todos os cenários, a maior parte dos cuidadores eram mulheres. Na Europa, 85% ou mais dos casais (onde um tinha Alzheimer ou outra doença, e o seu cônjuge cuidava dele) viviam sozinhos. Em contraste, nos estudos piloto 10/66, as pessoas com Alzheimer ou outro tipo de demência, viviam normalmente em grandes agregados familiares, com famílias numerosas, onde um quarto ou metade dos agregados incluíam três gerações <sup>(C21)</sup>, incluindo crianças com menos de 16 anos de idade. A organização de vida das pessoas com demência e as características dos seus cuidadores foram também analisadas nos estudos tendo como base a população 10/66 Dementia Research Group, onde 1345 pessoas com demência foram estudadas em 11 locais da América Latina, China e Índia. Nesses países, viver sozinho ou apenas com o cônjuge era pouco comum – a regra era viver com crianças adultas ou enteados, muitas vezes também com crianças com idade inferior a 16 anos. No entanto, na China urbana, mais de um terço das pessoas com demência vivia apenas com o seu cônjuge. Em todos os locais, para além da China rural, a esmagadora maioria dos cuidadores era mulheres, normalmente as filhas, ou noras que cuidavam de um parente. Apenas na China foi identificado ser comum o cônjuge ser o principal cuidador.

Uma recente revisão da bibliografia <sup>(C23)</sup> identificou 27 estudos, predominantemente de países com elevado rendimento, que forneciam informação sobre o tempo despendido como cuidador. Os cuidadores das pessoas com Alzheimer e outras demências, gastam em média 1,6 horas diariamente a ajudar em actividades pessoais essenciais à vida quotidiana (incluindo lavar, vestir, pentear, comer). Se acrescentarmos o tempo gasto com actividades quotidianas que utilizam instrumentos (tais como cozinhar, fazer compras, lavar roupa, finanças domésticas) este número aumenta para 3,7 horas, e quando foi também considerada a supervisão geral, a média foi de 7,4 horas por dia.

Figura 5

**A prevalência de necessidades de cuidados entre as pessoas com demência (estudos com base na população 10/66 Dementia Research Group, versão dos dados 2.2)**

U = Urbano R = Rural



## Consequências da prestação de cuidados

As consequências negativas da prestação de cuidados já foram vastamente estudadas. No entanto, a maior parte dos familiares e amigos que prestam cuidados informais tem orgulho do seu papel e vê muitos aspectos positivos. No Canadá, 80% de uma amostra representativa a nível nacional de cuidadores de pessoas com demência foram capazes de identificar aspectos positivos quando lhes foi pedido para o fazerem <sup>(C24)</sup>. Entre estes incluíam-se: companheirismo (23%), realização (13%), satisfação (13%), proporcionar qualidade de vida (6%) e ter um propósito ou objectivo (6%). Apesar disso, os cuidadores de pessoas com demência sentem também níveis elevados de tensão, morbilidade psicológica e, possivelmente, saúde física prejudicada.

Nos EUA, mais de 40% dos familiares e outros cuidadores não pagos das pessoas com demência classificam o stress emocional associado à prestação de cuidados como elevado ou muito elevado. É interessante notar que, em países de baixo ou médio rendimento <sup>(C28)</sup>, o facto de fazerem parte de um grande agregado familiar, atenua ligeiramente a pressão sentida pelo principal cuidador, as redes tradicionais de cuidados à família forneciam pouca protecção; os níveis de pressão do cuidador eram, em geral, tão elevados como os observados no projecto Europeu EUROCARE <sup>(C22)</sup>.

Vários estudos reportaram níveis muito elevados de morbilidade psicológica entre os cuidadores de pessoas com demência, 40% a 75% no EUROCARE <sup>(C22)</sup>, sendo o mesmo intervalo de prevalência observado em 21 dos 24 centros piloto 10/66 <sup>(C28)</sup>. Uma revisão sistemática recente identificou 10 estudos que analisaram a prevalência de importantes distúrbios depressivos entre os cuidadores de pessoas com demência, usando entrevistas clínicas estruturadas, tendo esta variado entre 15 e 32% <sup>(C29)</sup>. Em seis desses estudos, a prevalência de uma grande depressão foi comparada com a de uma amostragem de controlo, sendo a prevalência em cuidadores entre 2,8 e 38,7 vezes mais elevada.



Risadas e bons momentos são importantes para todos, mas estes por vezes faltam às pessoas com demência. Este cuidador numa unidade com doentes Alzheimer em Kyoto, soube trazer bom humor, risadas e boa disposição às pessoas com quem trabalhava.



## Do reconhecimento à acção

Em alguns países, tal como na Austrália, França, Coreia do Sul e Inglaterra, a demência é agora uma prioridade na área da saúde, tendo sido lançados planos de acção. Os principais elementos desses planos são o de sensibilizar o público em geral e os profissionais de saúde para esta temática; melhorar o diagnóstico, tratamento e serviços de cuidados a longo prazo; e aumentar a capacidade de resposta dos sistemas de cuidados de saúde ao desafio da “epidemia da demência”.

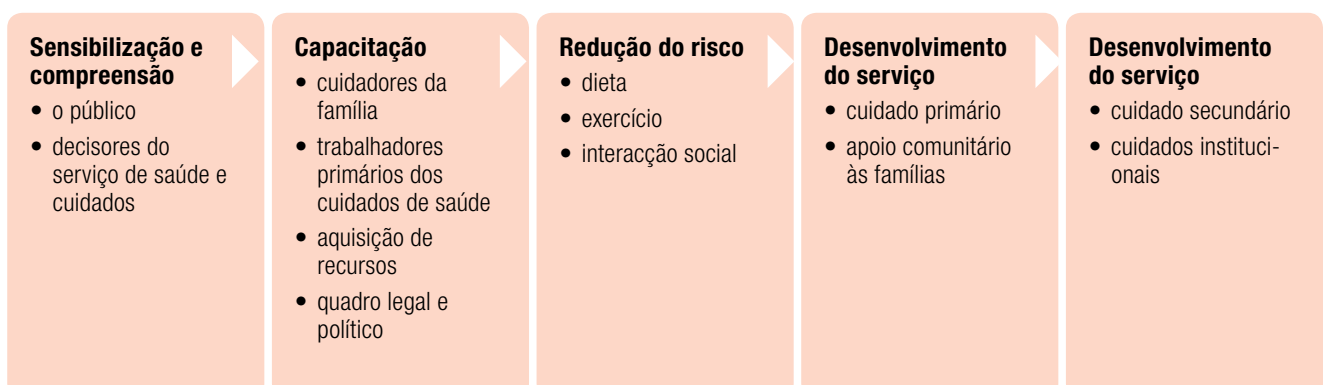
A ADI desenvolveu um modelo de acção em sete fases visando o planeamento de serviços dedicados à demência e uma abordagem regular aos países com recursos limitados. Estes são os passos práticos que todos os governos podem tomar, para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência e seus cuidadores.

Uma abordagem regular nos países com baixo e médio rendimento está ilustrada na Figura 6. Centra-se inicialmente na sensibilização e compreensão e a partir daí, passa para a redução de risco e questões subjacentes de capacitação e desenvolvimento de recursos. O desenvolvimento do serviço começa nos cuidados primários antes de serem considerados os cuidados secundários, pois será mais justo, beneficiando mais pessoas com demência e as respectivas famílias. Possui o potencial para prevenir ou pelo menos atrasar a necessidade de serviços institucionais dispendiosos que poucas famílias podem suportar. Em países onde o financiamento dos cuidados de saúde é severamente limitado, é essencial começar com iniciativas que tenham o máximo impacto junto de tantas pessoas quanto possível.

Embora o aumento da sensibilização das pessoas possa parecer isolado, na prática deve ser considerado em paralelo com a capacitação pois quando a consciencialização aumenta, podem também aumentar as expectativas de que os serviços de saúde e cuidados tenham capacidade para responder da mesma forma. Melhorando a capacidade dos trabalhadores primários dos cuidados de saúde fornecerem informação, aconselhamento e treino, será possível aos cuidadores da família melhorarem as suas aptidões como cuidadores e, assim, reduzirem as pressões sobre si próprios, sendo dado o primeiro passo para desenvolver serviços dedicados à demência.

Figura 6

### Abordagem regular ao desenvolvimento do serviço a doentes com demência



## Conclusões

As estimativas detalhadas apresentadas constituem a melhor base actualmente disponível para a definição de políticas, planeamento e também para a atribuição de recursos de saúde e bem-estar.

Nos países de elevado rendimento, o número e pessoas com Alzheimer ou outras demências continua a aumentar — particularmente entre a população acima dos 85 anos. A implementação e financiamento de medidas que satisfaçam as necessidades de cuidados a longo prazo das pessoas com Alzheimer ou outras demências, incluindo o apoio aos familiares que delas cuidam, é uma prioridade política cada vez mais urgente. A necessidade de cuidados a nível de saúde e social, do grande e crescente número de idosos frágeis e dependentes, deve ser também um assunto de grande preocupação junto dos governantes dos países de baixo e médio rendimento.

Estas alterações demográficas e o impacto crescente da demência tornam imperativo que os governos tomem acções urgentes para melhorar os serviços prestados em casos de demência nos seus próprios países. Quer o modelo de sete fases para planear os serviços destinados à demência, quer a abordagem regular ao desenvolvimento de serviços destinados à demência, propostos pela Alzheimer's Disease International, fornecem as estruturas que permitem a sua viabilização. Ao considerar a demência uma prioridade da saúde mundial, a OMS assume a liderança e encoraja os governos nacionais para que tomem as acções necessárias.

Se as políticas do governo forem bem formuladas e planeadas tendo em conta as projecções descritas neste relatório, será de prever um inevitável desvio dos gastos com recursos beneficiando as pessoas mais idosas e as suas consequências serão atenuadas<sup>(B1)</sup>. Se, como parece provável, os padrões de vida inicial e final da morbilidade e mortalidade convergirem com as do ocidente desenvolvido, as taxas de prevalência da Alzheimer e outras demências seguirão o mesmo rumo. Para além disso, assumindo que a taxa de prevalência permanece constante, as implicações nas taxas de crescimento do número de pessoas com Alzheimer e outras demências nas regiões em desenvolvimento poderão ser significativamente subestimadas.

Os esforços para melhorar a qualidade e disponibilidade de cuidados, assim como os esforços para procurar tratamentos mais eficazes para a doença de Alzheimer e outras demências, devem ser realizados em conjunto com um investimento urgente em medidas de prevenção primárias da doença. É necessária mais investigação de forma a identificar factores de risco alteráveis da Alzheimer e outras demências. Entretanto, uma prevenção primária deve centrar-se nos objectivos sugeridos pelas actuais evidências: factores de risco de doença vascular, incluindo hipertensão, tabagismo, diabetes tipo II e hiperlipidemia.



Jacqueline numa sessão de terapia de reminiscência em 2008 em Nice, França. A terapia de reminiscência baseia-se na evocação de antigas memórias e autobiografias. A partilha destas memórias em grupo, por vezes com ajuda de fotografias e outros objectos, ajuda a promover trocas sociais e, através desta comunicação, é melhorada a qualidade de vida das pessoas com demência e dos familiares que cuidam delas.

## Orientações futuras

É necessário envidar esforços em todas as regiões do mundo, de forma a monitorizar as tendências em taxas de incidência e prevalência da Alzheimer e outras demências. As estimativas serão agora actualizadas regularmente em relatórios futuros realizados pela ADI. A actual base de evidências constitui uma referência sólida. Uma imagem mais nítida da incidência global e prevalência da Alzheimer e outras demências irá surgir à medida que mais evidências sejam recolhidas nas regiões actualmente pouco representadas.

## Documentação

No interesse da transparência e colaboração científica internacional, toda a documentação utilizada neste relatório está disponível em: [www.alz.co.uk/worldreport](http://www.alz.co.uk/worldreport), incluindo o ficheiro de dados com características do estudo extraídas e dados de prevalência.

O Relatório completo sobre a doença de Alzheimer no mundo e os materiais de apoio – do qual esta é uma versão condensada – encontra-se também em: [www.alz.co.uk/worldreport](http://www.alz.co.uk/worldreport).

## Definição de países com baixo, médio e elevado rendimento

O critério do Banco Mundial para classificar as economias é o seu rendimento nacional bruto (GNI) per capita. Este era anteriormente designado por produto interno bruto (PIB).

- Regiões geográficas: As classificações e dados reportados para regiões geográficas referem-se apenas a economias de baixo rendimento e médio rendimento. As economias de baixo rendimento e médio rendimento são por vezes designadas por economias em desenvolvimento. A classificação por rendimento não reflecte necessariamente o seu estado de desenvolvimento.
- Grupo de rendimento: As economias estão divididas nos seguintes grupos, de acordo com o GNI per capita de 2008. As classificações de rendimento são definidas todos os anos no dia 1 de Julho.
  - Baixo rendimento: \$975 ou menos
  - Rendimento médio baixo: \$876-\$3.855
  - Rendimento médio alto: \$3.856-\$11.905
  - Rendimento alto: \$11.906 ou mais

Regiões GBD (Global Burden of Disease) incluídas em metanálises: (ver página 6)

- Ásia
  - Australásia
  - Ásia-Pacífico, Alto Rendimento
  - Ásia, Este
  - Ásia, Sul
  - Ásia, Sudeste
- Europa
  - Europa, Ocidental
- Américas
  - América do Norte
  - América Latina (quatro regiões)

## Referências

Por razões de consistência, mantivemos os números de referência da versão completa do Relatório 2009 Sobre a Doença de Alzheimer no Mundo, com um prefixo indicando o capítulo. Esta lista está ordenada pela ordem em que são citados neste Resumo Executivo.

- A11 Graham N, Brodaty H. Alzheimer's Disease International. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997;12 (7):691-2.
- A9 Shaji KS, Smitha K, Praveen Lal K, Prince M. Caregivers Of Patients With Alzheimer's Disease : A Qualitative Study From The Indian 10/66 Dementia Research Network. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002;18:1-6.
- A12 Cohen L. Toward an anthropology of senility: anger, weakness, and Alzheimer's in Banaras, India. *Med Anthropol Q* 1995;9 (3):314-34.
- A13 Patel V, Prince M. Ageing and mental health in a developing country: who cares? Qualitative studies from Goa, India. *Psychological Medicine* 2001;31 (1):29-38.
- A14 Ferri CP, Ames D, Prince M. Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. *Int Psychogeriatr* 2004 December;16 (4):441-59.
- A15 Department of Health. *Living well with dementia. A National Dementia Strategy*. London, UK: Department of Health; 2009.
- A16 Eisai Inc / Pfizer. *Facing Dementia Survey*. London: Eisai Inc and Pfizer; 2004.
- A17 National Audit Office. *Improving services and support for people with dementia*. London: TSO; 2007.
- B2 *World Population Prospects: The 2002 Revision – Highlights*. New York: United Nations; 2003.
- B3 *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. The Harvard School of Public Health, Harvard University Press; 1996.
- B5 Fuster V, Voute J. MDGs: chronic diseases are not on the agenda. *Lancet*, 2005 October 29;366 (9496):1512-4.
- B6 Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005 December 17;366 (9503):2112-7.
- B7 *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Geneva: World Health Organization; 2004.
- B20 Herrera E Jr, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2002 April;16 (2):103-8.
- B21 Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2004 October;18 (4):241-6.
- B22 Rosselli D, Ardila A, Pradilla G, Morillo L, Bautista L, Rey O et al. [The Mini-Mental State Examination as a selected diagnostic test for dementia: a Colombian population study. GENECO]. *Rev Neurol* 2000 March 1;30 (5):428-32.
- B10 Hendrie HC, Osuntokun BO, Hall KS, Ogunniyi AO, Hui SL, Unverzagt FW et al. Prevalence of Alzheimer's disease and dementia in two communities: Nigerian Africans and African Americans. *Am J Psychiatry* 1995;152:1485-92.
- B23 Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, De-la-Camara C, Ventura T et al. Prevalence of dementia in a southern European population in two different time periods: the ZARADEMP Project. *Acta Psychiatr Scand* 2007 October;116 (4):299-307.
- B24 Fernandez M, Castro-Flores J, Perez-de las HS, Mandaluniz-Lekumberri A, Gordejuela M, Zarranz J. [Prevalence of dementia in the elderly aged above 65 in a district in the Basque Country]. *Rev Neurol* 2008 January 16;46 (2):89-96.
- B25 Francesconi P, Roti L, Casotto V, Lauretani F, Lamponi M, Bandinelli S et al. [Prevalence of dementia in Tuscany: results from four population-based epidemiological studies]. *Epidemiol Prev* 2006 July;30 (4-5):237-44.
- B26 Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB et al. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology* 2007;29 (1-2):125-32.
- B13 Llibre Rodriguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population based cross-sectional survey. *Lancet* 2008 August 9;372 (9637):464-74.
- B27 Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP, Crepaldi AL, Pastor-Valero M, Coutinho LM et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in Sao Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr* 2008 April;20 (2):394-405.



- B28 Bottino CM, Azevedo D, Jr., Tatsch M, Hototian SR, Moscoso MA, Folquitto J et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from Sao Paulo, Brazil. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008;26 (4):291-9.
- B29 Custodio N. *Prevalencia de demencia en una comunidad urbana de Lima: Un estudio puerta a puerta*. (Abstract). Santo Domingo, Republica Dominicana, XII Congreso Panamericano de Neurologia; 2007.
- B30 Libre JJ, Fernández Y, Marcheco B, Contreras N, López AM, Ote M. Prevalence of Dementia and Alzheimer's Disease in a Havana Municipality: A Community-Based Study among Elderly Residents. *MEDICC Review* 2009;11 (2):29-35.
- B31 Molero AE, Pino-Ramirez G, Maestre GE. High prevalence of dementia in a Caribbean population. *Neuroepidemiology* 2007;29 (1-2):107-12.
- B32 Zhang ZX, Zahner GE, Roman GC, Liu XH, Wu CB, Hong Z et al. Sociodemographic variation of dementia subtypes in china: Methodology and results of a prevalence study in Beijing, Chengdu, Shanghai, and Xian. *Neuroepidemiology* 2006;27 (4):177-87.
- B33 Jhoo JH, Kim KW, Huh Y, Lee SB, Park JH, Lee JJ et al. Prevalence of dementia and its subtypes in an elderly urban Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health And Aging (KLoSHA). *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008;26 (3):270-6.
- B34 Shaji S, Bose S, Verghese A. Prevalence of dementia in an urban population in Kerala, India. *Br J Psychiatry* 2005 February;186:136-40.
- B35 Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, Intrachak R. Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2008 November;91 (11):1685-90.
- B36 Smith K, Flicker L, Lautenschlager NT, Almeida OP, Atkinson D, Dwyer A et al. High prevalence of dementia and cognitive impairment in Indigenous Australians. *Neurology* 2008 November 4;71 (19):1470-3.
- B37 Galasko D, Salmon D, Gamst A, Olichney J, Thal LJ, Silbert L et al. Prevalence of dementia in Chamorros on Guam: relationship to age, gender, education, and APOE. *Neurology* 2007 May 22;68 (21):1772-81.
- B38 Bdzan LB, Turczynski J, Szabert K. [Prevalence of dementia in a rural population]. *Psychiatr Pol* 2007 March;41 (2):181-8.
- B39 Gurvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008 February;23 (1):67-76.
- C2 *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. The Harvard School of Public Health, Harvard University Press; 1996.
- C4 Dewey ME, Saz P. Dementia, cognitive impairment and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001 August;16 (8):751-61.
- C5 Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, de C, I, Bahia VS, Anghinah R et al. Mortality from dementia in a community-dwelling Brazilian population. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005 March;20 (3):247-53.
- C6 Perkins AJ, Hui SL, Ogunniyi A, Gureje O, Baiyewu O, Unverzagt FW et al. Risk of mortality for dementia in a developing country: the Yoruba in Nigeria. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002 June;17 (6):566-73.
- C7 Knapp, M. and Prince M. *Dementia UK – A report into the prevalence and cost of dementia* prepared by the Personal Social Services Research Unit (PSSRU) at the London School of Economics and the Institute of Psychiatry at King's College London, for the Alzheimer's Society. THE FULL REPORT. London: The Alzheimer's Society; 2007.
- C10 Canadian Study of Health and Ageing. Canadian study of health and aging: study methods and prevalence of dementia. *CMAJ* 1994 March 15;150 (6):899-913.
- C11 Macdonald A, Cooper B. Long-term care and dementia services: an impending crisis. *Age Ageing* 2007 January;36 (1):16-22.
- C12 Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatr* 2007;7:13.
- C17 Bosanquet N, Sikora K. The economics of cancer care in the UK. *Lancet Oncol* 2004 September;5 (9):568-74.
- C23 Wimo A, Winblad B, Jonsson L. An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's and Dementia* 2007; (3):81-91.
- C40 Wimo A, Jonsson L, Winblad B. An estimate of the worldwide prevalence and direct costs of dementia in 2003. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;21 (3):175-81.
- C42 Prince M, Livingston G, Katona C. Mental health care for the elderly in low income countries: a health systems approach. *World Psychiatry* 2007 February;6 (1):5-13.

- C41 Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol* 2008 September;7 (9):812-26.
- C38 Allegri RF, Butman J, Arizaga RL, Machnicki G, Serrano C, Taragano FE et al. Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentina. *Int Psychogeriatr* 2007 August;19 (4):705-18.
- C36 Shah A, Murthy S, Suh GK. Is mental health economics important in geriatric psychiatry in developing countries? *Int J Geriatr Psychiatry* 2002 August;17 (8):758-64.
- C18 Tout K. *Ageing in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
- C19 Prince M, Acosta D, Albanese E, Arizaga R, Ferri CP, Guerra M et al. Ageing and dementia in low and middle income countries – Using research to engage with public and policy makers. *Int Rev Psychiatry* 2008 August;20 (4):332-43.
- C21 10/66 Dementia Research Group. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 February;19 (2):170-7.
- C22 Schneider J, Murray J, Banerjee S, Mann A. EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I--Factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1999;14 (8):651-61.
- C24 Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002 February;17 (2):184-8.
- C28 Prince M. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 February;19 (2):170-7.
- C29 Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging Ment Health* 2005 July;9 (4):325-30.
- B1 Kalache A. Ageing is a Third World Problem Too. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1991;6:617-8.



Len e Bette estão casados há 63 anos. Ele cuidou dela em casa no Ohio, EUA, durante os primeiros anos das suas dificuldades cognitivas, até que os seus devaneios e outros problemas, levaram o médico e os seus filhos a insistir que fosse institucionalizada. Len está devastado por tudo o que ela perdeu e ele também perdeu. “Em casa deixei tudo como era costume tal como se ela pudesse voltar para casa. Mas a longo prazo sei que isso não é verdade. Eu perdi-a. Ela está entre nós, mas eu perdi-a. Daria a minha estrela de bronze se a conseguissem trazer de volta”.

Alzheimer's Disease International:  
The International Federation  
of Alzheimer's Disease and  
Related Disorders Societies, Inc.  
legalmente constituída em Illinois,  
EUA, é uma organização em fins  
lucrativos 501(c)(3)

Alzheimer's Disease International  
64 Great Suffolk Street  
London SE1 0BL  
UK  
Tel: +44 20 79810880  
Fax: +44 20 79282357  
[www.alz.co.uk](http://www.alz.co.uk)



**Alzheimer's Disease  
International**