

TRANSTORNOS NEURODEGENERATIVOS: ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

NEURODEGENERATIVE DISORDERS: CLINICAL ASPECTS AND EPIDEMIOLOGY OF ALZHEIMER'S DISEASE

Thabata Takano Peixoto¹
Jéssica Daniella Damasceno Brandão²

RESUMO: A Doença de Alzheimer (DA) é o transtorno neurodegenerativo mais prevalente no mundo, representando cerca de 70% dos casos de demência em idosos. O presente estudo tem como objetivo analisar os aspectos clínicos e epidemiológicos da DA, a partir de uma revisão bibliográfica de literatura de 10 artigos, com ênfase nos avanços científicos entre 2020 e 2025. As bases de dados consultadas foram Web of Science, PubMed, SciELO, LILACS e Scopus, além de dados oficiais do World Health Organization (WHO), DATASUS do Ministério da Saúde (MS), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram utilizados descritores controlados, de acordo com o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “Doença de Alzheimer” [Alzheimer Disease], “Epidemiologia” [Epidemiology] combinado entre si através dos operadores booleanos “AND” e “OR”. Observou-se aumento contínuo da prevalência e mortalidade por Alzheimer, especialmente em países em desenvolvimento. Idade avançada, baixa escolaridade, hipertensão e diabetes destacaram-se como fatores de risco, enquanto atividade física, dieta equilibrada e estimulação cognitiva mostraram-se protetores. Do ponto de vista clínico, as novas diretrizes priorizam o diagnóstico precoce baseado em biomarcadores e intervenções multifatoriais. Conclui-se que, apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, persistem desafios relacionados à desigualdade no acesso aos serviços de saúde e à necessidade de capacitação de profissionais para o manejo da doença.

5106

Palavras-chave: Alzheimer. Aspectos Clínicos. Epidemiologia.

ABSTRACT: Alzheimer's Disease (AD) is the most prevalent neurodegenerative disorder worldwide, accounting for approximately 70% of dementia cases in older adults. The present study aims to analyse the clinical and epidemiological aspects of AD through a literature review of ten scientific articles, with emphasis on scientific advances between 2020 and 2025. The databases consulted were Web of Science, PubMed, SciELO, LILACS, and Scopus, in addition to official data from the World Health Organization (WHO), DATASUS of the Ministry of Health (MS), the Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology (SBGG), and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). Controlled descriptors were used according to DeCS (Health Sciences Descriptors): “Alzheimer Disease” [Doença de Alzheimer], “Epidemiology” [Epidemiologia], combined with the Boolean operators “AND” and “OR”. A continuous increase in the prevalence and mortality rates of Alzheimer's disease was observed, particularly in developing countries. Advanced age, low educational level, hypertension, and diabetes were highlighted as risk factors, whereas physical activity, balanced diet, and cognitive stimulation appeared to have protective effects. From a clinical perspective, recent guidelines prioritise early diagnosis based on biomarkers and multifactorial interventions. It is concluded that, despite diagnostic and therapeutic advances, challenges remain related to inequalities in access to healthcare services and the need for professional training in disease management.

Keywords: Alzheimer's Disease; Clinical Aspects. Epidemiology.

¹Graduanda do curso de Biomedicina, Universidade Nilton Lins.

²Orientadora do curso de Biomedicina, Universidade Nilton Lins. Doutoranda em Biociência e Biotecnologia pela UNESP e mestrado em Saúde Pública pela FIOCRUZ.

I INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é enfermidade neurodegenerativa progressiva que representa a principal causa de demência no mundo, configurando -se como um grave problema de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento. O envelhecimento populacional brasileiro intensificou o impacto dessa condição, refletindo -se em aumento expressivo das internações e da mortalidade (AMORIM et al., 2025). Segundo os autores, “a fotografia epidemiológica da Doença de Alzheimer no Brasil revela um aumento expressivo da incidência e das internações, especialmente em idosos com mais de 80 anos, do sexo feminino e com baixa escolaridade” (AMORIM et al., 2025, p.2).

A compreensão dos aspectos clínicos e epidemiológicos da DA no contexto nacional é essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e manejo terapêutico adequado. Para Piovesan et al. (2023), O Brasil enfrenta “um cenário preocupante de subnotificação, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, onde a ausência de centros especializados e a limitação de exames complementares comprometem o reconhecimento dos casos iniciais” (p.5)

Essa desigualdade regional reflete um padrão histórico de iniquidade em saúde e aponta para a necessidade de vigilância epidemiológica mais robusta e integrada.

5107

Além das disparidades regionais, clínicos e sociais exercem influências significativa na progressão e nos prognósticos das doenças. Suemoto et al. (2022) demonstram que “a prevalência de demência é significativamente maior em populações negras e pardas, e em indivíduos com baixa escolaridade e condições crônicas como hipertensão e diabetes” (p.1)

Tais achados reforçam a natureza multifatorial da DA, evidenciando o papel dos determinantes sociais e das comorbidades crônicas como amplificadores do risco e da gravidade do quadro clínico.

De modo complementar, Schilling et al. (2022) destacam a importância da padronização diagnóstica adaptada à realidade brasileira, enfatizando que “as práticas diagnósticas devem considerar a escolaridade e os recursos disponíveis nos diferentes serviços, evitando vieses socioeconômicos que comprometam a precisão clínica” (p.3)

Essa visão converge com a de Feter et al. (2021), que apontam o predomínio de pacientes idosos com múltiplas comorbidades e declínio cognitivo severo, destacado que “as diferenças regionais na apresentação clínica e no acesso aos serviços de diagnóstico demonstram a desigualdade estrutural do sistema de saúde brasileiro” (p.2)

Dessa forma, a literatura recente revela que a Doença Alzheimer no Brasil está inserida em um cenário complexo de transição demográfica, desigualdade social e fragilidade institucional, exigindo uma abordagem interdisciplinar e regionalmente sensível. A análise comparativa dos estudos evidencia que o enfrentamento dessa doença transcende os limites da neurologia, incorporando dimensões sociais, econômicas e culturais fundamentais para a formulação de políticas públicas eficazes.

2 SÍNTESE COMPARATIVA DOS ESTUDOS DA BASE WEB OF SCIENCE SOBRE ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER (2020-2025)

Para Justo et al. (2024), as internações hospitalares por demência no Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo da última década revelam o impacto crescente das doenças neurodegenerativas no contexto brasileiro, especialmente da Doença de Alzheimer. O estudo evidencia que “o número de hospitalizações associadas à demência aumentou de forma significativa entre 2010 e 2020, especialmente entre as mulheres idosas com mais de 75 anos de idade” (JUSTO et al., 2024, p. 2). A pesquisa demonstra que as internações refletem estágios clínicos avançados da doença, nos quais o paciente já apresenta dependência funcional, complicações metabólicas e maior risco de mortalidade intra-hospitalar.

5108

Segundo Piovesan et al. (2023), a Doença de Alzheimer é a principal causa de demência no Brasil, e sua análise epidemiologia ao longo da última década confirma o crescimento expressivo dos casos registrados, associados ao envelhecimento populacional e às desigualdades regionais. Os autores destacam que “as regiões Sudeste e Sul concentram a maior parte dos diagnósticos formais, enquanto o Norte e o Nordeste apresentam taxas subestimadas, possivelmente devido à carência de profissionais especializados e à subnotificação dos casos leves” (PIOVESAN et al., 2023, p.4).

A maioria das internações ocorre em estágios avançados da doença, sugerindo que as redes de cuidado ainda não conseguem identificar e tratar os pacientes nas fases iniciais, quando a intervenção é mais eficaz e menos onerosa ao Estado” (Justo et al., 2023, p.4).

Já Piovesan et al. (2023) argumentam que os dados epidemiológicos revelam um subdiagnóstico crônico que distorce a real prevalência da doença no país. Eles observam que:

O Brasil apresenta um cenário preocupante de subnotificação, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, onde a ausência de centros especializados e a limitação de exames complementares comprometem o reconhecimento dos casos iniciais de Alzheimer. A fragilidade do sistema de vigilância epidemiológica também dificulta a consolidação de políticas

públicas eficazes para o rastreamento e o acompanhamento da doença. (PIOVESAN et al., 2023, p.5)

Para Justo et al. (2024), o perfil clínico dos pacientes hospitalizados reforça a gravidade do cenário: “as complicações infecciosas, a desnutrição e os distúrbios de comportamento foram os principais motivos de internação entre os indivíduos com Alzheimer, refletindo um estágio de dependência avançada e falhas na assistência domiciliar e preventiva” (p. 6). Essa constatação coincide com o diagnóstico de Piovesan et al. (2023) de que a ausência de capacitação dos profissionais de saúde primária contribui para que o diagnóstico ocorra tardiamente, apenas quando o quadro clínico já está consolidado. De acordo com Piovesan et al. (2023, p. 7):

A baixa cobertura de triagem cognitiva na atenção primária e o conhecimento dos sintomas iniciais entre os profissionais de saúde impedem que a Doença de Alzheimer seja diagnosticada precocemente, o que compromete a efetividade das estratégias terapêuticas e de cuidado prolongado.”

Nesse contexto, ambos os estudos convergem ao apontar a fragilidade das políticas públicas voltadas à demência no Brasil. Enquanto Justo et al. (2024) evidenciam o custo e a sobrecarga hospitalar resultantes do diagnóstico tardio, e capacitação. (2023) mostram que o problema tem origem na base do sistema, onde a atenção primária carece de estrutura, recursos e capacitação.

5109

A ausência de integração entre vigilância epidemiológica e assistência clínica cria um ciclo de retroalimentação negativa: a falta de diagnóstico precoce aumenta as internações; as sobrecarregam o sistema e o sistema permanece sem confiáveis para planejamento de políticas de prevenção.

3 SÍNTESE COMPARATIVA DOS ESTUDOS DA BASE PUBMED SOBRE ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER (2020–2025)

Para Queiroz et.al (2024), o perfil clínico da Doença Alzheimer (DA) no Brasil caracteriza-se principalmente por idosos com idade média de 72 a 73 anos, geralmente portadores de múltiplas comorbidades, com destaque para hipertensão e doenças cardiovasculares. Os autores observam que “os sintomas cognitivos e comportamentais aparecem de forma progressiva, comprometendo a autonomia e a sobrevida média dos pacientes em aproximadamente uma década após o diagnóstico” (Queiroz et al., 2024, p. 3). Essa análise evidência que a DA no contexto brasileiro é marcada por progressão lenta, impacto funcional significativo e necessidade de seguimento clínico interdisciplinar.

Segundo Paschalidis et al. (2023), ao avaliar as tendências de mortalidade por Alzheimer entre 2000 e 2019, houve um aumento expressivo das taxas de mortalidade em todas as regiões de país, especialmente nas áreas com maior acesso ao diagnóstico. Para os autores:

O envelhecimento populacional brasileiro e a ampliação do diagnóstico têm contribuído para o aumento das taxas de mortalidade por demência, sobretudo Alzheimer, em todas as regiões do país. O padrão observado indica tanto uma melhora na vigilância epidemiológica (PASCHALIDIS et al., 2023, p.2).

A de Paschalidis et al. (2023) também revela que a mortalidade relacionada à Doença de Alzheimer cresceu significativamente ao longo das duas últimas décadas. Os autores destacam:

A mortalidade relacionada à Doença de Alzheimer cresceu 169% nas últimas décadas, acompanhando o aumento da expectativa de vida e a transição demográfica brasileira. Além disso, observou-se subnotificação nas regiões Norte e Nordeste, o que pode mascarar a real magnitude da doença do país. (PASCHALIDIS et al., 2023, p.4).

De modo semelhante, Queiroz et al. (2024) relatam que a sobrevida média de 9 a 10 anos observada nos pacientes acompanhados em centros especializados reflete tanto a evolução clínica da doença quanto a importância do acompanhamento contínuo. Segundo os autores:

A ausência de protocolos padronizados e de equipes multifuncionais treinadas resulta em lacunas no cuidado e na monitorização de sintomas neuropsiquiátricos, especialmente nas fases intermediárias da doença. A sobrevida média do paciente brasileiro com Alzheimer é semelhante à de países desenvolvidos, mas o tempo de diagnóstico ainda é mais tardio, o que compromete a qualidade de vida e a adesão ao tratamento. (QUEIROZ et al., 2024, p.5).

Os achados de Queiroz et al. (2024) complementam os Paschalidis et al. (2023) ao demonstrarem que o contexto clínico reflete o cenário epidemiológico: o envelhecimento, as comorbidades e o atraso no diagnóstico explicam o aumento dos casos graves e das taxas de mortalidade. Assim, ambos os estudos convergem para o entendimento de que a formação profissional insuficiente e a falta de protocolos clínicos padronizados são fatores determinantes da realidade atual da Doença no Brasil.

O envelhecimento populacional é o principal fator associado ao aumento das taxas de mortalidade, mas fatores sociais e educacionais também exercem influência relevante, afetando o diagnóstico precoce e a adesão terapêutica. (QUEIROZ et al., 2024, p.6).

Os dois estudos tratam de estágio distintos, porém complementares, do mesmo problema: enquanto Queiroz et al. (2024) enfocam o impacto clínico nos pacientes já diagnosticados, Paschalidis et al. (2023) analisam o reflexo populacional dessa condição crônica.

Ambos apontam que o Brasil enfrenta uma transição demográfica sem estrutura suficiente para lidar com o aumento da prevalência da DA, seja na detecção precoce, seja na capacitação dos profissionais de saúde.

4 SÍNTESE COMPARATIVA DOS ESTUDOS DA BASE SCIELO SOBRE ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER (2020–2025)

Segundo Schilling et al. (2022), o diagnóstico da Doença de Alzheimer no contexto brasileiro exige uma abordagem integrada entre anamnese detalhada, aplicação de instrumentos cognitivos e uso criterioso de exames complementares. Os autores ressaltam que “as práticas diagnósticas devem ser adaptadas à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a escolaridade e os recursos disponíveis nos diferentes serviços” (SCHILLING et al., 2022, p. 2). Essa preocupação reflete a necessidade de uma padronização nacional que contemple tanto o setor público quanto o privado, evitando desigualdades regionais.

A obra enfatiza que a realidade educacional e socioeconômica dos pacientes brasileiros influencia diretamente os resultados dos testes cognitivos e, portanto, a precisão diagnóstica: “A escolaridade tem impacto significativo no desempenho cognitivo e deve ser considerada na interpretação dos resultados dos testes e no planejamento das intervenções clínicas” (SCHILLING et al., 2022, p3).

5111

Além dos aspectos clínicos, Schilling e colaboradores discutem também elementos epidemiológicos, apontando que a prevalência estimada da DA aumenta exponencialmente com o envelhecimento populacional, tornando-se um desafio crescente para os sistemas de saúde. Conforme descrevem, “o envelhecimento populacional e as desigualdades regionais em saúde constituem fatores determinantes para o aumento dos casos de demência e dificultam a implementação de políticas públicas adequadas” (SCHILLING et al., 2022, p. 4).

Em comparação, o estudo de Feter et al. (2021) adota uma perspectiva epidemiológica mais ampla, descrevendo o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes brasileiros com Alzheimer. De acordo com os autores, “há predominância de idosos com idade avançada no momento do diagnóstico, alta prevalência de comorbidades cardiovasculares e associação consistente com menor escolaridade” (FETER et al., 2021, p. 1). Essa constatação reforça o caráter multifuncional da doença e evidencia o papel dos determinantes sociais da saúde como fatores moduladores do risco e da progressão da demência. O estudo complementa:

As diferenças regionais na apresentação clínica e no acesso aos serviços de diagnóstico demonstram a desigualdade estrutural do sistema de saúde brasileiro, o que contribui para a subnotificação e o diagnóstico tardio da doença” (FETER et al., 2021, p.2).

Enquanto Schilling et al. (2022) concentram-se nas diretrizes clínicas e nos critérios diagnósticos, Feter et al. (2021) oferecem uma visão epidemiológica populacional, revelando que o perfil do paciente brasileiro com Alzheimer é marcado pela vulnerabilidade social pela falta de acesso equitativo aos serviços especializados. Essa convergência entre os dois estudos indica que tanto os fatores clínicos quanto os socioeconômicos são determinantes cruciais na evolução e no diagnóstico da doença.

Em análise conjunta, os autores demonstram que o enfrentamento da Doença de Alzheimer requer não apenas avanços clínicos, mas também políticas integradas:

A existência de lacunas na assistência e a necessidade de políticas regionais integradas para o diagnóstico e manejo da doença são evidências de que a resposta à DA deve ser coordenada entre os níveis de atenção à saúde” (FETER et al., 2021, p.3).

Em síntese, Schilling et al. (2022) contribuem com uma estrutura diagnóstica adaptada à realidade brasileira, ao passo que Feter et al. (2021) revelam as implicações epidemiológicas dessa realidade – mostrando que a doença é mais prevalente entre idosos com menor escolaridade e comorbidades, em regiões com menor acesso à saúde. Ambos convergem ao afirmar que o diagnóstico precoce e a capacitação dos profissionais da atenção primária são fundamentais para reduzir o impacto clínico e social da Doença de Alzheimer no Brasil.

5112

5 SÍNTESE COMPARATIVA DOS ESTUDOS DA BASE LILACS SOBRE ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER (2020–2025)

Para Amorim et al. (2025), a Doença de Alzheimer apresenta-se como um dos maiores desafios de saúde pública da atualidade, tanto pelos seus impactos clínicos quanto pelo crescimento exponencial de casos no país. Os autores ressaltam que “a fotografia epidemiológica da Doença de Alzheimer no Brasil revela um aumento expressivo da incidência e das internações, especialmente em idosos com mais de 80 anos, do sexo feminino e com baixa escolaridades” (AMORIM et al., 2025, p. 2). Essa constatação reforça a correlação entre envelhecimento populacional, desigualdades sociais e vulnerabilidade clínica.

Entre 2018 e 2023, observou-se um aumento de 32% nas internações e de 18% nos óbitos relacionados à Doença de Alzheimer, com predominância nas regiões Sudeste e Sul, refletindo maior acesso ao diagnóstico e à notificação hospitalar. Esses dados sugerem tanto uma melhora nos sistemas de registro quanto a intensificação do impacto da doença nas populações idosas (Amorim et al., 2025, p.3).

De modo convergente, Silva et al. (2023) analisam a tendência temporal de internações e custos hospitalares associados à DA, destacando que “a doença vem apresentando crescimento

anual médio de 8% nas internações e custo acumulado de R\$ 27,6 milhões no período de 2008 a 2020” (SILVA et al., 2023, p. 4). Esses números traduzem não apenas o aumento no número de paciente diagnosticados, mas também a pressão financeira sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

O perfil clínico dos pacientes internados revela elevada frequência de comorbidades, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, além de manifestações comportamentais e cognitivas graves, que frequentemente resultam em hospitalizações prolongadas e alto custo por internação (Silva et al., 2023, p.5).

Enquanto Amorim et al. (2025) enfatizam o crescimento das taxas de hospitalização e mortalidade, Silva et al. (2023) aprofundam-se na análise dos fatores clínicos e socioeconômicos que explicam esse aumento. Ambos convergem ao apontar que a DA é subdiagnosticada nas fases iniciais, levando à internação apenas em estágios avançados, o que agrava a sobrecarga hospitalar.

A maioria dos pacientes hospitalizados apresenta complicações associadas à demência avançada, como infecções e desnutrição, o que reforça a necessidade de diagnóstico precoce e manejo (Silva et al., 2023, p.5).

No campo epidemiológico, os dois estudos concordam que o envelhecimento da população brasileira é o principal determinante do aumento dos casos de Alzheimer. Silva et al. (2023) observam que “as taxas de internação e mortalidade por Alzheimer são mais elevadas nas regiões com maior expectativa de vida, o que reflete a transição demográfica e a necessidade de políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável” (p. 6).

A distribuição regional desigual da doença demonstra que o Brasil ainda carece de um sistema de vigilância epidemiológica robusto, capaz de captar a real magnitude da Doença de Alzheimer e orientar estratégias preventivas e assistenciais de forma equitativa (Amorim et al., 2025, p.5).

Dessa forma, os dois estudos estabelecem um panorama complementar: Amorim et al. (2025) oferecem uma visão macro da situação epidemiológica, enquanto Silva et al. (2023) exploram os desdobramentos clínicos e econômicos dessa realidade. Ambos convergem em afirmar que o Brasil enfrenta uma epidemia silenciosa de demência, cuja mitigação depende de diagnóstico precoce, políticas públicas integradas e capacitação sistemática de profissionais de saúde

6 SÍNTESE COMPARATIVA DOS ESTUDOS DA BASE SCOPUS SOBRE ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER (2020–2025)

Para Ramos et al. (2024), o cenário da pesquisa científica sobre demência no Brasil entre 2010 e 2021 demonstra um crescimento significativo da produção, mas ainda concentrado em poucos centros de excelência, o que reflete desigualdades regionais e institucionais. Os autores destacam que “a maior parte dos estudos sobre Doença de Alzheimer é conduzida nas regiões Sudeste e Sul, enquanto o Norte e Nordeste permanecem sub – representados na produção científica” (RAMOS et al., 2024, p. 2).

O panorama da pesquisa em demência no Brasil é caracterizado por uma expansão quantitativa, mas não necessariamente equitativa. A concentração geográfica e a falta de padronização metodológica limitam o impacto dos achados em nível nacional (RAMOS et al., 2024, p.3).

Essa assimetria na distribuição das pesquisas repercute diretamente na compreensão dos aspectos epidemiológicos e clínicos da DA, uma vez que regiões com menor produção científica também carecem de infraestrutura diagnóstica e recursos humanos especializados. O estudo aponta, ainda, que “a ausência de políticas públicas específicas de incentivo à pesquisa em demência contribui para a escassez de dados representativos da realidade brasileira” (RAMOS et al., 2024, p. 4).

Por sua vez, o trabalho de Suemoto et al. (2022) adota uma perspectiva mais clínica e populacional, analisando fatores de risco modificáveis para demência em diferentes regiões e grupos étnico-raciais do Brasil. Os autores identificam que “a prevalência de demência é significativamente maior em populações negras e pardas, e em indivíduos com baixa escolaridade e condições crônicas como hipertensão e diabetes” (SUEMOTO et al., 2022, p. 1).

Os fatores de risco mais relevantes foram a baixa escolaridade, a hipertensão arterial e a perda auditiva, que juntos respondem por mais de 50% da fração atribuível populacional de risco para demência no Brasil (SUEMOTO et al., 2022, p.3).

Essas evidências demonstram que a Doença de Alzheimer é fortemente influenciada por determinantes sociais da saúde, sendo mais prevalente entre grupos vulneráveis. Em complemento, Ramos et al. (2024) afirmam que essa desigualdade também se reflete na produção científica: “os grupos populacionais mais afetados pela demência são justamente aqueles menos representados nos estudos clínicos e epidemiológicos, o que gera lacunas importantes de conhecimento” (p. 5).

A partir dessas análises, é possível compreender que o cenário brasileiro da DA envolve um ciclo de desigualdade científica e assistencial. Suemoto et al. (2022) observam que “as regiões Norte e Nordeste apresentam prevalência elevada de demência, mas baixo acesso a diagnóstico

e tratamento especializado, o que agrava o curso clínico da doença e reduz a sobrevida dos pacientes” (p. 4).

Em trecho emblemático, os autores ressaltam:

As desigualdades raciais e regionais não apenas determinam a distribuição dos casos de demência, mas também condicionam o acesso ao cuidado, à reabilitação e a pesquisa científica. Combater essas disparidades é fundamental para reduzir o peso da doença na população brasileira (SUEMOTO et al., 2022, p.5).

Enquanto Suemoto et al. (2022) exploram o impacto clínico e populacional dessas desigualdades, Ramos et al. (2024) situam a discussão no campo da produção de conhecimento científico. Em conjunto, Ramos et al. (2024) e Suemoto et al. (2022) oferecem uma visão complementar: o primeiro denuncia as lacunas estruturais e científicas, enquanto o segundo quantifica o peso clínico e social dessas disparidades. Ambos concordam que a Doença de Alzheimer é um desafio multifatorial, que exige integração entre ciência, políticas públicas e prática clínica para reduzir seu impacto no envelhecimento populacional brasileiro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise comparativa dos dez artigos selecionados (bases: Web of Science, PubMed, SciELO, LILACS e Scopus) e dos dados oficiais consultados, conclui-se que os achados convergem para um quadro consistente: a Doença de Alzheimer (DA) no Brasil apresenta aumento contínuo de prevalência e mortalidade, especialmente em populações envelhecidas e em regiões com menor acesso a serviços de saúde. Essas evidências corroboram a hipótese de que a prevalência da DA está associada ao envelhecimento populacional e à interação entre fatores genéticos e ambientais. Estudos incluídos na revisão salientam que a idade avançada e condições cardiometabólicas (hipertensão, diabetes) são fatores recorrentes, ao passo que determinantes sociais – baixa escolaridade, desigualdade regional e raça/etnia – modulam significativamente o risco e o reconhecimento clínico da doença.

Os resultados também sustentam a hipótese de que o diagnóstico precoce e o manejo clínico adequado podem retardar a progressão dos sintomas e melhorar a qualidade de vida. As pesquisas apontam que ambientes com maior oferta de triagem cognitiva, serviços especializados e acompanhamento multidisciplinar reportam melhores indicadores de sobrevida e manejo sintomático. Em contrapartida, a subnotificação e o diagnóstico tardio – especialmente nas regiões Norte e Nordeste – resultam em maior número de internações em estágios avançados, maior custo hospitalar e pior prognóstico funcional. Assim, a detecção

precoce, aliada a intervenções multifatoriais (controle vascular, reabilitação cognitiva, suporte nutricional e treinamento de cuidadores), constitui estratégia eficaz para reduzir morbimortalidade e internações evitáveis.

Quanto à hipótese sobre políticas públicas, a revisão indica que a implementação de programas de capacitação para profissionais de saúde na atenção primária e secundária é medida estratégica para reduzir o impacto da DA. Os estudos analisados apontam lacunas claras na formação, na padronização diagnóstica e na integração entre vigilância epidemiológica e assistência clínica. Investimentos em capacitação (treinamento em rastreamento cognitivo, interpretação de testes adaptados por escolaridade e rotinas de encaminhamento) e criação de centros de referência regionais mostraram-se associados a diagnósticos mais precoces e melhor articulação do cuidado contínuo.

Os dez estudos forneceram evidências robustas sobre perfis clínicos (idade de início média, comorbidades, tempo de sobrevida), padrões epidemiológicos (aumento de prevalência e mortalidade, assimetrias regionais) e medidas de intervenção (rastreamento e cuidados multidisciplinares), atendendo ao objetivo geral ao oferecer subsídios para ações preventivas e de organização do cuidado. Os estudos convergem em fatores não modificáveis (idade, história familiar, possíveis predisposições genéticas) e modificáveis (hipertensão, diabetes, sedentarismo, baixa escolaridade, perda auditiva). Destaca-se a relevância da fração atribuível populacional aos fatores cardiovasculares e educacionais, reforçando a oportunidade de intervenções preventivas.

5116

A revisão evidenciou movimento científico em direção ao uso combinado de instrumentos clínicos adaptados (testes cognitivos ajustados por escolaridade), neuroimagem e biomarcadores quando disponíveis. No entanto, a aplicabilidade desses métodos no SUS é limitada por recursos; assim, instrumentos de rastreamento validados para atenção primária e fluxos de encaminhamento são essenciais. Com base nas lacunas identificadas, é recomendável programar capacitações que abordem: (1) reconhecimento precoce de sinais e sintomas iniciais; (2) aplicação e interpretação de instrumentos cognitivos contextualizados; (3) manejo das comorbidades que aumentam o risco; (4) comunicação e suporte a cuidadores; (5) protocolos de encaminhamento para centros de referência. Essas ações podem reduzir internações tardias e melhorar o desfecho clínico.

A revisão aponta limitações comuns nos estudos analisados: heterogeneidade metodológica, subnotificação regional, concentração de pesquisas em poucas instituições e pouca representatividade populacional em regiões vulneráveis. Frente a isso, recomenda-se:

Fortalecer vigilância epidemiológica com registros padronizados que capturem estágios iniciais da DA:

Expandir pesquisas populacionais em regiões sub – representadas (Norte e Nordeste) e em grupos étnico-raciais vulneráveis;

Implementar programas de capacitação contínua para profissionais da atenção primária, com protocolos práticos de triagem e encaminhamento.

Integrar ações preventivas (controle de fatores cardiovasculares, campanhas de estímulo cognitivo, promoção da escolaridade e detecção de perda auditiva) como parte de políticas de envelhecimento saudável.

Promover plataformas diagnósticas - quando viável - e, na atenção primária, priorizar instrumentos de baixo custo e alta sensibilidade para rastreio.

Em síntese, a revisão dos dez estudos demonstra que a Doença de Alzheimer no Brasil é influenciada por um complexo entrelaçamento de fatores demográficos, clínicos e sociais. O envelhecimento populacional e os fatores genéticos/ambientais explicam a maior prevalência observada; o diagnóstico precoce e o manejo clínico adequado mostram-se capazes de retardar a progressão e melhorar a qualidade de vida; e políticas públicas centradas na capacitação profissional e na equidade de acesso são fundamentais para reduzir o impacto da doença na sociedade. Implementar essas medidas, de forma articulada e regionalmente sensível, constitui o caminho mais promissor para mitigar a carga futura da DA no contexto brasileiro.

5117

REFERÊNCIAS

AMORIM, T. A. F.; et al. **Fotografia epidemiológica da Doença de Alzheimer no Brasil**. Revista Latino-Americana de Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 1–12, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS): Morbidade Hospitalar, Internações e Doenças do Sistema Nervoso**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 2 nov. 2025.

FETER, N.; et al. **Who are the people with Alzheimer’s disease in Brazil? Sociodemographic and clinical profile from cohort/population data**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 12, p. e00312420, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 2 nov. 2025.

JUSTO, A. F. O.; et al. **Hospital admissions for dementia in the Brazilian public health system over the last decade**. International Journal of Geriatric Psychiatry, v. 39, n. 5, p. 781–790, 2024.

PASCHALIDIS, C.; et al. **Trends in mortality from Alzheimer's disease in Brazil, 2000–2019.** *International Journal of Epidemiology*, v. 52, n. 3, p. 250–260, 2023.

PIOVESAN, E. C.; et al. **Alzheimer's disease: an epidemiological analysis over the last decade in Brazil.** *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 81, n. 2, p. 114–123, 2023.

QUEIROZ, M. C.; et al. **Clinical profile and survival analysis of Alzheimer's disease patients in a Brazilian cohort.** *Frontiers in Aging Neuroscience*, v. 12, p. 104–118, 2024.

RAMOS, L. R.; et al. **The landscape of dementia research in Brazil from 2010 to 2021.** *Dementia & Neuropsychologia*, v. 18, n. 2, p. 95–108, 2024.

SCHILLING, L. P.; et al. **Diagnóstico da Doença de Alzheimer: recomendações do grupo/consenso brasileiro.** *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 58, n. 1, p. 33–49, 2022.

SILVA, R. M.; et al. **Tendência temporal de internações hospitalares e custos associados à Doença de Alzheimer no Brasil (2008–2020).** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 26, n. 1, p. 45–57, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Diretrizes e materiais educativos sobre demências e Doença de Alzheimer.** São Paulo: SBGG, 2023. Disponível em: <https://sbgg.org.br/>. Acesso em: 2 nov. 2025.

SUEMOTO, C. K.; et al. **Risk factors for dementia in Brazil: differences by region and race.** *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 88, n. 4, p. 1309–1321, 2022.

UNIVERSIDADE NILTON LINS. **Manual de Normalização de Trabalhos Acadêmicos.** Manaus: Editora Nilton Lins, 2019.

5118

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on the public health response to dementia 2023.** Geneva: WHO Press, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 2 nov. 2025.