



**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS - FEF
FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS – FIFE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**MANUELA DUTRA
MARIA EDUARDA GRANDIZOLI GONÇALVES
VANESSA FERREIRA**

**DOENÇA DE ALZHEIMER NO BRASIL:
uma análise epidemiológica entre 2014 e junho/2024**

Fernandópolis
2025

**Manuela Dutra
Maria Eduarda Grandizoli Gonçalves
Vanessa Ferreira**

**DOENÇA DE ALZHEIMER NO BRASIL:
uma análise epidemiológica entre 2014 e junho/2024**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
apresentado ao Curso de Enfermagem da Fundação
Educativa de Fernandópolis (FEF), como parte
dos requisitos para avaliação da disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) 2.

Orientador: Profa. Me. Juliana Petini

Fernandópolis
2025

FOLHA DE APROVAÇÃO

**Manuela Dutra
Maria Eduarda Grandizoli Gonçalves
Vanessa Ferreira**

DOENÇA DE ALZHEIMER NO BRASIL: uma análise epidemiológica entre 2014 e junho/2024.

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
apresentado á Fundação Educacional de
Fernandópolis (FEF), como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel em
Enfermagem.

DATA DA AVALIAÇÃO __/__/__

CONCEITO:

() Aprovado

() Reprovado

Examinadores:

Profª. Me.

Prof.

Profª.

DEDICATÓRIA

Chegar a este momento representa uma grande conquista, resultado de anos de dedicação, aprendizado e superação de diversos desafios. Foram muitas horas de estudo, esforço e comprometimento. Ao olhar para nossa trajetória, reconhecemos o quanto crescemos, tanto pessoal quanto profissionalmente. Este trabalho simboliza a realização de um importante objetivo, que não teria sido alcançado sem o apoio de pessoas especiais. Iniciamos agradecendo à nossa professora e orientadora Juliana, por nos orientar com sabedoria, por nos ouvir com atenção e por acreditar em nosso potencial mesmo quando nós duvidávamos. Seu incentivo, sua paciência e sua dedicação fizeram toda a diferença nesse processo. Levaremos seus ensinamentos não apenas como estudantes, mas como profissionais melhores.

Aos nossos professores, que contribuíram imensamente com nossa formação, nosso conhecimento e nossa visão de mundo. A cada aula, a cada palavra de incentivo, a cada correção feita com carinho, o nosso mais sincero agradecimento. Levaremos os ensinamentos de vocês por toda a vida e por cada paciente que um dia cuidarmos.

Dedico este trabalho a Deus, por ser minha força nos momentos de fraqueza, minha luz nos dias escuros e meu refúgio em cada oração silenciosa. Foi Ele quem me sustentou, guiou meus passos e me deu coragem para seguir mesmo quando tudo parecia impossível.

À minha mãe, exemplo de amor, coragem e fé. Sua dedicação, seus conselhos e suas orações foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Mãe, este trabalho também é seu.

À minha família, que sempre acreditou em mim, mesmo nos dias em que eu mesma duvidei. Obrigada por todo apoio, carinho e por estarem sempre comigo.

As minhas amigas Vanessa e Duda, que caminharam ao meu lado com amor, paciência e companheirismo. Vocês tornaram essa jornada mais leve, mais bonita e inesquecível.

- Manuela Dutra.

Dedico este trabalho, primeiramente, a Jesus. Se não fosse por Ele, eu não estaria aqui. Foi Ele quem me sustentou, capacitou e fortaleceu em cada etapa deste processo. Toda honra e glória a Ele.

À minha família, minha maior inspiração de cuidado e amor, meu porto seguro, a expressão viva da graça de Deus na minha vida. Sem o apoio, o carinho e a presença de cada um, este caminho teria sido muito mais difícil. Em especial, aos meus pais, que me ensinaram o verdadeiro significado do cuidado e da honra.

Dedico também à minha vó Vânia, a pessoa mais alegre e gentil que já conheci, cuja doçura e força continuam sendo fonte de inspiração em minha vida.

Aos meus padrinhos, que me abençoaram e acreditaram nesse sonho desde o início. Obrigada por enxergarem em mim um potencial que, muitas vezes, eu mesma duvidei ter. Suas palavras, orações e incentivo foram fundamentais para que eu tivesse coragem de dar esse passo e seguir firme até aqui.

Ao amor da minha vida, por todo suporte, paciência e a leveza que trouxe aos meus dias. Sua presença foi essencial para que eu seguisse em paz e com coragem até o fim.

Às minhas amigas, Vanessa e Manu, por tornarem essa caminhada mais leve, mais divertida e repleta de companheirismo. Obrigada por cada conversa, cada ajuda nos momentos difíceis, e por compartilharem comigo não só o aprendizado, mas também os sonhos e desafios dessa jornada.

- Maria Eduarda Grandizoli.

Dedico este trabalho, com amor e imensa gratidão, a Deus e a Nossa Senhora, que guiaram meu caminho, fortalecendo-me a cada passo, renovando minha esperança e alegria, e me capacitando com sabedoria para enfrentar cada desafio desta trajetória.

Aos meus pais, que sempre foram meu alicerce e o maior exemplo de amor, dedicação e superação. Tudo o que sou e conquistei até aqui carrega as marcas do esforço e do cuidado de vocês. Obrigada por nunca medirem esforços para me proporcionar as melhores oportunidades.

À minha irmã, minha inspiração, que, com seu exemplo, me motiva a ser sempre melhor.

Às minhas avós, por suas orações, amor e cuidado, estarem sempre ao meu lado.

Aos meus avôs, que, além de fazerem parte da minha história, foram a maior inspiração para a escolha deste tema. Cada lembrança de vocês foi combustível para que eu seguisse em frente, mesmo nas horas mais desafiadoras. Este trabalho e a escolha desta profissão carregam muito de vocês.

Ao meu namorado, que compartilhou comigo cada passo dessa caminhada, com seu apoio e amor. Sua confiança em mim, mesmo quando minhas dúvidas me dominavam, me impulsionou a continuar e tornou tudo mais leve.

À Manu e à Duda, minhas companheiras de jornada, agradeço por estarem ao meu lado em cada desafio, compartilhando risos e, mesmo nas horas difíceis de brigas e lágrimas, por nunca desistirem. Vocês foram essenciais nessa trajetória.

- Vanessa Ferreira.

RESUMO

A Doença de Alzheimer é uma condição neurodegenerativa crônica e progressiva que representa a principal causa de demência na população idosa mundial. No Brasil, o avanço do envelhecimento populacional tem ampliado significativamente o número de casos e, consequentemente, a sobrecarga sobre os serviços de saúde. A escassez de profissionais capacitados, a fragmentação do cuidado e o impacto social e econômico da doença tornam essencial a análise do perfil epidemiológico das internações hospitalares associadas à condição, a fim de subsidiar estratégias de intervenção mais eficazes e equitativas. Este trabalho teve como objetivo analisar o perfil das internações por Doença de Alzheimer no Brasil entre 2014 e 2023, utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Foram examinadas variáveis como região geográfica, sexo, raça/cor, faixa etária e caráter de atendimento (eletivo ou urgência). Os resultados evidenciaram a predominância de internações em caráter de urgência (79,3%), maior número de internações entre mulheres (65,2%) e em indivíduos com 80 anos ou mais (58,4%). A região Sudeste concentrou mais da metade das internações (52,5%) e dos óbitos (60,3%). Conclui-se que a Doença de Alzheimer impõe desafios crescentes ao sistema de saúde brasileiro, especialmente no cuidado à população idosa. Os dados analisados evidenciam a necessidade de fortalecimento da atenção primária, ampliação da assistência domiciliar e implementação efetiva da Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências, visando à equidade, integralidade e resolutividade do cuidado.

Palavras chaves: Doença de Alzheimer. Envelhecimento populacional. Internações hospitalares. Epidemiologia. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Alzheimer's Disease is a chronic and progressive neurodegenerative condition that represents the leading cause of dementia among the elderly population worldwide. In Brazil, the advancement of population aging has significantly increased the number of cases and, consequently, the burden on healthcare services. The shortage of trained professionals, the fragmentation of care, and the social and economic impact of the disease make it essential to analyze the epidemiological profile of hospital admissions related to the condition in order to support more effective and equitable intervention strategies. This study aimed to analyze the profile of hospital admissions due to Alzheimer's Disease in Brazil between 2014 and 2023, using data from the Hospital Information System of the Brazilian Unified Health System (SIH/SUS). Variables such as geographic region, sex, race/skin color, age group, and type of care (elective or emergency) were examined. The results showed a predominance of emergency admissions (79.3%), a higher number of hospitalizations among women (65.2%), and among individuals aged 80 years or older (58.4%). The Southeast region accounted for more than half of the hospitalizations (52.5%) and deaths (60.3%). It is concluded that Alzheimer's Disease presents increasing challenges to the Brazilian healthcare system, especially in the care of the elderly population. The analyzed data highlight the need to strengthen primary care, expand home care services, and effectively implement the National Policy for Comprehensive Care for People with Alzheimer's Disease and Other Dementias, aiming at equity, comprehensiveness, and resolution in care.

Keywords: Alzheimer's disease. Population aging. Hospital admissions. Epidemiology. Brazilian Unified Health System (SUS).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide etária. Censo 2010 x 2022.	13
Figura 2 – Evolução das Internações e Óbitos por Alzheimer no Brasil.	20
Figura 3- Internações por Região e Indicadores de Mortalidade Hospitalar em Alzheimer – (a) Percentual de Participação e (b) Número Absoluto de Óbitos e Percentual de Óbitos em Relação a Internação.	22
Figura 4- Internações por Caráter de Atendimento e Indicadores de Mortalidade Hospitalar em Alzheimer – (a) Percentual de Participação e (b) Número Absoluto de Óbitos e Percentual de Óbitos em Relação a Internação.	24
Figura 5- Internações por Sexo e Indicadores de Mortalidade Hospitalar em Alzheimer – (a) Percentual de Participação e (b) Número Absoluto de Óbitos e Percentual de Óbitos em Relação a Internação.	27
Figura 6- Internações por Raça/Cor e Indicadores de Mortalidade Hospitalar em Alzheimer – (a) Percentual de Participação e (b) Número Absoluto de Óbitos e Percentual de Óbitos em Relação a Internação.	28
Figura 7- Indicadores de Mortalidade Hospitalar em Alzheimer por Faixa Etária (Número Absoluto de Óbitos e Percentual de Óbitos em Relação a Internação).	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Alzheimer - Ocorrência de Internações Hospitalares por Região.	21
Tabela 2 – Internações Hospitalares por Doença de Alzheimer segundo o Caráter de Atendimento.	23
Tabela 3 – Internações Hospitalares por Doença de Alzheimer segundo o Caráter de Atendimento – Evolução Temporal.	25
Tabela 4 – Internações Hospitalares por Doença de Alzheimer segundo o Sexo.	26
Tabela 5 - Alzheimer - Ocorrência de Internações Hospitalares por Raça/Cor.	28
Tabela 6 - Alzheimer - Ocorrência de Internações Hospitalares por Faixa Etária.	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 O ENVELHECIMENTO	13
3.2 EPIDEMIOLOGIA DA doença de alzheimer	14
3.3 FISIOPATOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	15
3.4 INTERNAÇÕES HOSPITALARES E SEUS IMPACTOS SOCIAIS ECONÔMICOS	16
3.5 TRATAMENTO	16
3.6 POLÍTICAS NACIONAIS	17
4 METODOLOGIA	18
4.1 DESENHO DO ESTUDO	18
4.2 Fonte de dados	18
4.3 População analisada	18
4.4 Variáveis e indicadores	18
4.5 PROCESSAMENTO DE DADOS	19
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer é uma condição neurodegenerativa crônica e progressiva que acomete principalmente pessoas idosas, sendo a forma mais comum de demência em todo o mundo, responsável por 60% a 80% dos casos registrados (Gonçalves *et al.*, 2021). Caracteriza-se pela deterioração cognitiva que compromete a memória, o raciocínio, a orientação, a linguagem e a capacidade de julgamento, gerando impactos significativos na autonomia e qualidade de vida dos indivíduos (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

O Brasil vivencia atualmente um acelerado processo de transição demográfica, marcado pelo envelhecimento populacional. Estima-se que, até 2050, o número de idosos ultrapassará os 30% da população total do país, o que exigirá profunda reestruturação dos serviços de saúde e assistência (Miranda; Mendes; Silva, 2016). Com esse aumento da longevidade, espera-se também a elevação proporcional da incidência de doenças crônicas, especialmente da Doença de Alzheimer.

Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o Brasil tem registrado aumento progressivo dos casos de morbimortalidade relacionados à Doença de Alzheimer entre os anos de 2012 e 2019, com leve queda durante os anos de pandemia provavelmente associada à subnotificação e à elevada letalidade por COVID-19 entre os portadores da doença (Nascimento Junior *et al.*, 2024).

O impacto da Doença de Alzheimer transcende o aspecto individual. Estende-se às famílias, aos cuidadores e ao sistema de saúde como um todo. Os cuidadores, em especial, estão suscetíveis a elevados níveis de estresse, sobrecarga emocional e sintomas de ansiedade e depressão, o que compromete não apenas sua qualidade de vida, mas também a eficácia do cuidado prestado (Melo; Carvalho, 2025; Caparrol *et al.*, 2021).

O impacto da Doença de Alzheimer é ainda mais crítico em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde o acesso aos serviços de saúde e à informação qualificada é limitado. Muitos profissionais da saúde e cuidadores não estão devidamente preparados para lidar com as diferentes fases da doença, o que gera incertezas quanto às condutas e ao suporte adequado ao longo de sua evolução.

Além dos desafios clínicos e assistenciais, a doença impõe custos financeiros significativos ao Estado e à sociedade. De acordo com a literatura, o cuidado de pessoas com demência demanda uma rede de suporte complexa e contínua, incluindo intervenções multiprofissionais e ações de reabilitação funcional (Bernardo, 2018).

Estudos indicam ainda que a atuação de multidisciplinar pode contribuir para retardar

a progressão da perda de habilidades de desempenho e melhorar a regulação emocional dos pacientes (Bernardo, 2018).

A partir dessa realidade, foi instituída recentemente a Lei nº 14.878/2024, que cria a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências. Essa legislação estabelece diretrizes como a integração intersetorial, uso da medicina baseada em evidências, capacitação dos profissionais da atenção primária e garantia de acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas (Brasil, 2024).

Com base nesse cenário, caracterizar a Doença de Alzheimer no Brasil e descrever a evolução dos indicadores de morbidade e mortalidade associados à doença nos últimos anos decorrentes do envelhecimento populacional e do aumento dos casos de demência é fundamental.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares por Doença de Alzheimer no Brasil entre os anos de 2014 a 2024, com base nos dados públicos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), considerando variáveis sociodemográficas, clínicas e assistenciais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar a distribuição das internações e óbitos por Doença de Alzheimer segundo região geográfica, sexo, faixa etária e raça/cor;
- Avaliar a evolução temporal das internações hospitalares e dos óbitos por Alzheimer no período de 2014 a junho/2024;
- Analisar o caráter de atendimento (eletivo ou de urgência) das internações e sua relação com os desfechos clínicos;
- Verificar a média de permanência hospitalar segundo as variáveis sociodemográficas e assistenciais;
- Levantar possíveis desigualdades na assistência hospitalar à pessoa com Alzheimer no Brasil, com base na análise dos indicadores;
- Subsidiar a reflexão sobre a importância da vigilância epidemiológica e da implementação de políticas públicas voltadas à atenção integral à pessoa com demência.

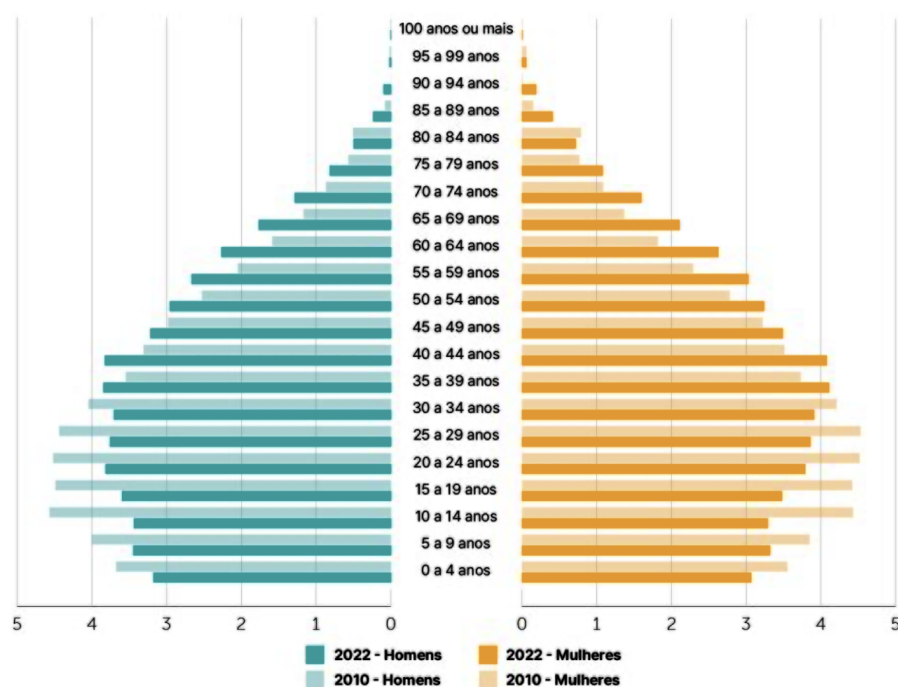
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O ENVELHECIMENTO

Para compreender o processo de envelhecimento, é essencial considerar os significados atribuídos historicamente a esse fenômeno tanto pela ciência quanto pela sociedade. O envelhecimento é um processo natural e inevitável da vida, marcado por transformações físicas e cognitivas, como cabelos brancos, rugas, diminuição da agilidade e lentidão nos movimentos. Atualmente designando pessoas com 60 anos ou mais, de acordo com critérios estabelecidos por políticas públicas e autoridades em saúde.

A senilidade está associada a um declínio progressivo nas capacidades biológicas e mentais do indivíduo. Segundo Simone de Beauvoir, esse estágio da vida deve ser compreendido como resultado de um processo que envolve o enfraquecimento das condições de subsistência da pessoa. A autora também entende que longevidade se refere ao aumento dos anos vividos, mas destaca que essa fase não se limita às perdas biológicas. Envolve, também, aspectos psicológicos, sociais e culturais, demonstrando que o envelhecimento afeta o ser humano em sua totalidade (Oliveira *et al.*, 2022).

Figura 1- Pirâmide etária. Censo 2010 x 2022.



Fonte: IBGE, 2023.

A imagem apresentada (Figura 1) retrata a pirâmide etária do Brasil com dados

comparativos entre os anos de 2010 e 2022, evidenciando transformações significativas no perfil demográfico do país. Observa-se um estreitamento da base da pirâmide, que representa a população jovem, e um alargamento do topo, indicando o aumento da proporção de idosos.

Esse padrão confirma o avanço do envelhecimento populacional, resultado da queda nas taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida. A presença mais expressiva de mulheres nas faixas etárias superiores, especialmente acima dos 70 anos, também é visível, refletindo a maior longevidade feminina. Essa mudança demográfica traz implicações importantes para as políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde, previdência e assistência social.

O aumento da expectativa de vida traz consigo maior incidência de doenças crônicas, com destaque para a Doença de Alzheimer, que se torna uma das principais causas de incapacidade funcional e dependência na velhice (Taveira; Cavalli, 2023).

O Brasil passa por uma transformação demográfica significativa, com projeções indicando que até 2050, o país terá mais de 2 bilhões de idosos, com predominância em países em desenvolvimento (Guimarães; Ribeiro; Silva, 2020). Este cenário implica em uma mudança na estrutura etária e nos padrões de morbimortalidade, exigindo adaptação das políticas públicas de saúde (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Com essa mudança demográfica, estima-se que, até 2030, o Brasil estará entre os cinco países com maior número de idosos no mundo (IBGE, 2021).

Do ponto de vista epidemiológico, a Doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência, representando entre 50% e 60% dos casos diagnosticados. Diante da ausência de cura e da progressão contínua do quadro clínico, projeta-se um aumento expressivo no número de pessoas sintomáticas. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a maior parte da população depende do Sistema Único de Saúde (SUS), esse cenário tende a gerar impactos significativos nos custos assistenciais e nas políticas públicas voltadas ao cuidado do idoso (Picon *et al.*, 2013).

No Brasil, o estudo da incidência e prevalência da Doença de Alzheimer é essencial diante do acelerado envelhecimento populacional. As estimativas indicam que a ocorrência da doença dobra a cada cinco anos após os 60 anos de idade, sendo que, entre pessoas com mais de 65 anos, a taxa de incidência é de aproximadamente 7,7 casos por mil indivíduos ao ano. Esses dados reforçam a necessidade de investimentos em políticas públicas voltadas ao

diagnóstico precoce e à atenção integral à pessoa idosa (Dantas; Dantas, 2015).

3.3 FISIOPATOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A Doença de Alzheimer foi descrita pela primeira vez por Alois Alzheimer em 1906, que observou casos de demência grave em pessoas mais jovens, com progressão rápida e presença de alterações no cérebro, como placas senis e emaranhados neurofibrilares. Posteriormente, notou-se que essas alterações também ocorriam em idosos, unificando as formas senil e pré-senil (Machado, 2016).

O processo se manifesta por meio da deterioração de funções cognitivas, dificuldade na realização de atividades cotidianas e surgimento de sintomas neuropsiquiátricos (Machado, 2016). A doença é marcada pelo acúmulo das proteínas beta-amiloide e tau, que causam perda sináptica e morte neuronal (Freire; Silva; Borin, 2022). Esses processos resultam em déficits progressivos de memória, linguagem, orientação espacial, comportamento e funcionalidade.

Outra alteração comum no processo de envelhecimento é a diminuição no número de células nervosas e das conexões entre elas, o que resulta em uma redução gradual do volume cerebral. Quando a Doença de Alzheimer é identificada precocemente, é possível desacelerar sua progressão e controlar melhor os sintomas, proporcionando uma melhor qualidade de vida tanto para o paciente quanto para seus familiares (Abraz, 2020).

A fisiopatologia da Doença de Alzheimer envolve mecanismos complexos, com destaque para a formação de placas senis compostas por depósitos extracelulares de peptídeo β -amiloide e emaranhados neurofibrilares intracelulares formados por proteína tau hiperfosforilada. Esses acúmulos contribuem para a neurodegeneração progressiva, principalmente no hipocampo e no córtex cerebral. Estudos apontam ainda a participação ativa da neuroinflamação, mediada por células da imunidade inata como micróglias e astrócitos, que se encontram ativadas nas regiões próximas às placas senis. Essas células liberam citocinas pró-inflamatórias, radicais livres e neurotoxinas, intensificando o processo inflamatório e contribuindo para a disfunção e morte neuronal (Machado; Carvalho; Sobrinho, 2020).

Além disso, a ativação de receptores de reconhecimento de padrões, como os receptores Toll-like (TLRs) e inflamassomos como o NLRP3, desempenha papel central na manutenção do estado inflamatório crônico no sistema nervoso central. Esses mecanismos, desencadeados por fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida, instauram um ciclo vicioso de lesão tecidual, peroxidação lipídica e acúmulo de proteínas neurotóxicas. Também

se observam alterações epigenéticas e redução da ação de neurotransmissores como a acetilcolina, reforçando a complexidade etiopatogênica da Doença de Alzheimer (Machado; Carvalho; Sobrinho, 2020).

3.4 INTERNAÇÕES HOSPITALARES E SEUS IMPACTOS SOCIAIS ECONÔMICOS

A Doença de Alzheimer, por ser uma condição neurodegenerativa crônica e progressiva, exige cuidados específicos que, devido à variedade de sintomas, tornam-se um desafio crescente para o poder público, instituições de saúde e profissionais.

A progressão da doença frequentemente resulta em internações por complicações decorrentes de falhas na assistência domiciliar, como higiene inadequada, alimentação desregulada e ausência de reabilitação funcional. Nessas situações, a permanência hospitalar costuma ser longa e com uso intensivo de recursos da equipe de saúde, gerando considerável impacto social e econômico dessas internações (Dantas; Dantas, 2015).

O impacto econômico da Doença de Alzheimer é observado em âmbito mundial. De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2017), o cuidado com as demências envolveu em 2015 US\$ 818 bilhões de dólares com serviços de saúde, assistência social e cuidados informais, equivalente a 1,1% do produto interno bruto (PIB) global. Estima-se que em 2030 esse custo alcance US\$ 2 trilhões, tendo impacto econômico global significativo para os serviços de saúde (WHO, 2017).

3.5 TRATAMENTO

O tratamento medicamentoso da Doença de Alzheimer tem como principal objetivo atenuar os sintomas clínicos e retardar a progressão do declínio cognitivo. Após o diagnóstico, a conduta terapêutica padrão envolve o uso de inibidores da enzima acetilcolinesterase em associação com a memantina. Essas substâncias atuam de forma complementar, contribuindo para reduzir o ritmo do envelhecimento celular e, com isso, retardar a evolução do quadro clínico (Carvalho; Magalhães; Pedroso, 2016).

Com base na teoria colinérgica, os inibidores da acetilcolinesterase são considerados a principal abordagem farmacológica no tratamento da Doença de Alzheimer. Esses medicamentos aumentam a disponibilidade de acetilcolina nas sinapses ao inibir a ação das enzimas acetilcolinesterase e butirilcolinesterase, promovendo melhorias na cognição, no comportamento e nas funções do cotidiano (Lima, 2018).

Por outro lado, a memantina está relacionada à teoria glutamatérgica e atua como antagonista não competitivo dos receptores NMDA, que são ativados por glutamato e aspartato. Sua função é regular a entrada de cálcio nos neurônios, permitindo a ativação fisiológica dos receptores envolvida na formação da memória, mas bloqueando a ativação patológica que poderia levar à neurotoxicidade. Essa ação ajuda a preservar a função neuronal e a evitar danos adicionais às células cerebrais (Carvalho; Magalhães; Pedroso, 2016).

3.6 POLÍTICAS NACIONAIS

A Lei nº 14.878/2024 institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências. Entre suas diretrizes estão a integração multissetorial, capacitação dos profissionais da atenção primária, uso de evidências científicas para protocolos clínicos, descentralização das ações e garantia de acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas (Brasil, 2024).

A promulgação da Lei nº 14.878/2024 representa um avanço significativo na formulação de políticas públicas voltadas às pessoas com Doença de Alzheimer e outras demências no Brasil. Ao instituir a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e outras Demências, a lei assegura uma abordagem multiprofissional, contínua e baseada em evidências científicas, que contempla desde a capacitação de profissionais da atenção primária até o acesso descentralizado a tecnologias diagnósticas e terapêuticas.

Além disso, promove a integração multissetorial das ações de saúde, assistência social e direitos humanos, buscando garantir não apenas o tratamento clínico, mas também o suporte psicossocial ao paciente e seus cuidadores. Essa iniciativa é especialmente relevante diante do envelhecimento populacional e do impacto crescente da doença na estrutura socioeconômica do país.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, quantitativo e retrospectivo.

4.2 FONTE DE DADOS

Os pesquisadores utilizaram dados públicos coletados e salvos a partir do sistema DataSUS. A coleta foi realizada por meio da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), acessando as abas: “Informações de Saúde (TABNET)”, “Epidemiológicas e Morbidade”, “Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)”, “Geral, por local de residência – a partir de 2014”. A abrangência geográfica selecionada incluiu “Brasil por municípios” e “Brasil por Região e Unidade da Federação”. Foram considerados os anos de 2014 a 2024, restringindo-se à “Lista de Morb CID-10”, com ênfase na “Doença de Alzheimer”, correspondente ao código CID G30.

Foram utilizadas as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, cor/raça, ano de atendimento, capitais (quando selecionado “Brasil por municípios”), região (quando selecionado “Brasil por Região e Unidade da Federação”), número de internações, óbitos e taxa de mortalidade.

4.3 POPULAÇÃO ANALISADA

A população aqui analisada trata-se dos indivíduos de todas as faixas etárias, onde foram internados por conta de complicações secundárias à doença de Alzheimer em hospitais vinculados ao SUS, no Brasil, no intervalo temporal entre janeiro de 2014 e junho de 2024. O recorte até junho de 2024 se deve à indisponibilidade de dados consolidados para os meses subsequentes, uma vez que os sistemas de notificação e registros oficiais ainda não finalizaram a compilação completa do ano em curso.

4.4 VARIÁVEIS E INDICADORES

As seguintes variáveis foram analisadas, usando como conteúdo internações:

- Região
- Caráter de atendimento
- Sexo
- Cor/raça
- Faixa etária

4.5 PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados foram coletados pelo serviço do Ministério da Saúde TABNET, entre os meses abril e maio de 2025. Após a coleta, as tabelas adquiridas foram transferidas para o *software Microsoft Excel* para uma análise individualizada e precisa das informações fornecidas, onde o mesmo programa foi utilizado para os devidos cálculos matemáticos necessários.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Pelo caráter da pesquisa, tanto por conta do desenho, quanto por lançar mão de dados disponíveis para a população geral, o presente projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa local. Entretanto, os autores afirmam fazer uso de maneira ética dos dados aqui utilizados de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) N° 580, de 22 de março de 2018.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

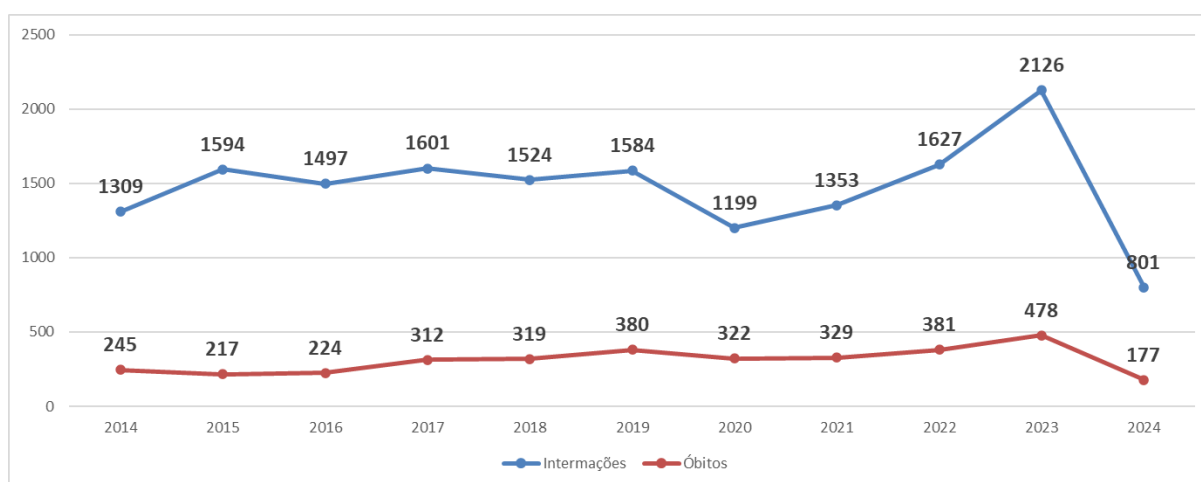
A análise dos dados epidemiológicos relacionados à Doença de Alzheimer no Brasil permite compreender não apenas a magnitude do problema, mas também suas múltiplas implicações para o sistema de saúde e para a população idosa.

O envelhecimento acelerado da população brasileira tem contribuído diretamente para o aumento das internações e da mortalidade associadas às demências, em especial à Doença de Alzheimer, cuja evolução clínica exige acompanhamento contínuo e, muitas vezes, cuidados hospitalares intensivos. Diante desse cenário, os indicadores hospitalares se configuram como importantes ferramentas para a formulação de políticas públicas, planejamento da atenção especializada e monitoramento das desigualdades regionais.

A seguir, são apresentados e discutidos os principais achados quantitativos do presente estudo, com ênfase nas variações de internação e óbito segundo variáveis sociodemográficas, geográficas e assistenciais.

Na Figura 1 ilustra-se a evolução temporal das internações e óbitos por Doença de Alzheimer no Brasil entre os anos de 2014 e 2024. Observa-se uma tendência de relativa estabilidade no número de internações entre 2014 e 2019, seguida por uma redução significativa em 2020 ($n = 1.199$), provavelmente em decorrência do impacto da pandemia de COVID-19, que limitou o acesso aos serviços de saúde e redirecionou os recursos hospitalares para o enfrentamento da emergência sanitária.

Figura 1 – Evolução das Internações e Óbitos por Alzheimer no Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

A partir de 2021, verifica-se uma recuperação progressiva das internações, com um pico em 2023 ($n = 2.126$), o que pode refletir o retorno gradual à normalidade assistencial e o

atendimento à demanda reprimida dos anos anteriores. Em 2024, nota-se uma queda acentuada no número de internações (n = 801), valor que deve ser interpretado com cautela, uma vez que os dados se referem apenas ao primeiro semestre do ano.

Com relação aos óbitos, a série histórica mostra uma tendência moderadamente crescente, com números mais elevados a partir de 2017 e pico em 2023 (n = 478), acompanhando parcialmente a tendência das internações. A queda observada em 2024 (n = 177) também pode estar relacionada à limitação temporal dos dados disponíveis até junho. Esses resultados demonstram a sensibilidade dos indicadores hospitalares às variações conjunturais e reforçam a necessidade de monitoramento contínuo para subsidiar ações de cuidado e planejamento em saúde pública voltadas à população idosa com demência.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das internações hospitalares por Doença de Alzheimer no Brasil, segundo regiões geográficas. A Região Sudeste concentra o maior número de internações (n = 8.518), representando mais da metade do total nacional (52,5%). Essa predominância é compatível com o fato de o Sudeste ser a região mais populosa do país, além de dispor de maior número de estabelecimentos hospitalares e serviços especializados em neurologia e geriatria.

Destaca-se ainda que a média de permanência hospitalar na Região Sudeste (28,3 dias) é consideravelmente superior à observada nas demais regiões, o que pode refletir tanto a maior complexidade dos casos atendidos quanto a disponibilidade de leitos e infraestrutura para cuidados prolongados. Em contrapartida, as Regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as menores médias de permanência (7,3 e 10,8 dias, respectivamente), sugerindo possíveis limitações no tempo de assistência ou dificuldades na continuidade do cuidado.

Tabela 1 - Alzheimer - Ocorrência de Internações Hospitalares por Região

Região	Internações	Média Permanência (em dias)	Óbitos
Norte	510	7,3	63
Nordeste	2316	20,7	383
Sudeste	8518	28,3	2041
Sul	3911	12,1	680
Centro-Oeste	960	10,8	217
Total	16215	21,6	3384

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2025)

Quanto à mortalidade, a Região Sudeste também lidera em números absolutos de óbitos (n = 2.041), seguida pelas regiões Sul (n = 680) e Nordeste (n = 383). No entanto, quando se considera a razão entre óbitos e internações, observa-se que regiões como Centro-Oeste (22,6%) e Nordeste (16,5%) possuem taxas de mortalidade proporcionalmente

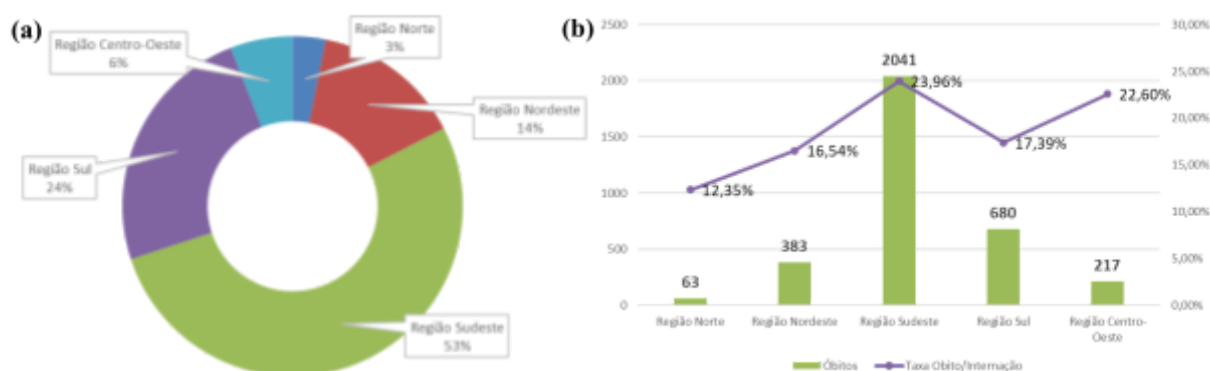
elevadas, o que levanta hipóteses sobre desigualdades regionais em relação ao acesso oportuno, qualidade da atenção hospitalar e disponibilidade de suporte especializado.

Essas diferenças regionais indicam a necessidade de análises mais aprofundadas que considerem fatores contextuais, como cobertura da atenção primária, capacidade instalada dos serviços, indicadores socioeconômicos e estratégias regionais de cuidado às pessoas com demência. A compreensão dessas variáveis é essencial para subsidiar políticas públicas voltadas à equidade e integralidade da atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Figura 3(a) apresenta a distribuição proporcional das internações hospitalares por região do Brasil no período analisado. Observa-se que a Região Sudeste concentra mais da metade das internações (53%), seguida pelas regiões Sul (24%), Nordeste (14%), Centro-Oeste (6%) e Norte (3%). Essa distribuição pode refletir, entre outros fatores, a maior densidade populacional, disponibilidade de serviços especializados e estrutura hospitalar mais consolidada nas regiões Sudeste e Sul do país.

A Figura 3(b) demonstra que, embora a Região Sudeste apresente o maior número absoluto de óbitos, o que é condizente com sua maior quantidade de internações e também com a maior população residente, observa-se que outras regiões, como o Centro-Oeste (22,6%) e Nordeste (16,5%), apresentam taxas de óbito por internação proporcionalmente elevadas. Tais variações podem refletir diferenças no perfil de gravidade dos casos atendidos, na distribuição de recursos assistenciais, e nas condições de acesso e resolutividade dos serviços de saúde. Contudo, para afirmar a existência de desigualdades estruturais, seriam necessárias análises adicionais ajustadas por população, capacidade instalada e cobertura dos sistemas de saúde regionais.

Figura 3- Internações por Região e Indicadores de Mortalidade Hospitalar em Alzheimer – (a) Percentual de Participação e (b) Número Absoluto de Óbitos e Percentual de Óbitos em Relação a Internação.



Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

A Tabela 2 evidencia a distribuição das internações hospitalares por Doença de Alzheimer de acordo com o caráter de atendimento. Observa-se que a maioria das internações ocorreu em regime de urgência ($n = 12.860$), representando aproximadamente 79,3% do total. Em contrapartida, apenas 20,7% ($n = 3.355$) dos atendimentos foram classificados como eletivos. Essa predominância de internações urgentes sugere que, em muitos casos, os episódios clínicos relacionados à Doença de Alzheimer demandam intervenções hospitalares não programadas, o que pode refletir tanto a evolução imprevisível da doença quanto a insuficiência de suporte ambulatorial contínuo (Silva *et al.*, 2023).

Tabela 2 – Internações Hospitalares por Doença de Alzheimer segundo o Caráter de Atendimento.

Caráter de Atendimento	Internações	Média Permanência (em dias)	Óbitos
Eletivo	3355	53	752
Urgência	12860	13,5	2632
Total	16215	21,6	3384

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2025)

A média de permanência também apresentou variação significativa conforme o caráter de atendimento. Internações eletivas tiveram tempo médio de 53 dias, contrastando com os 13,5 dias observados nos atendimentos de urgência. Essa diferença pode indicar que as internações programadas estejam associadas a cuidados prolongados, reabilitação funcional ou manejo de condições crônicas associadas à demência (Brasil, 2023). Já o caráter de urgência, geralmente ligado a quadros agudos, reflete maior rotatividade hospitalar, mas com maior risco de desfechos adversos.

No que se refere aos óbitos, embora as internações por urgência tenham concentrado o maior número absoluto de mortes ($n = 2.632$), a taxa de letalidade também é mais expressiva nesse grupo, sugerindo que os pacientes admitidos em situações de urgência apresentam maior fragilidade clínica, condição também observada em estudos sobre hospitalizações evitáveis em idosos com demência (Silva *et al.*, 2023).

Esses achados destacam a relevância de estratégias de atenção integral, com ênfase na atenção primária à saúde, no acompanhamento sistemático e na construção de linhas de cuidado voltadas às demências, como preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006) e, mais recentemente, pela Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências (Brasil, 2024).

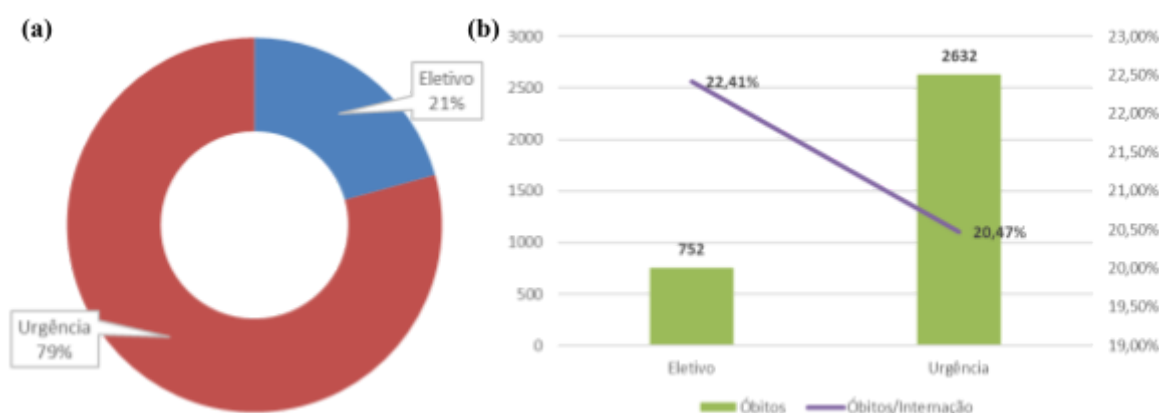
As Figuras 4(a) e 4(b) apresentam, respectivamente, a proporção de internações

hospitalares por Doença de Alzheimer segundo o caráter do atendimento (eletivo ou de urgência) e a relação entre número absoluto de óbitos e taxa de óbito por internação conforme o tipo de atendimento.

Na Figura 4(a), observa-se que 79% das internações ocorreram por urgência, enquanto apenas 21% foram classificadas como eletivas. Esse padrão sugere uma predominância de hospitalizações não programadas, o que pode indicar fragilidades na rede de atenção ambulatorial e no acompanhamento longitudinal das pessoas com demência. O baixo percentual de internações eletivas pode refletir a limitada articulação entre os serviços de atenção primária e especializada no manejo antecipado das complicações associadas à Doença de Alzheimer, conforme já apontado em estudos sobre a fragmentação do cuidado à pessoa idosa (Brasil, 2023).

A Figura 4(b) complementa essa análise ao demonstrar o número de óbitos absolutos (barras) e a taxa de mortalidade hospitalar (linha) por tipo de atendimento. Embora a maior parte dos óbitos tenha ocorrido entre os pacientes internados por urgência ($n = 2.632$), a taxa de letalidade foi ligeiramente mais elevada nas internações eletivas (22,41%) em comparação às de urgência (20,47%). Esse dado é relevante, pois sinaliza que as internações programadas, apesar de numericamente menores, podem envolver casos clínicos de maior complexidade e fragilidade, frequentemente associados à fase avançada da doença e à necessidade de cuidados prolongados, como os cuidados paliativos (Brasil, 2023).

Figura 4- Internações por Caráter de Atendimento e Indicadores de Mortalidade Hospitalar em Alzheimer – (a) Percentual de Participação e (b) Número Absoluto de Óbitos e Percentual de Óbitos em Relação a Internação



Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

Essas evidências reforçam a importância de estratégias de cuidado contínuo e integral

para pessoas com demência, com ênfase na detecção precoce, prevenção de descompensações clínicas e fortalecimento das redes de atenção domiciliar e paliativa, conforme preconiza a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências (Brasil, 2024).

Na Tabela 3 observa-se a distribuição temporal dos atendimentos (eletivos e de urgência) às pessoas com Doença de Alzheimer, assim como os dados temporais de óbitos nestes atendimentos no período.

Tabela 3 – Internações Hospitalares por Doença de Alzheimer segundo o Caráter de Atendimento – Evolução Temporal.

Caráter de Atendimento	Internações		Óbitos	
	Eletivo	Urgência	Eletivo	Urgência
2014	3355	53	82	163
2015	405	1189	44	173
2016	356	1141	63	161
2017	338	1263	58	254
2018	292	1232	51	268
2019	279	1305	73	307
2020	143	1056	57	265
2021	232	1121	62	267
2022	352	1275	87	294
2023	581	1545	137	341
2024	192	609	38	139
Total	3355	12860	752	2632
Total Geral		16215		3384

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2025)

Ao longo do período analisado (Tabela 3), os atendimentos por urgência mantiveram-se relativamente estáveis entre 2014 e 2019, com uma leve tendência de crescimento (de 1.124 para 1.305 internações). A partir de 2020, houve uma redução expressiva no número de atendimentos urgentes, atingindo o menor valor em 2024 (n = 609), o que pode ser atribuído tanto ao impacto da pandemia de COVID-19 quanto à limitação dos dados de 2024, que abrangem apenas o primeiro semestre. Apesar dessa redução recente, os valores se mantiveram acima dos 1.000 casos anuais entre 2014 e 2023, refletindo o padrão recorrente de descompensações clínicas agudas que demandam hospitalizações imediatas entre pacientes com Doença de Alzheimer.

Em relação aos atendimentos eletivos, os dados mostram variações mais acentuadas ao longo dos anos. Após um crescimento significativo entre 2014 e 2015 (de 185 para 405 internações), observou-se certa instabilidade, com leve queda nos anos seguintes e novo aumento progressivo a partir de 2021, atingindo o pico em 2023 (n = 581). Essa oscilação

pode estar associada à reorganização da rede assistencial, à ampliação dos serviços de atenção especializada e à retomada dos atendimentos programados que foram suspensos ou postergados durante o período mais crítico da pandemia.

Os óbitos seguem a mesma tendência, sendo proporcionalmente maiores entre os atendimentos de urgência (2632/3384, ou 77,8%). Ainda que o número de óbitos em atendimentos eletivos tenha aumentado nos últimos anos (especialmente entre 2022 e 2023), isso pode refletir o perfil clínico mais avançado dos pacientes atendidos de forma programada, que possivelmente já se encontravam em estágios terminais da doença, em cuidados paliativos ou com múltiplas comorbidades.

Portanto, a análise histórica evidencia que o caráter de urgência predomina nos atendimentos por Alzheimer ao longo do tempo, sendo um indicativo da elevada demanda espontânea e da possível fragilidade da linha de cuidado longitudinal para pacientes com demência. A tendência de crescimento dos atendimentos eletivos nos anos mais recentes, por sua vez, pode sinalizar avanços na estruturação do cuidado programado e no acesso a serviços especializados.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das internações hospitalares por Doença de Alzheimer segundo o sexo. Verifica-se que o número de internações entre mulheres ($n = 10.574$) foi significativamente superior ao dos homens ($n = 5.641$), correspondendo a aproximadamente 65% e 35% do total, respectivamente. Esse predomínio feminino pode ser explicado pela maior expectativa de vida entre as mulheres, o que aumenta a probabilidade de envelhecimento avançado — principal fator de risco para o desenvolvimento de demências (IBGE, 2021). A média de permanência hospitalar foi semelhante entre os sexos, sendo ligeiramente maior no grupo masculino (22 dias) em comparação ao feminino (21,5 dias).

Tabela 4 – Internações Hospitalares por Doença de Alzheimer segundo o Sexo.

Sexo	Internações	Média Permanência (em dias)	Óbitos
Masculino	5641	22	1184
Feminino	10574	21,5	2200
Total	16215	21,6	3384

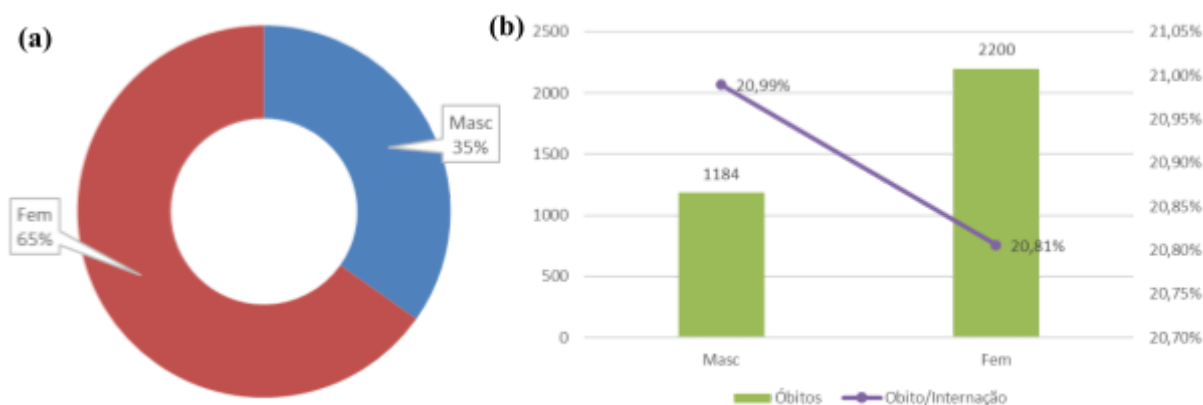
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2025)

As Figuras 5(a) e 5(b) ilustram, respectivamente, a proporção de internações por sexo e a relação entre número de óbitos e taxa de mortalidade hospitalar. Embora o número absoluto de óbitos tenha sido mais elevado entre as mulheres ($n = 2.200$), esse dado acompanha diretamente o maior volume de internações femininas.

A taxa de óbitos por internação, no entanto, foi ligeiramente superior no grupo masculino (21,0%) em comparação ao feminino (20,8%), indicando que, proporcionalmente, os homens hospitalizados por Alzheimer apresentaram maior risco de desfecho letal. Tal diferença pode estar relacionada a fatores clínicos, como o maior grau de comorbidades associadas e menor procura por atendimento precoce entre os homens idosos, aspectos frequentemente descritos na literatura sobre saúde do idoso.

Esses achados evidenciam a importância de estratégias diferenciadas de cuidado conforme o perfil sociodemográfico, com ações específicas voltadas à prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo da população idosa, em especial das mulheres, que representam o maior contingente de indivíduos afetados pela Doença de Alzheimer.

Figura 5- Internações por Sexo e Indicadores de Mortalidade Hospitalar em Alzheimer – (a) Percentual de Participação e (b) Número Absoluto de Óbitos e Percentual de Óbitos em Relação a Internação



Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

Na Tabela 5 apresenta-se a distribuição das internações hospitalares por Doença de Alzheimer segundo a variável cor/raça. Observa-se que a maior parte das internações foi registrada entre pessoas autodeclaradas brancas ($n = 7.934$; 49%), seguidas pelas pessoas pardas ($n = 3.805$; 24%) e aquelas sem informação de cor/raça ($n = 3.607$; 22%). Indivíduos pretos representaram 4% das internações, enquanto os de cor amarela corresponderam a apenas 1%. A categoria indígena registrou o menor número absoluto, com apenas quatro internações. Esses dados refletem, em parte, a composição étnico-racial da população idosa brasileira, mas também podem indicar limitações no preenchimento e na qualidade das informações registradas nos sistemas oficiais de saúde.

Tabela 5 - Alzheimer - Ocorrência de Internações Hospitalares por Raça/Cor

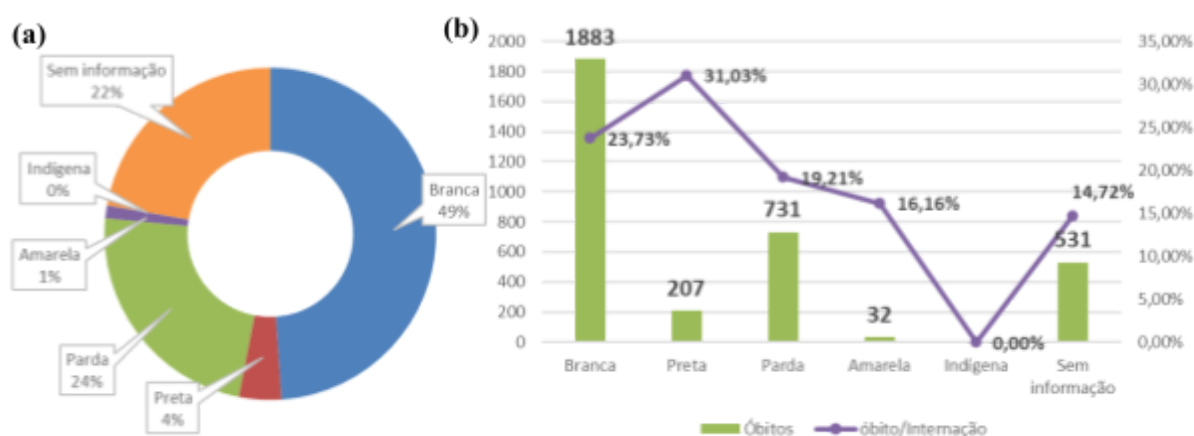
Cor/Raça	Internações	Média Permanência (em dias)	Óbitos
Branca	7934	24,1	1883
Preta	667	47,6	207
Parda	3805	19,3	731
Amarela	198	15,9	32
Indígena	4	12,3	0
Sem Informação	3607	14,3	531
Total	16215	21,6	3384

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2025)

A média de permanência hospitalar apresentou grande variação entre os grupos. Destaca-se o grupo preto, com a maior média (47,6 dias), seguido pelas pessoas brancas (24,1 dias) e pardas (19,3 dias). Essa diferença pode refletir desigualdades na gravidade dos casos atendidos, no acesso precoce aos serviços de saúde ou mesmo na resolutividade da atenção hospitalar, sendo necessário considerar contextos socioeconômicos e estruturais que historicamente afetam a população negra no Brasil.

As Figuras 6(a) e 6(b) ilustram, respectivamente, a participação proporcional de cada grupo de cor/raça nas internações por Alzheimer e os números absolutos de óbitos com suas respectivas taxas de mortalidade hospitalar.

Figura 6- Internações por Raça/Cor e Indicadores de Mortalidade Hospitalar em Alzheimer – (a) Percentual de Participação e (b) Número Absoluto de Óbitos e Percentual de Óbitos em Relação a Internação



Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

Embora a população branca concentre o maior número de internações e óbitos ($n = 1.883$), observa-se que o grupo preto apresenta a maior taxa de óbito por internação (31,0%), seguido por indígenas (0%, mas com n muito reduzido), pardos (19,2%) e brancos (23,7%).

Essa disparidade sugere que, além da menor frequência de internações entre pessoas negras, os casos que chegam ao ambiente hospitalar podem estar em estágio mais avançado da doença ou associados a barreiras anteriores no acesso ao cuidado.

O elevado percentual de registros com cor/raça “sem informação” (22% das internações e 15% dos óbitos) compromete a completude da análise e revela uma fragilidade nos sistemas de informação em saúde. O preenchimento inadequado desse campo dificulta a visibilidade das desigualdades raciais e limita a formulação de políticas públicas efetivas e equitativas. Assim, os dados reforçam a necessidade de aprimoramento dos registros clínicos e da vigilância epidemiológica, bem como o fortalecimento de estratégias de equidade no cuidado às populações vulneráveis.

Na Tabela 6 evidencia-se a distribuição das internações hospitalares por Doença de Alzheimer segundo faixa etária. Os dados apontam uma expressiva concentração de internações nas faixas etárias mais elevadas, especialmente entre indivíduos com 70 a 79 anos ($n = 4.669$) e, principalmente, entre aqueles com 80 anos ou mais ($n = 9.465$), que juntos somam aproximadamente 86,6% do total de internações registradas no período analisado. Este achado está em consonância com a natureza progressiva da Doença de Alzheimer, cuja incidência aumenta significativamente com o avanço da idade, especialmente após os 65 anos, conforme amplamente documentado na literatura especializada.

Tabela 6 - Alzheimer - Ocorrência de Internações Hospitalares por Faixa Etária

Faixa Etária	Internações	Média Permanência (em dias)	Óbitos
Menor 1 ano	11	14,2	3
1 a 4 anos	5	3,4	1
5 a 9 anos	3	12,3	0
10 a 14 anos	6	8,7	0
15 a 19 anos	16	12,8	0
20 a 29 anos	34	11,1	1
30 a 39 anos	48	14,1	7
40 a 49 anos	80	32,8	4
50 a 59 anos	359	32,5	30
60 a 69 anos	1519	25,5	212
70 a 79 anos	4669	21,5	798
80 anos ou mais	9465	20,7	2328
Total	16215	21,6	3384

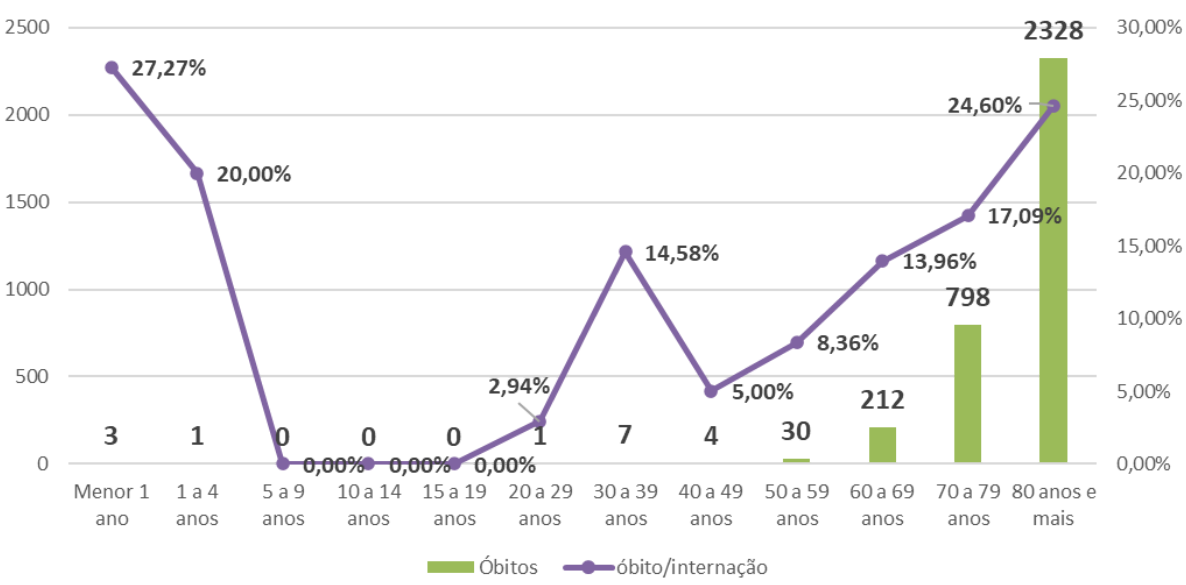
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2025)

A média de permanência hospitalar nas faixas etárias mais avançadas manteve-se elevada, variando entre 20,7 e 21,5 dias, indicando a complexidade clínica dos casos e a necessidade de maior tempo de internação para manejo das complicações associadas à

doença. Em contrapartida, as faixas etárias inferiores apresentaram números residuais de internação e óbito, o que era esperado, dado o caráter tipicamente senil da doença.

A Figura 7 ilustra os números absolutos de óbitos por faixa etária, acompanhados da taxa de mortalidade hospitalar (óbitos/internações). Nota-se que, embora os maiores números de óbito sejam observados nos grupos com 70 anos ou mais (798 óbitos entre 70-79 anos e 2.328 óbitos entre 80 anos ou mais), as taxas de mortalidade mais elevadas se concentram nos extremos da curva: em menores de 1 ano (27,3%) e idosos com 80 anos ou mais (24,6%). Este padrão pode estar associado à maior vulnerabilidade clínica desses grupos — os primeiros por fragilidade imunológica e diagnósticos diferenciais mal definidos, e os últimos pelo estágio avançado da demência e presença de múltiplas comorbidades.

Figura 7- Indicadores de Mortalidade Hospitalar em Alzheimer por Faixa Etária (Número Absoluto de Óbitos e Percentual de Óbitos em Relação a Internação).



Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

Os achados reforçam o papel central da faixa etária como fator

determinante no perfil epidemiológico da Doença de Alzheimer e na gravidade dos desfechos hospitalares, além de sinalizar a importância de ações específicas para a população idosa mais longeva, tanto em nível preventivo quanto assistência.

Diante dos dados apresentados, evidencia-se que a Doença de Alzheimer se configura como um importante problema de saúde pública no Brasil, com impacto crescente sobre o sistema hospitalar, especialmente entre a população idosa mais longeva.

As análises revelaram desigualdades regionais e sociodemográficas no padrão de internações e óbitos, além de uma predominância de atendimentos de urgência, o que sugere fragilidades na atenção continuada e na prevenção de descompensações clínicas. A

distribuição dos indicadores segundo sexo, faixa etária, raça/cor e caráter do atendimento permite compreender melhor os perfis mais vulneráveis e as lacunas assistenciais existentes.

Tais achados reforçam a urgência de fortalecimento das redes de cuidado longitudinal, ampliação da atenção domiciliar e efetiva implementação da Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências. A continuidade da vigilância epidemiológica e a qualificação dos registros em saúde também se mostram essenciais para subsidiar ações mais equitativas e resolutivas no enfrentamento dessa condição.

6 CONCLUSÃO

A Doença de Alzheimer representa um dos maiores desafios de saúde pública contemporâneos diante do crescente envelhecimento populacional brasileiro. Os dados analisados ao longo deste estudo evidenciam um aumento expressivo nas internações e óbitos relacionados à doença, especialmente nas faixas etárias mais avançadas, revelando o impacto clínico e assistencial da condição sobre o sistema hospitalar do país.

A predominância de atendimentos por urgência, em detrimento dos eletivos, sinaliza fragilidades na atenção ambulatorial e na capacidade do sistema de saúde em realizar o acompanhamento contínuo e antecipado dos pacientes com demência. A análise por região, sexo, faixa etária e raça/cor também revelou desigualdades importantes no acesso e na qualidade do cuidado prestado, sugerindo a necessidade de políticas públicas direcionadas à equidade e à integralidade da atenção.

O perfil epidemiológico traçado neste estudo reafirma a importância de estratégias intersetoriais para o enfrentamento da Doença de Alzheimer, incluindo o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a ampliação dos serviços de cuidados paliativos, a capacitação de profissionais da enfermagem e a implementação efetiva da Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências, instituída pela Lei nº 14.878/2024.

Conclui-se que, diante da natureza progressiva e multifatorial da doença, é fundamental promover ações preventivas, educativas e assistenciais que contemplem não apenas o paciente, mas também sua rede de apoio e cuidadores. A atuação da enfermagem, nesse contexto, é estratégica, tanto na vigilância epidemiológica quanto na humanização do cuidado, contribuindo para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos e para a sustentabilidade do sistema de saúde.

O cuidado ao paciente com demência exige sensibilidade, conhecimento técnico e compromisso ético. O enfermeiro ocupa uma posição estratégica nesse processo, sendo um elo entre o paciente, a família e os demais profissionais da equipe de saúde. Seu papel vai muito além da execução de técnicas, envolve um olhar atento à dignidade humana, ao sofrimento e às potencialidades que ainda existem em cada pessoa, mesmo diante de uma condição degenerativa. Nos cuidados paliativos voltados à essa doença, a enfermagem atua no alívio de sintomas como dor, agitação, ansiedade e dificuldades respiratórias, além de garantir um ambiente calmo, seguro e acolhedor. Também se dedica às necessidades emocionais e espirituais do paciente, respeitando sua história de vida e promovendo momentos de

serenidade e conforto. Paralelamente, oferece apoio constante à família, orientando sobre o processo de terminalidade e acolhendo suas angústias com empatia e compreensão. Nesse contexto, mais do que tratar, o cuidar se transforma em um ato profundo de presença, escuta e amor, preservando a dignidade e a humanidade do paciente até o fim.

Entre as principais limitações, destacamos a ausência de dados clínicos específicos nos bancos do DATASUS, a impossibilidade de inferir causalidade pelo tipo de estudo ecológico, e a subnotificação de variáveis como raça/cor.

REFERÊNCIAS

- ABRAZ- Associação Brasileira De Alzheimer. Sobre Alzheimer. Brasil: ABRAZ; 2020. Disponível em: ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer.
- BERNARDO, L. D. Idosos com Doença de Alzheimer: uma revisão sistemática sobre a intervenção da Terapia Ocupacional nas alterações em habilidades de desempenho. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 926-942, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1066>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Lei nº 14.878, de 4 de junho de 2024. **Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências**. Diário Oficial da União: *seção 1*, Brasília, DF, 5 jun. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-14.878-de-4-de-junho-de-2024-563681727>. Acesso em: 25 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Manual de Cuidados Paliativos – 2ª Edição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>. Acesso em: 25 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 25 maio 2025.
- CARVALHO, Pedro D. P.; MAGALHÃES, Carla M. C.; PEDROSO, João D. S. Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional Ltda, v. 65, p. 334–339, 2016.
- CAPARROL, A. J. S.; MARTINS, G.; BARBOSA, G. C.; GRATÃO, A. C. M. Efeitos de uma intervenção psicoeducativa com enfoque em treino cognitivo em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 29, e2886, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2181>.
- DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira; DANTAS, Davidson Cruz de Oliveira. Interações por Doença de Alzheimer: panorama brasileiro. **Anais do Congresso Internacional de Envelhecimento Humano – CIEH**, v. 2, n. 1, 2015. ISSN 2318-0854.
- FREIRE, Débora S.; SILVA, Ana S.; BORIN, Fabiana Y. Y. A fisiopatologia da doença de Alzheimer. **Revista Terra & Cultura, Londrina**, v. 38, n. especial, p. 237-240, 2022.
- GUIMARÃES, Tereza M. R.; RIBEIRO, José M.; SILVA, João P. Assistência de enfermagem aos pacientes com Doença de Alzheimer em cuidados paliativos: revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. Sup. n. 38, p. 1-10, 2020.

GONÇALVES, I. M.; BACHA, M. S.; MICHELS, C.; LARA, R. T.; DELLA SILVA, A. P.; KELLER, G. S.; MADEIRA, K. Perfil epidemiológico dos idosos com Alzheimer atendidos no ambulatório de geriatria da UNESC nos anos de 2016 e 2017. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 65, n. 2, 2021.

IBGE -Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional sobre a população idosa, Rio de Janeiro, (BR): IBGE; 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2022-07/contingente-de-idosos-residentes-no-brasil-aumenta-398-em-9-anos>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pirâmide etária*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>. Acesso em: 25 maio 2025.

LIMA, Daniele A. Tratamento farmacológico da Doença de Alzheimer. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2018.

MACHADO, J.C.B. **Doença de Alzheimer**. In: FREITAS, E.V.; PY, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, cap.22, p. 240-6, 2016.

MACHADO, Annelisa Pimentel Rezende; CARVALHO, Izabella Oliveira; SOBRINHO, Hermínio Maurício da Rocha. Neuroinflamação na doença de Alzheimer. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, v. 6, n. 14, p. 30–38, 2020. DOI: 10.36414/rbmc.v6i14.33.

MELO, M. H. A.; CARVALHO, E. K. M. A. O impacto da Doença de Alzheimer na saúde mental do cuidador. **Bioethics Archives, Management and Health**, v. 5, n. 2, p. 66-80, 2025.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

NASCIMENTO JUNIOR, Á. M.; SOUSA, A. A.; PEDROSA, E. M.; SOUSA, D. A. Doença de Alzheimer no Distrito Federal e Brasil: reflexos do envelhecimento populacional e da pandemia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 1, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e14634.2024>.

OLIVEIRA, V. F.; BRAGAGNOLLO, A. C.; KARKOW, E. S.; SILVA, J. L. Representações sociais da velhice e envelhecimento nos discursos de discentes de graduação em enfermagem. **Revista Interdisciplinar Ciência e Sociedade**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 14–30, 2022.

PICON, Pedro; GADELHA, Marcos; ALEXANDRE, Raquel; COSTA, André; CHAVES, Maria; KRUG, Beatriz; BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Doença de Alzheimer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 82 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

SILVA, T. M. D. *et al.* Internação hospitalar de idosos por Doença de Alzheimer no Brasil e custo associado: estudo ecológico. *Saúde e Pesquisa*, v. 16, n. 2, e11397, 2023. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/b3bfc>. Acesso em: 25 maio 2025.

TAVEIRA, Andressa B. R.; CAVALLI, Luciana O. Análise comparativa do perfil epidemiológico de internamentos hospitalares de pacientes com doença de Alzheimer entre as macrorregiões do estado do Paraná. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 11, p. 3279-3282, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272643/WHO-MSD-MER-18.2-eng.pdf>.