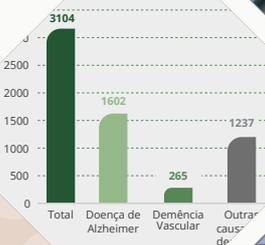


Relatório Nacional sobre a Demência:

Epidemiologia,
(re)conhecimento
e projeções futuras



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral

Relatório Nacional sobre a Demência:

Epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras



Brasília – DF
2024

2024 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Integral

Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Esplanada dos Ministérios, Bloco O, Edifício Sede,

8º andar - Brasília, DF, 70052900

Telefone: (61) 3315-9138

Site: <https://aps.saude.gov.br/>

E-mail: dgci@saude.gov.br

Coordenação:

Cleusa Pinheiro Ferri – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Comitê consultivo:

Claudia K. Suemoto – Universidade de São Paulo (USP)

Cleusa Pinheiro Ferri – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Jerson Laks – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Paulo Caramelli – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Ricardo Nitrini – Universidade de São Paulo (USP)

Sonia M. D. Brucki – Universidade de São Paulo (USP)

Elaboração de texto:

Andrew Miguel (Subdiagnóstico)

Carolina Godoy (Estigma)

Claudia K. Suemoto (Prevalência e Incidência: o que já sabemos; Prevalência e Incidência: Consenso Delphi; Mortalidade; Fatores de Risco; Subdiagnóstico; Estigma)

Cleusa Pinheiro Ferri (Prevalência e Incidência: o que já sabemos; Prevalência e Incidência: Consenso Delphi; Mortalidade; Fatores de Risco; Subdiagnóstico; Estigma)

Deborah Oliveira (Estigma)

Jerson Laks (Prevalência e Incidência: o que já sabemos; Prevalência e Incidência: Consenso Delphi; Mortalidade; Fatores de Risco; Subdiagnóstico; Estigma)

Marcia Novelli (Estigma)

Márlon J. R. Aliberti (Prevalência e Incidência: Consenso Delphi)

Matheus Barbosa (Prevalência e Incidência: o que já sabemos; Subdiagnóstico)

Paulo Caramelli (Prevalência e Incidência: o que já sabemos; Prevalência e Incidência: Consenso Delphi; Mortalidade; Fatores de Risco; Subdiagnóstico; Estigma)

Ricardo Nitrini (Prevalência e Incidência: o que já sabemos; Prevalência e Incidência: Consenso Delphi; Mortalidade; Fatores de Risco; Subdiagnóstico; Estigma)

Sergio Blay (Estigma)

Sonia M. D. Brucki (Prevalência e Incidência: o que já sabemos; Prevalência e Incidência: Consenso Delphi; Mortalidade)

Wendell Lima Rabelo (Mortalidade)

Colaboração:

Barbara Bulhões Lopes de Andrade

Carolina de Oliveira Ávila

Eliane da Costa Assis

Francisco Norberto Moreira da Silva

Grace Fátima Souza Rosa

Izabella Lobato Menezes

José Maria Viana dos Santos

Juliana Nunes de Almeida Costa

Lígia Iasmine Pereira dos Santos Gualberto

Marcelo Galvão da Silva

Maria de Fátima Guimarães

Marília Barrouin Souza

Mario Henrique Kato

Rachel Bedatt Silva

Rayanne Tavares Araújo

Raiane Fabiula Rodrigues de Azevedo

Nayara Rezende da Silva

Fotografias: Freepik

Projeto gráfico e diagramação: L7 Design

Revisão Textual:

Ari Alex Ramos – Unifesp

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Normalização:

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral.

Relatório nacional sobre a demência : Epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

132 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf

ISBN 978-65-5993-648-9

1. Relatório de Pesquisa. 2. Demência. 3. Saúde Pública. I. Título.

CDU 616.894

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2024/0187

Título para indexação:

National Dementia Report

Agradecimentos

Consenso Delphi: Claudia K. Suemoto (Universidade de São Paulo); Cleusa P. Ferri (Universidade Federal de São Paulo); Daniel Apolinário (Hospital do Coração); Einstein Francisco Camargos (Universidade de Brasília); Eleonora D'Orsi (Universidade Federal de Santa Catarina); Gilberto Sousa Alves (Universidade Federal do Maranhão); Jerson Laks (Universidade Federal do Rio de Janeiro); Karolina Gouveia César-Freitas (Universidade de Taubaté); Márcia Lorena Fagundes Chaves (Universidade Federal do Rio Grande do Sul); Marco Antonio Lopes (Universidade Federal de Santa Catarina); Marcos Vinicius Della Coletta (Universidade Federal do Amazonas); Norberto Anísio Ferreira Frota (Universidade de Fortaleza); Paulo Caramelli (Universidade Federal de Minas Gerais); Sonia Maria Dozzi Brucki (Universidade de São Paulo); Ricardo Nitrini (Universidade de São Paulo).

Participantes da oficina de validação das recomendações e da estratégia de divulgação do resultados deste relatório: Alexandre Kalache, Ana Ágata Keinert, Ana Carolina Franzon, Ana Castro, Andrew Miguel, Ari Alex Ramos, Carolina Godoy, Claudia K. Suemoto, Cleusa Ferri, Déborah Oliveira, Einstein Camargos, Elaine Mateus, Eleonora d'Orsi, Elisa Miguita, Elizabeth Piovezan, Fabiana Da Mata, Fernanda Brasileiro, Gilberto Alves, Gilberto Natalini, Jerson Laks, Jerusa Smid, Karolina G. César-Freitas, Laiss Bertola, Leandro Minozzo, Ligia Iasmine Pereira dos Santos Gualberto, Lina Menezes, Lucas Martins Teixeira, Luciana Hentzy Moraes, Marcia L. F. Chaves, Marcia Novelli, Marcos Antonio Lopes, Maria Cristina Hoffmann, Matheus Barbosa, Norberto A. F. Frota, Orestes Forlenza, Paula Brum, Paulo Caramelli, Paulo H. F. Bertolucci, Pedro Pinho, Rafael Gois, Raphael Castilhos, Rayanne Tavares Araújo, Ricardo Nitrini, Ricardo Zorzetto, Rodrigo R. Schultz, Sergio Blay, Sonia M. D. Brucki, Tassiane de Paula, Thais Suarez, Vinicius Boaventura e Wendell Rabelo.



Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde	IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ADI	<i>Alzheimer's Disease International</i>	IC	Intervalo de Confiança
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla	IHME	<i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i>
AM	Amazonas	IIQ	Intervalo Interquartil
AVC	Acidente Vascular Cerebral	IMC	Índice de Massa Corporal
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse	MG	Minas Gerais
CDR	<i>Clinical Dementia Rating</i> (escala de avaliação clínica da demência)	MS	Ministério da Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças	OMS	Organização Mundial da Saúde
COPID	Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	ONU	Organização das Nações Unidas
Covid-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>	PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
CV	Coeficiente de Variação	P_e	Prevalência do Fator de Risco
DA	Doença de Alzheimer	PIB	Produto Interno Bruto
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde	PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
dB	Decibéis	ReNaDe	Relatório Nacional sobre a Demência no Brasil
DF	Distrito Federal	RR	Risco Relativo
DGCI	Departamento de Gestão do Cuidado Integral	RR_e	Risco Relativo do Fator
DM	Diabetes Mellitus	SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
DP	Desvio Padrão	SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
ECR	Ensaio Clínico Randomizados	SP	São Paulo
ELSI-Brasil	Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros	SUS	Sistema Único de Saúde
EPM	Escola Paulista de Medicina	TCE	Traumatismo Cranioencefálico
EUA	Estados Unidos da América	TED	Termo de Execução Descentralizada
FAP	Fração Atribuível na População	UBS	Unidade Básica de Saúde
FRCV	Fatores de Risco Cardiovasculares	UF	Unidade Federativa
GBD	Estudo Carga Global de Doença (<i>Global Burden of Disease</i>)	UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica	Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
HC-USP	Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo	USP	Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da imunodeficiência humana		

Lista de Quadros

Capítulo 3

Quadro 1 – Fatores de risco modificáveis para demência ao longo da vida 73

Quadro 2 – Definição dos fatores de risco para demência 78

Capítulo 5

Quadro 3 – Tipos e definições de estigma e discriminação, reproduzido com autorização dos autores de um estudo prévio (2) 113

Lista de Figuras

Capítulo 1

Figura 1 – Distribuição geográfica dos cinco estudos com amostragem aleatória e diagnóstico clínico	23
Figura 2 – Prevalência de demência em cada estudo analisado de acordo com a faixa etária	25
Figura 3 – Prevalência de demência em pessoas com 70 anos ou mais (casos por 100 mil habitantes)	26
Figura 4 – Prevalência de demência no Brasil em 2019 de acordo com o Estudo Carga Global de Doença (GBD)	27
Figura 5 – Incidência de demência em cada estudo analisado de acordo com a faixa etária	29
Figura 6 – Prevalência média de demência na população brasileira em 2019, por faixa etária e sexo, de acordo com o consenso de especialistas	37
Figura 7 – Número de casos de demência no Brasil de acordo com consenso de especialistas ...	40

Capítulo 2

Figura 8 – Principais causas de mortalidade na população acima de 70 anos no Brasil (2010-2019)	49
Figura 9 – Número de óbitos relacionados à demência em pessoas acima de 55 anos no Brasil, entre 2010 e 2019, com base nas estimativas do Estudo Carga Global de Doenças (GBD)	50
Figura 10 – Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes relacionados à demência em pessoas acima de 55 anos no Brasil, entre 2010 e 2019, com base nas estimativas do Estudo Carga Global de Doenças (GBD)	50
Figura 11 – Número de óbitos relacionados à demência, por causa, notificados entre 2010 e 2021, em indivíduos com 60 anos ou mais	51
Figura 12 – Número de óbitos relacionados à demência, por causa, notificados entre 2010 e 2021, em indivíduos com 40 a 59 anos	51
Figura 13 – Porcentagem de óbitos relacionados à demência na população com 60 anos ou mais, por causa da morte	52
Figura 14 – Porcentagem de óbitos relacionados à demência na população com idade de 40 a 59 anos, por causa da morte	53
Figura 15 – Mortalidade relacionada à demência por região (ano-base 2019)	54
Figura 16 – Taxa de mortalidade relacionada à demência (ano-base 2019)	55
Figura 17 – Taxa de mortalidade relacionada à demência ajustada por idade (ano-base 2019)	55
Figura 18 – Mortalidade geral (à esquerda) versus mortalidade relacionada a demência (à direita) na população brasileira com 60 anos ou mais entre 2010 e 2019	56

Figura 19 – Mortalidade por 100.000 habitantes relacionada à demência na população com 60 anos ou mais por região do Brasil (2010-2019)	60
Figura 20 – Mortalidade relacionada à demência por 100.000 habitantes, ajustada por idade, na população com 60 anos ou mais por região do Brasil (2010-2019)	61
Figura 21 – Mortalidade relacionada à demência na população brasileira com 60 anos ou mais por grupo etário	61
Figura 22 – Mortalidade e óbitos relacionados à demência, por sexo, em indivíduos a partir de 60 anos no Brasil (2010-2019)	62
Figura 23 – Mapas representativos das taxas de mortalidade relacionada à demência (a cada 100.000 habitantes) por Unidade Federativa entre 2010 e 2021.....	63
Figura 24 – Mapa representativo da mortalidade relacionada à demência (a cada 100.000 habitantes), ajustada por idade, por Unidade Federativa para os anos de 2010, 2015, 2019 e 2021.....	64
Figura 25 – Idade média no óbito (geral e relacionado à demência) em indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil (2010-2021)	65
Figura 26 – Idade média no óbito por demência em indivíduos com 60 anos ou mais por região geográfica	67
Figura 27 – Mortalidade na população brasileira com 60 anos ou mais (2010-2021)	69

Capítulo 3

Figura 28 – Fração atribuível na população (FAP) para os fatores de risco para demência nas regiões ricas (Sul e Sudeste) e pobres (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) do Brasil	85
Figura 29 – Contribuições da fração atribuível na população (FAP) dos fatores de risco para demência na população negra e branca do Brasil	87
Figura 30 – Estimativas da proporção relativa de casos que seriam prevenidos caso houvesse uma redução de 10% ou 20% na prevalência de cada fator de risco por década	88
Figura 31 – Redução estimada nos casos futuros de demência na presença de um declínio de 10% e 20% por década para a prevalência dos 12 fatores de risco modificáveis	89

Capítulo 5

Figura 32 – Comparação entre a proporção mundial e brasileira de profissionais de saúde e cuidadores que concordam com a afirmação de que a demência é parte natural do envelhecimento	118
Figura 33 – Comparação entre o público geral brasileiro e o público geral de países de baixa/média renda, países de média/alta renda e países de alta renda que concordam com a afirmação “é importante retirar as responsabilidades familiares da pessoa que vive com demência para não a estressar”	119

Lista de Tabelas

Capítulo 1

Tabela 1 – Prevalência de demência nos estudos populacionais brasileiros	24
Tabela 2 – Número de pessoas com demência no Brasil e no mundo em 2019 e projeções para 2050, de acordo com dados do Estudo Carga Global de Doenças (GBD).....	26
Tabela 3 – Incidência de demência nos estudos populacionais brasileiros e estimativas do Estudo Carga Global de Doenças – GBD (por 1000 pessoas-ano)	28
Tabela 4 – Prevalência de demência em brasileiros com idade de 60 anos ou mais em 2019, de acordo com as quatro rodadas de especialistas	34
Tabela 5 – Prevalência de demência em brasileiros com idade de 60 anos ou mais em 2019, nas cinco macrorregiões brasileiras, de acordo com as quatro rodadas de especialistas	35
Tabela 6 – Prevalência de demência na população brasileira em 2019, por faixa etária e sexo, de acordo com o consenso de especialistas	37
Tabela 7 – Razão de prevalência média estimada para quatro macrorregiões brasileiras, tendo como referência o Sudeste, de acordo com as opiniões dos especialistas	38
Tabela 8 – Prevalência de demência na população brasileira em 2019 (por faixa etária, sexo e macrorregião do país) de acordo com o consenso de especialistas	39

Capítulo 2

Tabela 9 – Mortes relacionadas à demência no Brasil em 2019, por grupo etário e percentual de aumento (2010-2019)	51
Tabela 10 – Mortalidade na população brasileira com 60 anos ou mais entre 2010 e 2021 (ambos os sexos)	57
Tabela 11 – Mortalidade na população brasileira do sexo masculino com 60 anos ou mais entre 2010 e 2021.....	58

Tabela 12 – Mortalidade na população brasileira do sexo feminino com 60 anos ou mais entre 2010 e 2021	59
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabela 13 – Média, coeficiente (β) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%), por região geográfica e sexo, das taxas de mortalidade por demência (por 100.000 habitantes) (2010-2021)	68
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Capítulo 3

Tabela 14 – Fração atribuível na população (FAP) para os 12 fatores de risco de demência no Brasil ($n = 9.412$)	81
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabela 15 – Fração atribuível na população (FAP) dos 12 fatores de risco para demência nas cinco regiões brasileiras ($n = 9.412$)	82
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabela 16 – Fração atribuível na população (FAP) dos 12 fatores de risco para demência em regiões pobres e ricas do Brasil ($n = 9.412$)	84
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabela 17 – Fração atribuível na população (FAP) dos 12 fatores de risco para demência entre brancos ($n = 3.590$) e negros ($n = 5.170$)	86
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabela 18 – Número de pessoas com 60 anos ou mais e número estimado de pessoas com demência sem redução e com redução de 10% e 20% na prevalência dos 12 fatores de risco	89
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Capítulo 4

Tabela 19 – Número de pessoas que retiram anticolinesterasico por sexo e região geográfica	102
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Tabela 20 – Taxas totais de subdiagnóstico de demências na população acima dos 60 anos por região geográfica	103
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Tabela 21 – Taxas de subdiagnóstico de demências na população com 60 anos ou mais por sexo	104
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Tabela 22 – Taxas de subdiagnóstico de demências em 2022 na população com 60 anos ou mais por faixas etárias no Brasil	104
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Tabela 23 – Taxas de subdiagnóstico de demências em 2022 na população a partir dos 60 anos, por sexo e em diferentes etárias no Brasil	105
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Sumário



Apresentação

Este relatório foi produzido a partir de uma parceria entre Ministério da Saúde com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED 176/2020), e visa gerar informações relevantes quanto a dimensão dos desafios relacionados à demência no Brasil, considerando as diferenças regionais que impactam na criação de programas de saúde pública efetivos. O público-alvo deste documento é amplo e engloba a população geral, pessoas com demência e seus familiares/cuidadores, profissionais de saúde, pesquisadores e, em particular, gestores e tomadores de decisão.

Atualmente não temos dados brasileiros abrangentes sobre a prevalência, a incidência e a mortalidade relacionadas à demência no Brasil, visto que a maior parte das pesquisas disponíveis foram conduzidas na Região Sudeste. Diante do cenário atual, a realização do Consenso Delphi sobre a prevalência da demência no Brasil e nas suas cinco macrorregiões é importante para situar e dimensionar o problema e gerar projeções futuras sobre a prevalência e a incidência de demência para as próximas décadas, e prover dados relacionados à mortalidade decorrente da síndrome demencial. Com base nesses dados, os gestores públicos poderão avaliar a dimensão do problema e direcionar recursos de forma mais eficiente.

No mesmo sentido, entender o problema do subdiagnóstico da demência no país é de suma importância para guiar programas de treinamento de profissionais de saúde, possibilitando-lhes diagnosticar e tratar de forma adequada as pessoas com demência. Da mesma forma, avaliar o conhecimento da população brasileira sobre as demências, incluindo os estigmas associados ao diagnóstico, ajudará na criação de programas efetivos para a educação da população sobre os quadros demenciais. Importante salientar que a presença de informações regionais sobre o tema possibilitará a criação de programas de educação populacional que sejam mais efetivos.

Este relatório visa gerar informações relevantes para entender a dimensão dos desafios relacionados à demência no Brasil, considerando as diferenças regionais que impactam na criação de programas de saúde pública efetivos.

Por sua vez, é de grande importância conhecer a prevalência em nosso país dos principais fatores de risco conhecidos para a demência. Pelo cálculo da fração populacional atribuída a cada fator, pudemos estimar o impacto do controle desses fatores na redução da incidência de demência no Brasil. As estimativas geradas por este relatório são importantes para direcionar programas que sejam mais efetivos ao indicar qual a combinação de fatores de risco pode ter maior impacto na redução da síndrome. Isso possibilita desenvolver programas de prevenção mais efetivos em cada região brasileira.

Espera-se também que as ações de comunicação que decorrerão deste relatório permitam que o tema permaneça em evidência junto à sociedade, aos profissionais de saúde, às instituições de ensino e pesquisa e à imprensa convencional e digital, combatendo o “tsunami” de *fake news* no segmento e minimizando o impacto negativo que as notícias falsas causam diretamente nas pessoas que vivem com demência e em seus familiares e cuidadores.

Prefácio I

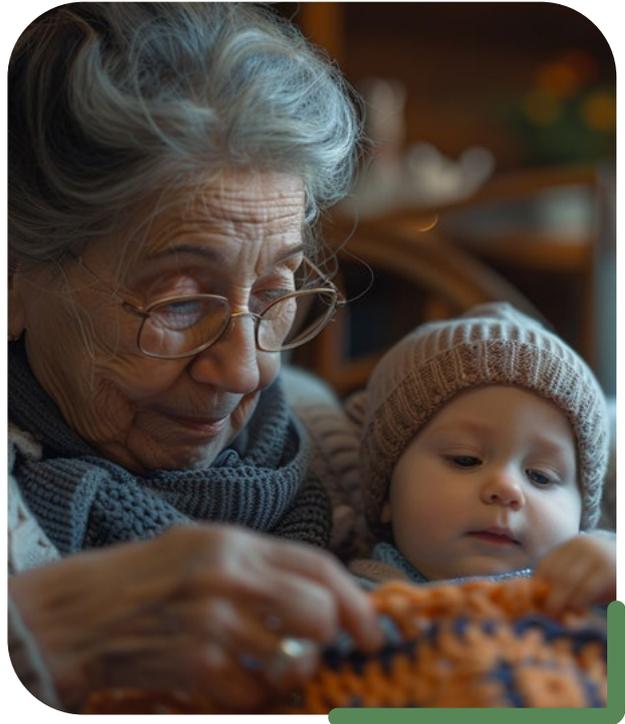
Este relatório preenche uma importante lacuna de dados e informações sobre a prevalência, a incidência, a mortalidade e os fatores de risco, além de chamar a atenção para o subdiagnóstico e o estigma relacionados às demências no Brasil, inclusive identificando os seus principais desafios.

No contexto do rápido envelhecimento da população brasileira, em que a autonomia e a independência da pessoa diagnosticada são um dos principais desafios, as demências têm grande impacto na manutenção da saúde e da qualidade de vida das pessoas, seus familiares e outros cuidadores, gerando incapacidades e ônus sociais, revelando-se, portanto, um importante problema de saúde pública.

Neste aspecto, o Relatório Nacional sobre a Demência no Brasil provê uma importante contribuição para o dimensionamento do problema na realidade brasileira. Com isso, subsidia o planejamento e a tomada de decisões para a construção e a implementação de políticas públicas que atendam às necessidades de cuidado das pessoas com demência, e que apontem estratégias de prevenção a partir da identificação dos seus fatores de risco.

Apesar da sua alta prevalência e impacto nas pessoas mais velhas, a demência ainda é subdiagnosticada, em grande parte, em função do estigma e da falta de conhecimento da sociedade que acredita que a síndrome demencial faz parte do envelhecimento normal.

O presente relatório reforça a importância de prevenir os fatores de risco (sedentarismo, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, educação, entre outros), responsáveis pela grande carga de doenças e anos de vida perdidos por incapacidades. A análise desses fatores de risco precisa levar em conta as desigualdades sociais, econômicas e regionais, bem como a diversidade racial e de gênero que caracteriza a população brasileira.



Por fim, destaca-se a relevância deste relatório inédito para a disseminação de informações dirigidas aos profissionais, gestores, pessoas com demência, seus familiares e outros cuidadores, além da população em geral, contribuindo para a ampliação e qualificação do cuidado ofertado na demência.

Ana Lúcia Ferraz Amstalden

Elizabete Bonavigo

Maria Cristina Correa

Prefácio II

O aumento da expectativa de vida ao nascer é uma das maiores conquistas da humanidade nas últimas décadas. Até 1950, a expectativa de vida ao nascer era inferior a 50 anos em todo o mundo e, afortunadamente, atingiu 71 anos em 2021. Na América Latina e no Caribe, a expectativa de vida ao nascer foi estimada em 72,2 anos em 2021, e deverá atingir 80,6 anos em 2050, segundo um relatório recente da Organização das Nações Unidas (ONU)¹.

Como contrapartida, algumas doenças e transtornos começaram a ser notados mais frequentemente, principalmente aqueles que ocorrem predominantemente em pessoas idosas. Dentre estes, tornaram-se mais comuns as condições que causam declínios na capacidade de memorizar e de aprender, além de dificuldades para realizar tarefas que antes a pessoa fazia bem, como cozinhar, costurar, dirigir, cuidar de seus negócios, entre outros.

Leves perdas nessas atividades podem ser atribuídas à idade, mas sempre que ocorrem, e particularmente quando mais intensas e constantes, exigem avaliação clínica. Quando o declínio é de tal intensidade que não permite mais a capacidade de vida plenamente independente, o indivíduo está com comprometimento neurocognitivo maior ou demência. A perda de capacidade de vida independente, particularmente quando causada por demência, é uma das maiores preocupações que as pessoas têm quando pensam no próprio envelhecimento.

O aumento do número de pessoas com demência no Brasil é motivo de muita apreensão para toda a coletividade. Além do indivíduo afetado, sua família também é envolvida. Em um país como o nosso, a ocorrência de um caso de demência pode exigir que um adulto tenha que deixar de trabalhar para cuidar do familiar diagnosticado, causando queda do rendimento, tornando a vida da família, já difícil, um tormento.

Sabemos que é possível reduzir acentuadamente o risco de demência. Em muitos países desenvolvidos, verifica-se que a prevalência de demência tem diminuído em decorrência de diversas ações que foram adotadas em décadas anteriores, incluindo o aumento da escolaridade, melhor controle de doenças que causam transtornos vasculares, redução de sedentarismo e do alcoolismo, entre outros.

Como esses países conseguiram verificar a redução da prevalência de demência? Para isto, vale a pena estudar estudos realizados anos atrás em sua respectiva população para identificar a prevalência associada à demência e os repetiram mais recentemente, comprovando assim que as medidas de prevenção adotadas têm efeito positivo na sociedade.



¹UNITED NATIONS. United Nations Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. New York: UN, 2022. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa/pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf. Acesso em: 12 set. 2024.

E como estamos no Brasil? Já foram realizados alguns estudos de prevalência, mas quase todos na Região Sudeste, principalmente no Estado de São Paulo. Por essa razão, não temos como verificar qual a prevalência de demência em todo o país, qual o número total de pessoas com demência no Brasil e, menos ainda, se a prevalência está aumentando ou diminuindo, pois as condições socioeconômicas e as médias de idade nas cinco regiões do Brasil são diferentes. São necessários estudos, que denominamos epidemiológicos, para avaliar a prevalência da demência em diversos municípios das distintas regiões a fim de obtermos a prevalência em cada região e o número total de casos no país. Isto precisa ser feito, mas é um estudo que necessita de cuidadosa preparação, mais longo, com envolvimento de pesquisadores de diversas especialidades, multicêntrico e de relativamente alto custo.

Sabemos que a prevalência de demência em uma população tende a dobrar a cada cinco anos à partir dos 65 anos de idade, e se, de fato, a expectativa de vida em nossa região subir de 71,0 anos para 80,6 anos em 2050, a prevalência de demência em nossa população poderá aumentar substancialmente. Este é um problema tão grave e tão urgente que procuramos verificar se seria possível obter dados confiáveis de prevalência e número de casos de demência utilizando outros métodos que permitiriam acesso mais rápido a essas informações.

Com importante apoio do Ministério da Saúde (COPID), foi realizado o Consenso Delphi, o qual envolve metodologia já empregada e validada em outros países. Baseia-se em dados demográficos e na experiência de médicos-pesquisadores com conhecimentos sobre demência, os quais sugerem a possível prevalência em cada faixa etária, com base em variáveis demográficas e socioeconômicas de cada região. A opinião individual de cada pesquisador é colocada ao lado das opiniões dos demais, buscando-se atingir o consenso mediante a repetição das pesquisas de opiniões. Para o desenvolvimento do Consenso Delphi, foram incluídos 15 profissionais/pesquisadores (geriatras, neurologistas e psiquiatras), de diferentes regiões do país, de forma a compor um painel de especialistas que, sob a direção da Prof. Dra. Cleusa Ferri – responsável por dirigir estudos internacionais semelhantes, pudessem aplicar essa técnica, que tem metodologia complexa, para atingir resultados confiáveis.

Foi um trabalho longo e árduo e contou com a participação de muitos profissionais dedicados. O Consenso Delphi atingiu as metas propostas e obteve conclusões que certamente ajudarão todas as entidades públicas e privadas a melhor conhecer e atuar na prevenção e tratamento das demências no Brasil, ajudando assim a população idosa e suas famílias. A demência é um problema de saúde pública muito grave, como demonstrado neste relatório, e que ainda deverá se acentuar muito mais nos próximos anos, caso medidas adequadas não sejam implementadas tempestivamente.

Ricardo Nitrini

Justificativa

A população mundial está envelhecendo globalmente, e, neste século, esse processo ocorre de forma acelerada em países de baixa e média renda. No Brasil, por exemplo, o mais recente censo demográfico mostra que, enquanto a população geral cresceu 6,5% entre os anos de 2010 e 2022, a população com idade igual ou acima de 65 anos cresceu quase 9 vezes mais (57,4%)¹. Com o envelhecimento da população, os transtornos relacionados à idade, como a demência, tornam-se mais prevalentes e representam significativos desafios para a saúde pública, uma vez que contribuem para a dependência e incapacidade das pessoas acima de 65 anos^{2,3}.

A demência é, em geral, uma condição clínica progressiva, caracterizada pelo comprometimento de um ou mais domínios cognitivos, resultando no declínio funcional do indivíduo⁴. A principal causa de demência é a doença de Alzheimer (DA), responsável por até 70% dos quadros demenciais, e está associada ao aumento da taxa de mortalidade das pessoas com demência⁵. A fisiopatologia da DA está relacionada ao acúmulo extracelular de peptídeo β -amiloide (placas amiloides) e ao acúmulo intracelular de emaranhados neurofibrilares (compostos por proteína tau hiperfosforilada e agregada), sendo que ambos acarretam degeneração e morte neuronal⁵.

As demências estão entre as principais causas de incapacidade, prejuízo da qualidade de vida e ônus para a família e a sociedade, sendo consideradas um relevante problema de saúde pública globalmente⁶. O Estudo Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease*)⁷ estima que o número total de pessoas com demência aumentará de 55 milhões em 2021 para mais de 150 milhões em 2050.

Apesar da relevância da demência para a morbidade nessa faixa etária em populações de países como o Brasil, ainda carecemos de estudos representativos que forneçam estimativas precisas da prevalência (número de pessoas) desta con-



dição em território nacional. No Brasil, existem cinco estudos com amostras aleatórias e diagnóstico clínico^{8-11, 12}, todos conduzidos na Região Sudeste, e três que se valeram de algoritmos estatísticos para identificar potenciais casos de demência¹³⁻¹⁵. No entanto, apenas três desses estudos⁹⁻¹¹ fizeram acompanhamento longitudinal e forneceram, além da prevalência, dados sobre a incidência¹⁶⁻¹⁸. Por sua vez, apenas um estudo apresentou estimativas sobre a mortalidade¹⁹. Diante deste cenário, os dados disponíveis sobre incidência e mortalidade são ainda mais escassos e, consequentemente, menos representativos do país que as estimativas de prevalência.

Apesar da elevada prevalência de demência no mundo, essa taxa coexiste com altos índices de subdiagnóstico. A avaliação das taxas de subdiagnóstico é fundamental, sobretudo em estudos conduzidos nos serviços de atenção primária à saúde, uma vez que a investigação de um possível caso de demência geralmente se inicia nesse nível de atenção²⁰⁻²²: é o caso, por exemplo, quando um médico generalista avista o diagnóstico ou acolhe a suspeita de um familiar preocupado. Notadamente, estudos sobre o subdiagnóstico de demência indicam taxas alarmantes, que oscilam entre 49% e 65%, mesmo em países mais ricos²³⁻²⁵. Em países de baixa e média renda, essas taxas tendem a ser ainda maiores. Por exemplo, um ensaio clínico conduzido na Índia, que incluiu pessoas com demência que viviam em região economicamente próspera e com fácil acesso à saúde, revelou que, mesmo após recentes consultas médicas, 90% dos pacientes com demência não haviam sido devidamente diagnosticados²⁴. Na China, atualmente o país com a maior população de pessoas com demência, um estudo populacional²⁵ com 7.072 pessoas idosas utilizou algoritmo estatístico (culturalmente adaptado e validado para aquela população) e identificou que 92% das pessoas idosas com demência nunca haviam recebido o devido diagnóstico.

No Brasil, dois estudos foram publicados sobre esse tema especificamente. O primeiro, conduzido em ambiente clínico-acadêmico de hospital universitário na cidade de São Paulo²⁶, confrontou o diagnóstico que foi realizado com aquele que constava em prontuário de atendimento em ambulatório de clínica médica, e encontrou uma taxa de subdiagnóstico estimada em 76,1%. O segundo estudo²⁷, conduzido no município de São José dos Campos (SP), analisou os registros de todos os indivíduos com 65 anos ou mais que receberam tratamento farmacológico com o uso de anticolinesterásicos (prevalência observada). Ao confrontar essa prevalência com a esperada

(após a conclusão do estudo), os pesquisadores conseguiram estimar que cerca de 77% das pessoas com demência, vivendo naquele município, não tinham sido devidamente diagnosticadas ou a medicação anticolinesterásica não lhes fora prescrita. Notou-se também uma distribuição geográfica heterogênea, na qual as áreas economicamente mais prósperas tendiam a apresentar taxas mais elevadas de retirada de anticolinesterásicos²⁷. Cabe aqui destacar que, para uma avaliação mais precisa das taxas de subdiagnóstico no Brasil, é fundamental considerar dados das cinco regiões geográficas do país.

As elevadas taxas de subdiagnóstico de demência podem ser atribuídas a diversos fatores, incluindo o estigma vinculado ao diagnóstico, a crença (tanto da sociedade quanto dos profissionais de saúde) de que problemas de memória são inerentes ao envelhecimento e a falta de capacitação adequada dos profissionais de saúde para avaliar e diagnosticar os quadros demenciais. Há também a resistência ou hesitação em diagnosticar, considerando a percepção equivocada de que os tratamentos disponíveis oferecem benefícios limitados para as pessoas com demência.



Até o momento, inúmeras tentativas para interromper a progressão da demência ou encontrar uma cura não tiveram êxito. Isso significa que postergar o início da demência é, atualmente, a única forma de reduzir o número de pessoas afetadas no futuro próximo²⁸. Potencialmente, 40% dos casos de demência podem ser atribuíveis a 12 fatores de risco, conforme apresentado em artigo recente da comissão para o tema da revista *The Lancet*²⁹. Caso a incidência da demência pudesse ser postergada em cinco anos, o número total de pessoas vivendo com demência em 2050 poderia ser reduzido pela metade²⁹. Contudo, a maioria das estimativas disponíveis provêm de países de alta renda, cujos perfis demográficos e epidemiológicos são distintos dos países de baixa ou média renda. Portanto, para avaliar o impacto potencial de intervenções nas futuras gerações de pessoas idosas no Brasil, é importante investigar e compreender a relação entre os fatores de risco e a demência especificamente no Brasil, considerando a prevalência desses fatores no país.

Em consonância com as aspirações da OMS, este primeiro Relatório Nacional sobre a Demência no Brasil compila dados sobre o número de pessoas com demência no país (prevalência e incidência), os fatores de risco associados, os dados nacionais sobre a mortalidade relacionada à síndrome e as taxas de subdiagnóstico e, por fim, discute o nível de conhecimento e estigma da população brasileira em relação à demência.

Neste contexto, o presente relatório está alinhado com as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, em especial com a política de saúde voltada para a pessoa idosa, a qual reforça as diretrizes e ressalta a importância de investimentos em estudos e pesquisas que orientem as decisões dos gestores de saúde.

Em maio de 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou o “Plano Global de Ação para uma Resposta de Saúde Pública à Demência 2017-2025”³¹, em Genebra, na Suíça. O Brasil, representado pelo Ministério da Saúde, está entre os 194 países signatários, reconhecendo a urgente necessidade de os países participantes adotarem uma estratégia nacional voltada para as demências. Em consonância com as aspirações da OMS, este primeiro Relatório Nacional sobre a Demência no Brasil compila dados sobre o número de pessoas com demência no país (prevalência e incidência), os fatores de risco associados, os dados nacionais sobre a mortalidade relacionada à síndrome e as taxas de subdiagnóstico e, por fim, discute o nível de conhecimento e estigma da população brasileira em relação à demência.

O conteúdo deste relatório é apresentado em cinco capítulos, sendo que cada um inicia com os pontos principais e conclui com as recomendações referentes ao tema desenvolvido naquele capítulo.

Por tudo quanto exposto, o presente relatório é um marco inicial na identificação dos desafios relacionados à demência no Brasil, contribuindo para a elaboração de estratégias direcionadas às pessoas com demência e seus familiares e outros cuidadores.

Referências

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070**. Rio de Janeiro:IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 3 set. 2024.
2. SOUSA, R. M. *et al.* The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. **BMC Geriatr.**, [s. l.], v. 10, p. 53, aug. 2010. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-53>. Acesso em: 23 ago. 2024.
3. SOUSA, R. M. *et al.* Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. **The Lancet**, [s. l.], v. 374, n. 9704, p. 1821-1830, 2009. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609618298>. Acesso em: 20 ago. 2023.
4. PRINCE, M. *et al.* The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. **Alzheimer's & Dementia**, [s. l.], v. 9, n. 1., 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jalz.2012.11.007>. Acesso em: 20 ago. 2023.
5. QUERFURTH, H. W.; LAFERLA, F. M. Alzheimer's Disease. **N. Engl. J. Med.**, [s. l.], v. 362, n. 4, p. 329-344, 2010. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra0909142>. Acesso em: 20 ago. 2023.
6. Kelley AS *et al.* The Burden of Health Care Costs for Patients With Dementia in the Last 5 Years of Life. **Ann. Intern. Med.**, [s. l.], v. 163, n. 10, p. 729-736, 2015. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M15-0381>. Acesso em: 20 ago. 2023.
7. VOS, T. *et al.* Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, [s. l.], v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 2020. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620309259>. Acesso em: 20 ago. 2023.
8. BOTTINO, C. M. C. *et al.* Estimate of Dementia Prevalence in a Community Sample from São Paulo, Brazil. **Dement. Geriatr. Cogn. Disord.**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 291-299, 2008. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/161053>. Acesso em: 20 ago. 2023.
9. CÉSAR, K. G. *et al.* Prevalence of Cognitive Impairment Without Dementia and Dementia in Tremembé, Brazil. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 264-271, 2016. Disponível em: <https://journals.lww.com/00002093-201607000-00011>. Acesso em: 20 ago. 2023.
10. HERRERA, E. *et al.* Epidemiologic Survey of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002. Disponível em: <http://journals.lww.com/00002093-200204000-00007>. Acesso em: 20 ago. 2023.

11. LOPES, M. A. *et al.* High Prevalence of Dementia in a Community-Based Survey of Older People from Brazil: Association with Intellectual Activity Rather than Education. **Journal of Alzheimer's Disease**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 307-316, 2012. Disponível em: <https://www.medra.org/servelet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/JAD-2012-120847>. Acesso em: 20 ago. 2023.
12. CARAMELLI, P. *et al.* P3□163: Prevalence of cognitive impairment and dementia in a cohort of oldest old in Brazil: The Pietà study. **Alzheimer's & Dementia**, [s. l.], v. 5, n. 4S_Part_13, p. 383-412, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jalz.2009.04.1037>. Acesso em: 20 ago. 2023.
13. SCAZUFCA, M. *et al.* High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. **IPG**, [s. l.], v. 20, n. 2, 2008. Disponível em: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1041610207005625. Acesso em: 20 ago. 2023.
14. LANGAVANT, L. C. *et al.* Approximating dementia prevalence in population-based surveys of aging worldwide: An unsupervised machine learning approach. **Alzheimer's Dement**, New York, v. 6, n. 1, 2020. DOI:10.1002/trc2.12074.
15. BERTOLA, L. *et al.* Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment No Dementia in a Large and Diverse Nationally Representative Sample: The ELSI-Brazil Study. **J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.**, v. 78, n. 6, p. 1060-1068, 2023. DOI: 10.1093/gerona/glad025.
16. NITRINI, R. *et al.* Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 241-246, 2004.
17. CÉSAR-FREITAS, K. G. *et al.* Incidence of dementia in a Brazilian population: The Tremembé Epidemiologic Study. **Alzheimers Dement.**, v. 18, n. 4, p. 581-590, 2022. DOI:10.1002/alz.12423.
18. LOPES, M. A. *et al.* Incidence of dementia in a population cohort of older people from São Paulo, Brazil. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, [s. l.], v. 37, n. 2, 2022. DOI:10.1002/gps.5660.
19. NITRINI, R. *et al.* Mortality from dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, [s. l.], v. 20, p. 247-253, 2005.
20. BRADFORD, A. *et al.* Missed and Delayed Diagnosis of Dementia in Primary Care: Prevalence and Contributing Factors. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 306-314, 2009. DOI: 10.1097/WAD.0b013e3181a6bebc.
21. PENTZEK, M. *et al.* General Practitioners' Judgment of their Elderly Patients' Cognitive Status. **J. Gen. Intern. Med.**, [s. l.], v. 24, n. 12, p. 1314-1317, 2009. DOI: 10.1007/s11606-009-1118-2.
22. LOPPONEN, M. *et al.* Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care - a more active approach is needed. **Age and Ageing**, [s. l.], v. 32, n. 6, p. 606-12, 2003. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afg097>. Acesso em: 20 ago. 2023.
23. VALCOUR, V. G. *et al.* The Detection of Dementia in the Primary Care Setting. **Arch. Intern. Med.**, [s. l.], v. 160, n. 19, p. 2964, 2000. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.160.19.2964>. Acesso em: 20 ago. 2023.

24. DIAS, A.; PATEL, V. Closing the treatment gap for dementia in India. **Indian J. Psychiatry**, [s. l.], v. 51, p. 93-97, 2009. Suppl. 1.
25. CHEN, R. *et al.* Determinants for undetected dementia and late-life depression. **Br. J. Psychiatry**, [s. l.], v. 203, n. 3, p. 203-208, 2013. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000052594/type/journal_article. Acesso em: 20 ago. 2023.
26. JACINTO, A. F. *et al.* Detection of cognitive impairment in the elderly by general internists in Brazil. **Clinics**, Sao Paulo, v. 66, n. 8, p. 1379-1384, 2011. DOI: 10.1590/s1807-59322011000800012.
27. NAKAMURA, A. E. *et al.* Dementia underdiagnosis in Brazil. **The Lancet**, [s. l.], v. 385, n. 9966, p. 418-419, 2015. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615601532>. Acesso em: 20 ago. 2023.
28. NORTON, S. *et al.* Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. **The Lancet Neurology**, [s. l.], v. 13, n. 8, p. 788-794, 2014. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147444221470136X>. Acesso em: 20 ago. 2023.
29. LIVINGSTON, G. *et al.* Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **The Lancet**, [s. l.], v. 396, n. 10248, p. 413-46, 2020. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620303676>. Acesso em: 20 ago. 2023.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 23 ago. 2024.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615>. Acesso em: 20 ago. 2023.



1

Número de pessoas com demência no Brasil hoje e projeções para o futuro

1.1 Pontos principais

Prevalência

- **Existem poucos estudos populacionais** sobre a prevalência de demência no Brasil; e a maioria dos estudos disponíveis foram conduzidos no Estado de São Paulo.
- **Especificamente na última década**, houve apenas um estudo sobre prevalência, também desenvolvido no Estado de São Paulo.
- **Na população brasileira com 60 anos** ou mais, os três estudos populacionais mais recentes estimam a prevalência da demência entre 12,5% e 17,5%.
- **Dois estudos estimaram a prevalência** nacional de demência usando os dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), e ambos encontraram estimativas semelhantes (cerca de 6% em pessoas com mais de 60 anos). Contudo, essa taxa está bem abaixo das estimativas registradas em estudos anteriores.
- **Todos os estudos de prevalência** conduzidos no país apresentam vieses.
- **O Consenso Delphi sugere uma prevalência** intermediária para pessoas com 60 anos ou mais (8,5%), com alguma variação inter-regional: 7,3% na Região Sul; 8,2% na Região Sudeste; 8,3% na Região Centro-Oeste; 8,9% na Região Norte; e 10,1% na Região Nordeste.
- **Todos os estudos atualmente disponíveis**, inclusive o Consenso Delphi, sugerem que a prevalência aumenta exponencialmente com a idade. Além disso, as estimativas indicam que a demência é mais prevalente nas mulheres.
- **De acordo com o Consenso Delphi**, em 2019 havia 2,46 milhões de pessoas vivendo com demência no Brasil, e as projeções indicam que esse número atingirá 5,05 milhões em 2039 e 8,74 milhões em 2049.

Incidência

- **Existem apenas três estudos populacionais** sobre a incidência de demência no Brasil, todos conduzidos no Estado de São Paulo. No entanto, apenas dois desses estudos foram publicados na última década.
- **Embora ambos tenham incluídos indivíduos na mesma faixa etária (acima de 60 anos)**, o primeiro sugere uma incidência de 26,1/1000 pessoas-ano (IC 95% = 18,7-36,6) e o segundo apresenta uma estimativa bastante inferior (11,2/1000 pessoas-ano; IC 95% = 8,0-15,1), correspondendo a menos da metade da incidência reportada no primeiro estudo.
- **Os dados do GBD** mostram uma incidência na mesma faixa etária ainda mais baixa, correspondendo a 7,7% (IC 95% = 6,6-8,9).

1.2 Introdução

Em todo o mundo, grandes esforços têm sido empreendidos para estimar o número atual de pessoas vivendo com demência. Em 2021, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um relatório sobre a situação da demência no mundo¹, que estimou haver 55,2 milhões de pessoas vivendo com demência em 2019 – número similar àquele calculado pelo Estudo Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease* – GBD²) para o mesmo ano (57 milhões).

Ambos os estudos^{1,2} mostram que a prevalência aumenta com a idade, quase dobrando a cada cinco anos a partir dos 65 anos de idade. Revelam também que a taxa de prevalência é mais alta nas mulheres do que nos homens, além de pontuar que a maioria das pessoas com demência vive em países de baixa e média renda, entre os quais está incluído o Brasil. Particularmente na América Latina, o GBD² estima que 4,5 milhões de pessoas viviam com demência em 2019, com projeções de esse número atingir 13,7 milhões em 2050, ou seja, um aumento acima de 200% no período. As estimativas do GBD indicam ainda que, em 2019, aproximadamente 1,8 milhão de pessoas viviam com demência no Brasil, com projeções de alcançar 6,7 milhões até 2050. Esse crescimento estimado representa um incremento de 208%, comparado às projeções dos EUA, que apontam um aumento de 100%, e no Japão, onde o aumento projetado é da ordem de apenas 27%. No entanto, existem poucos estudos populacionais sobre a prevalência da demência no Brasil para embasar essas estimativas, concentrados em sua grande maioria no Estado de São Paulo.

Usualmente, o número de pessoas com demência em um determinado país é calculado com base na multiplicação de dados demográficos da população pela prevalência encontrada em estudos populacionais. Portanto, a acurácia das estimativas está intrinsecamente relacionada à qualidade e à confiabilidade dos dados disponíveis. Neste capítulo, apresentamos um resumo da evidência existente sobre a prevalência da demência no Brasil, incluindo as revisões sistemáticas e os estudos originais conduzidos no país até o momento e considerando as estimativas disponibilizadas pelo GBD. Também expomos uma breve avaliação da evidência sobre o tema em populações étnico-culturalmente diversas, em particular a população indígena e a quilombola. Encerramos este capítulo com os resultados do Consenso Delphi sobre as prevalências nacional e regionais da demência, estimadas de acordo com o consenso de 15 especialistas de todas as cinco regiões geográficas do Brasil.

As estimativas do GBD indicam ainda que, em 2019, aproximadamente 1,8 milhão de pessoas viviam com demência no Brasil, com projeções de alcançar 6,7 milhões até 2050.

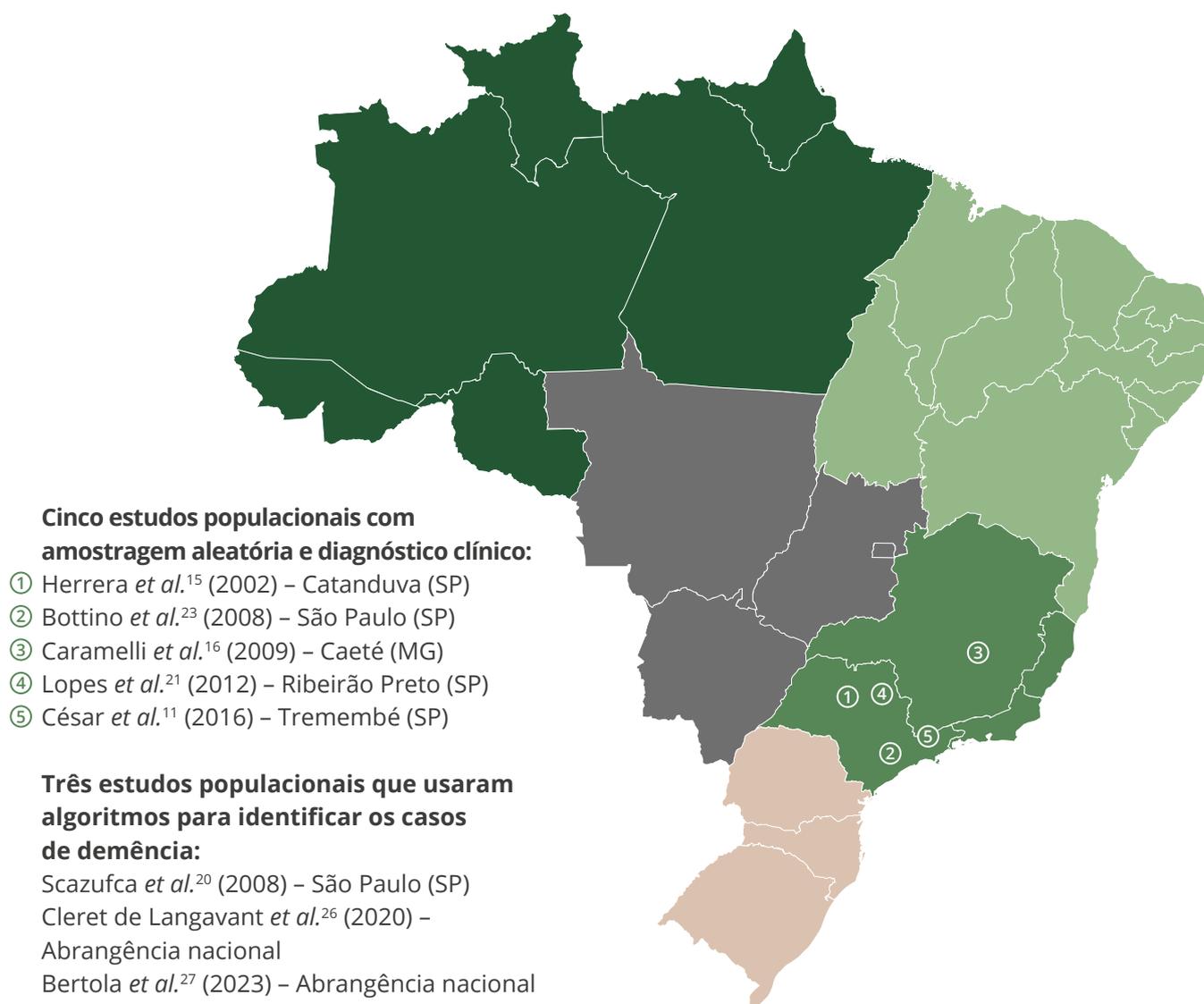
1.3 Prevalência e Incidência: O que já sabemos?

1.3.1 Revisões sistemáticas e estudos originais sobre a prevalência no Brasil

Com base em quatro revisões sistemáticas sobre a prevalência da demência na América Latina³⁻⁶ e três sobre a prevalência no Brasil especificamente⁷⁻¹⁰, identificamos o total de 16 estudos conduzidos no Brasil¹⁰⁻²⁶. Dentre os estudos encontrados, três não se configuram como populacionais^{13,14,18}, três versam unicamente sobre o declínio cognitivo e não demência especificamente^{12,19,22} e apenas um foi conduzido com amostra da população rural²⁴. Além disso, apenas cinco estudos^{11,15,16,21,23} usaram, concomitantemente, amostragem aleatória e critério diagnóstico clínico, sendo que to-

dos foram conduzidos na Região Sudeste (Figura 1). Existem ainda três estudos adicionais que usaram algoritmos para a identificação dos casos de demência: um conduzido em área geográfica delimitada da cidade de São Paulo²⁰ e dois que se valeram dos dados do ELSI-Brasil^{26,27}, uma coorte que engloba amostra representativa da população brasileira com idade de 50 anos ou mais. Os algoritmos empregados para identificação dos casos de demência nesses dois últimos estudos baseiam-se na performance cognitiva e funcional dos participantes incluídos no estudo.

Figura 1 - Distribuição geográfica dos cinco estudos com amostragem aleatória e diagnóstico clínico



Fonte: elaboração própria.

O estudo mais recente²⁷, de abrangência nacional e com dados do ELSI-Brasil, estimou a prevalência da demência em uma subamostra de pessoas com 60 anos ou mais e encontrou uma prevalência de 5,8% (IC 95% = 4,7-7,2). Outro estudo²⁶ utilizou técnica de *machine learning* para identificar os prováveis casos de demência na amostra total e estimou uma prevalência de 4,7% nas pessoas com 50 anos ou mais. Atendendo nosso pedido, os autores desse último estudo calcularam, usando a mesma metodologia, a prevalência de demência nas pessoas com 60 anos ou mais e encontraram uma taxa correspondente a 6,3%.

Na Tabela 1, apresentamos as prevalências encontradas nos cinco estudos com amostragem

aleatória e diagnóstico clínico e nos três estudos populacionais usando algoritmos para identificar os prováveis casos de demência. Depreende-se da Tabela 1 e da Figura 2 que a prevalência nesses estudos aumenta com a idade, variando de 3,2 a 5,3% na faixa etária de 60 a 64 anos e atingindo entre 42,8% e 71,4% nas pessoas com 90 anos ou mais. No geral, os estudos com diagnóstico clínico apresentam estimativas mais altas, com oscilações totais entre 12,5 e 17,5% na população com 60 anos ou mais. Ambos os estudos baseados em algoritmos para definir os casos de demência na coorte do ELSI-Brasil identificaram prevalências nacionais semelhantes, porém muito inferiores às estimativas dos estudos anteriores com diagnóstico clínico (5,8% e 6,3%).

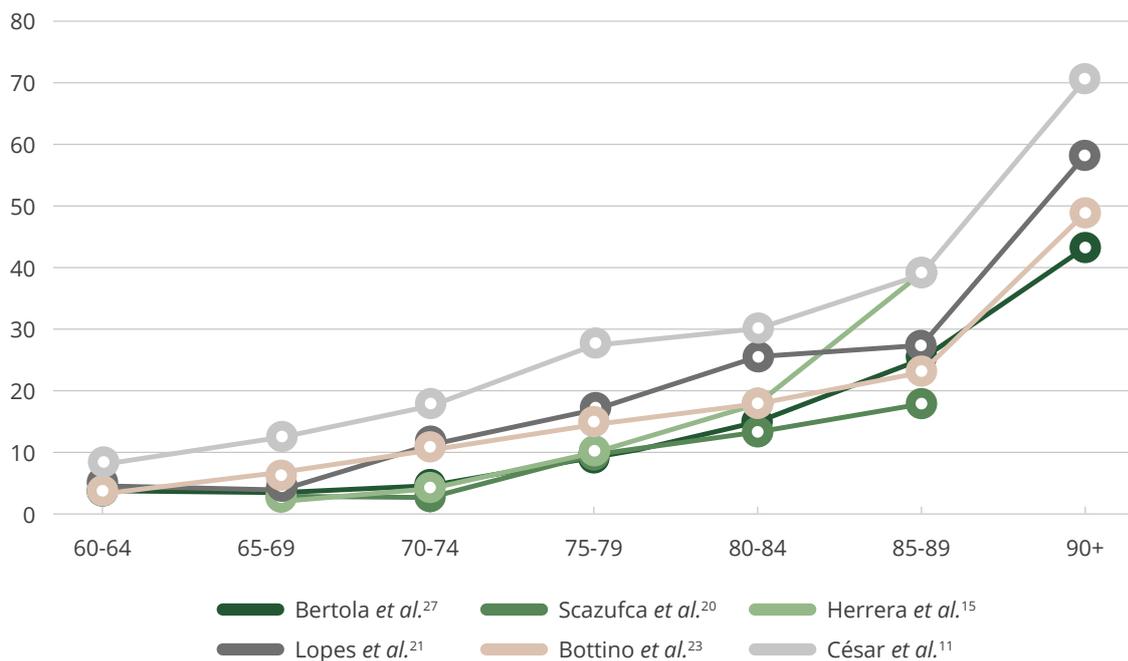
Tabela 1 - Prevalência de demência nos estudos populacionais brasileiros

	Faixa etária							Total % (IC 95%)
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	
Estudos populacionais com amostragem aleatória e diagnóstico clínico								
Herrera <i>et al.</i> ¹⁵	—	1,6	3,2	7,9	15,1	34,7	48,4	7,1 (5,9-8,4) (65+)
Bottino <i>et al.</i> ²³	3,2	5,6	8,9	13,0	16,1	20,5	48,9	12,9 (10,9-14,9) (60+)
Caramelli <i>et al.</i> ¹⁶	—	—	—	—	—	—	—	27,5 (75+)
Lopes <i>et al.</i> ²¹	3,7	3,4	9,5	14,4	24	22,7	59,2	12,5 (11,0-14,0) (60+)
Cesar <i>et al.</i> ¹¹	5,3	10,5	15,4	26,7	30,2	38,7	71,4	17,5 (14,0-20,6)
Estudos populacionais que usaram algoritmo para identificar os casos de demência								
Scazufca <i>et al.</i> ²⁰	—	2,3 (1,3-3,2)	2,0 (0,8-3,1)	7,8 (5,0-10,6)	13,6 (8,4-18,8)	24,1 (13,7-29,1) (85+)	—	5,1 (4,1-6,0) (65+)
Bertola <i>et al.</i> ²⁷	3,2 (2,1-4,7)	2,7 (1,7-4,3)	3,9 (2,7-5,5)	8,7 (6,5-11,4)	12,6 (9,2-17,0)	21,3 (16,5-27,1)	42,8 (32,8-53,4)	5,8 (4,7-7,2) (60+)
Cleret de Langavant <i>et al.</i> ²⁶	—	—	—	—	—	—	—	4,7 (40+) 6,3 (60+)

Abreviação: IC, intervalo de confiança.

Fonte: elaboração própria.

Figura 2 – Prevalência de demência em cada estudo analisado de acordo com a faixa etária



Fonte: elaboração própria.

1.3.2 Carga Global de Doenças (GBD): Prevalência da demência no Brasil

O GBD² estima que, em 2019, 1,85 milhão de brasileiros viviam com doença de Alzheimer (DA) e outras demências, e as projeções indicam que esse número triplicará até 2050 e podendo atingir 6,7 milhões de pessoas afetadas, resultando em um aumento acima de 200%. Contrariamente, nos Estados Unidos, um país mais envelhecido que o Brasil, o incremento projetado é de apenas 100% (Tabela 2).

Embora essas estimativas abarquem indivíduos com 40 anos ou mais, englobando assim a maioria substancial dos casos de demência, 1,72 milhão de pessoas incluídas no estudo – o que equivale a 93% do total – pertenciam à faixa etária de 60 anos ou mais. Esses números resultam em uma prevalência de 5,9% na população com 60 anos ou mais, quando consideradas as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁸, de acordo com as quais havia 29,1 milhões de brasileiros na mesma faixa etária em 2019. Interessante notar que essa estimativa se alinha àquelas encontradas nos estudos de abrangência nacional que se valeram dos dados do ELSI-Brasil



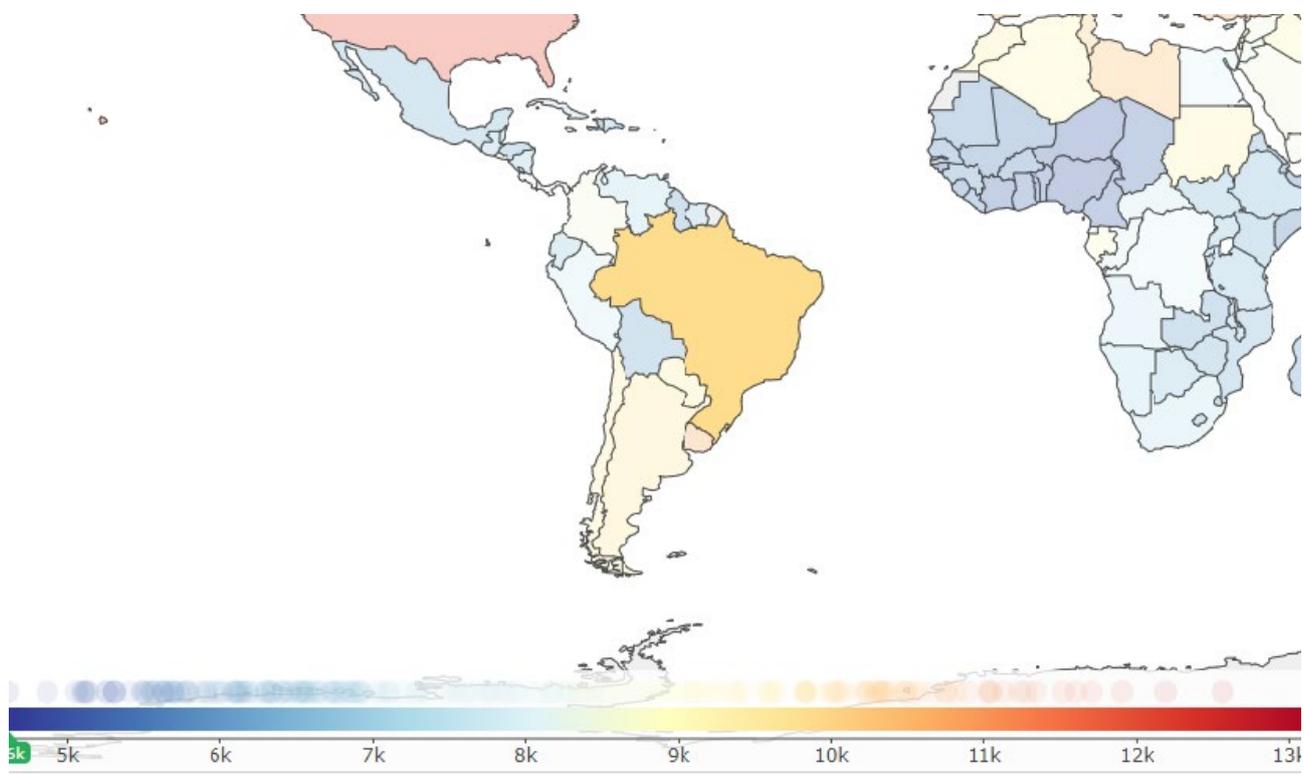
Tabela 2 - Número de pessoas com demência no Brasil e no mundo em 2019 e projeções para 2050, de acordo com dados do Estudo Carga Global de Doenças (GBD)

Abrangência	Número de pessoas com demência (em milhões)		Aumento estimado
	2019	2050	
Global	57,4	152,8	166%
Estados Unidos	5,3	10,5	102%
Brasil	1,8	5,7	206%

Fonte: Dados calculados pelos autores deste capítulo com base nas estimativas do GBD para o ano de 2019².

De acordo com o GBD², a prevalência de demência na América Latina sofre variações relevantes entre os países da região, com o Brasil apresentando uma das taxas mais elevadas. Isso é observado no mapa que consta da Figura 3, o qual destaca a prevalência de demência em pessoas com 70 anos ou mais nos países latino-americanos. Vale ressaltar, no entanto, que essas estimativas estão embasadas principalmente em estudos conduzidos majoritariamente no Estado de São Paulo, especialmente em áreas urbanas.

Figura 3 - Prevalência da demência em pessoas com 70 anos ou mais (casos por 100 mil habitantes)

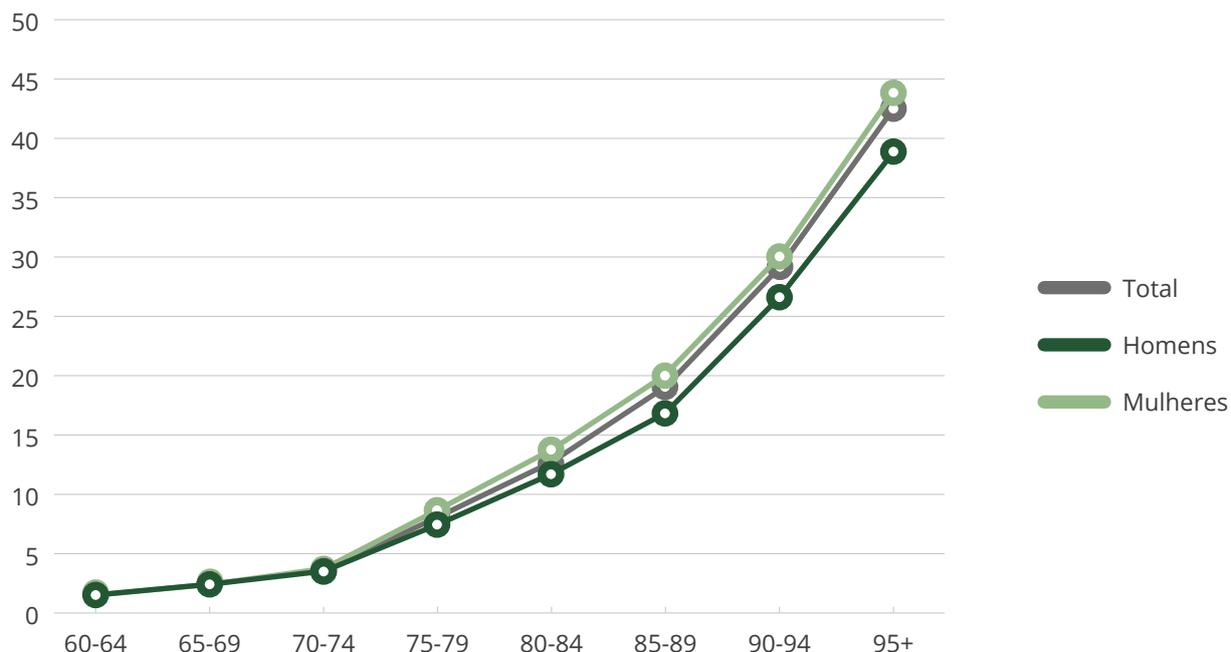


Fonte: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

As estimativas do GBD também mostram um aumento da prevalência com a idade (Figura 4), inclusive com prevalência um pouco mais alta nas mulheres e, em particular, nos grupos etários mais avançados.

Figura 4 - Prevalência da demência no Brasil em 2019 de acordo com o Estudo Carga Global de Doença (GBD)

Prevalência de Demência (%)



Fonte: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

1.3.3 Considerações gerais

Apesar do número pequeno de estudos publicados, o Brasil é o país na América Latina com o maior número de estudos sobre a prevalência da demência. No entanto, uma revisão prévia⁹ avaliou criticamente os estudos de prevalência conduzidos no Brasil e postula que “para extrapolações nacionais, todos os estudos encontrados apresentam alto ou moderado risco de viés em pelo menos dois domínios” dos cinco estudados; mais particularmente, todos os estudos analisados apresentaram viés populacional (validade externa). Portanto, os dados atualmente disponíveis não espelham a fotografia real da situação da demência no país, com seu território extenso e imensa variabilidade (étnica, cultural, educacional e socioeconômica) entre as cinco regiões geográficas.

1.4 Incidência: Estudos originais e Carga Global de Doença (GBD)

As evidências atualmente disponíveis em relação à incidência de demência são ainda mais escassas. No Brasil, foram publicados somente três estudos de incidência²⁹⁻³¹, sendo que todos foram conduzidos no Estado de São Paulo, e apenas dois conduzidos nos últimos 10 anos (Tabela 3)^{30,31}. Em uma coorte de 520 pessoas idosas (linha de base), após uma média de 5 anos de seguimento, encontrou-se uma incidência de 26,1 casos novos/1000 pessoas-ano³⁰, ao passo que outra coorte com 489 idosos (seguimento) revelou uma incidência muito mais baixa, de 11,2/1000 pessoas-ano³¹. Como ambos os estudos foram conduzidos com indivíduos na mesma faixa etária e revelaram importante heterogeneidade de resultados, fica evidenciado nosso conhecimento limitado sobre a incidência da demência no país.

O relatório mundial de demência publicado em 2015³² estimou que aproximadamente 10 milhões de novos casos de demência surgem a cada ano no mundo, com cerca de um caso a cada 3,2 segundos. A incidência na América Latina entre as pessoas com 60 anos ou mais foi estimada em 15,1/1000 pessoas-ano, situando-se entre as estimativas de dois estudos recentes brasileiros^{30,31}, porém sendo inferior àquela encontrada na Europa, de 17,3/1000 pessoas-ano, e nos Estados Unidos, de 17,8/1000 pessoas-ano. Mostra-se mais alta, no entanto, que a incidência na Ásia, de 13,5/1000 pessoas-ano³². Ainda de acordo com o GBD², a incidência da demência em pessoas com 60 anos ou mais no Brasil foi de 7,7/1000 pessoas-ano, sendo 6,9 para os homens e 7,6 para as mulheres.

Tabela 3 - Incidência de demência nos estudos populacionais brasileiros e estimativas do Estudo Carga Global de Doença – GBD (por 1000 pessoas-ano)

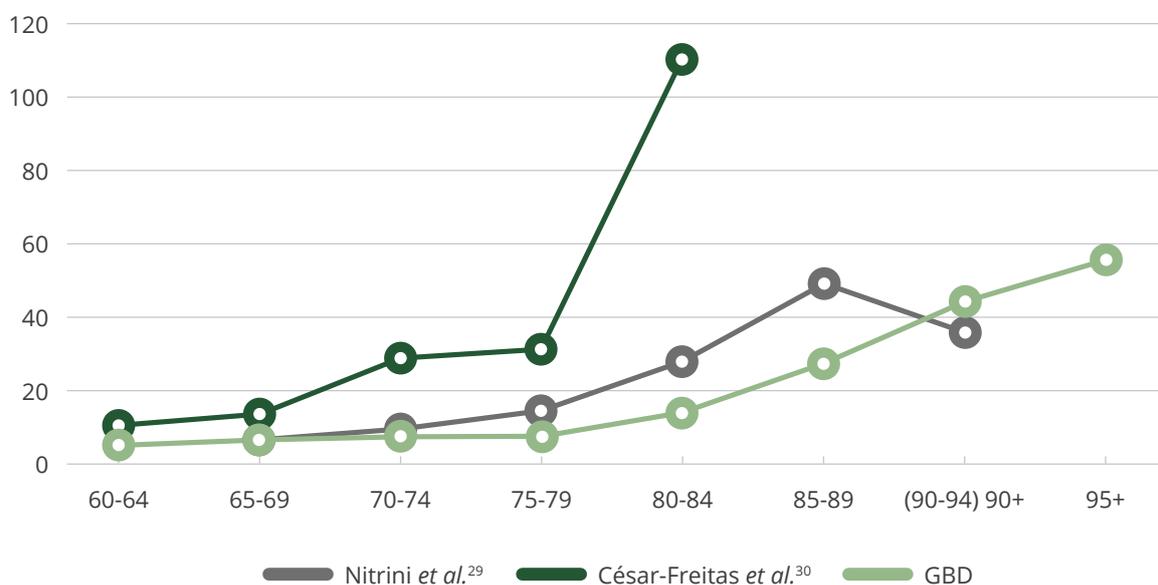
Fonte	60+			65+		
	Mulheres (IC 95%)	Homens (IC 95%)	Total (IC 95%)	Mulheres (IC 95%)	Homens (IC 95%)	Total (IC 95%)
GBD²	7,6 (6,6-8,8)	6,9 (6,0-8,0)	7,7 (6,7-8,9)	11,0 (9,5-12,7)	9,2 (7,9-10,8)	10,2 (8,8-11,8)
Nitrini et al.²⁹	—	—	—	—	—	13,8
Lopes et al.³¹	12,1 (8,0-15,1)	9,1 (4,5-16,4)	11,2 (8,0-15,1)	—	—	—
César-Freitas et al.³⁰	22,2 (14,3-34,4)	35,0 (20,7-59,1)	26,1 (18,7-36,6)	—	—	—

Abreviação: GBD, Estudo Carga Global de Doença; IC, intervalo de confiança.

Fonte: dados calculados pelos elaboradores deste capítulo com base nas estimativas do GBD.

Assim como a prevalência, a incidência também aumenta com a idade (Figura 5).

Figura 5 - Incidência de demência em cada estudo analisado de acordo com a faixa etária



Fonte: elaboração própria.

1.5 Povos e comunidades tradicionais: Populações indígenas

Os estudos epidemiológicos em populações com diferenças étnico-culturais, como os povos originários, são extremamente escassos, e dispomos atualmente de apenas dois estudos de prevalência na população indígena³³⁻³⁵.

A prevalência de comprometimento cognitivo varia entre os dois estudos conduzidos no Estado do Amazonas, ambos utilizando os mesmos instrumentos de avaliação³³⁻³⁵. Diversos fatores podem contribuir para as discrepâncias notadas nesses dois estudos, incluindo o conhecimento total da língua portuguesa, local de moradia (zona rural ou urbana) e condições de saúde. Sabemos que fatores sociais como estigma, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, baixa escolaridade e extrema pobreza são fatores importantes durante o envelhecimento da população sob análise^{33,34}. A falta de conhecimento também impacta na detecção e suspeita de declínio cognitivo. Por exemplo, na comunida-

de urbana de Manaus (AM), cerca de 70% dos indivíduos com 50 anos ou mais desconheciam o que é demência e, dentre os que sabiam, a maior parte acreditava que a demência era normal no processo de envelhecimento³⁵.



No estudo de Carvalho *et al.*³³, que incluiu 217 indígenas (etnia mura) com 50 ou mais anos da aldeia de Pantaleão, localizada no município de Autazes em Manaus (AM), a prevalência de comprometimento cognitivo (comprometimento cognitivo leve e demência) foi estimada em 43,3% (IC 95% = 36,6-49,7), e os principais fatores associados foram idade, educação, índice de massa corpórea e nível econômico. Em uma comunidade multiétnica de Manaus (AM), foram avaliados 141 indígenas na faixa etária entre

50 e 90 anos, registrando-se prevalência de 12,8% de demência e 11,3% de comprometimento cognitivo sem demência, ambas condições associadas a nível educacional, idade e doença cardiovascular³⁵.

Em conclusão, os estudos epidemiológicos na população indígena são ainda mais escassos, e as condições socioeconômicas e de cuidados em saúde mais precárias exigem ações específicas voltadas à população indígena no Brasil.

1.6 Prevalência: Consenso Delphi

1.6.1 Introdução

No Brasil, país que abriga uma população em acelerado processo de envelhecimento, a demência tem se destacado como uma questão de saúde pública premente que demanda uma investigação detalhada²⁷. Entretanto, persistem expressivas limitações em nossa compreensão sobre a prevalência de demência que contemple o vasto território brasileiro³⁶. Até o momento, os estudos epidemiológicos conduzidos no Brasil têm se concentrado, predominantemente, em cidades específicas da Região Sudeste, ao passo que as pesquisas provenientes de outras regiões, ou carecem de uma abordagem em nível populacional, ou representam apenas um grupo demográfico restrito^{11,15,16,21,23}. Além disso, as estimativas nacionais mais recentes – oriundas de técnicas inovadoras como a inteligência artificial e que foram empregadas na análise dos dados provenientes do ELSI-Brasil para estimar a prevalência de demência no Brasil – possuem suas próprias limitações, entre as quais destacamos a ausência de avaliação neuropsicológica abrangente e exames complementares^{26,27}.

Essas inconsistências resultaram na incapacidade de extrair dados mais detalhados sobre o Brasil, deixando fragmentado nosso entendimento sobre a prevalência de demência²⁷. Por exemplo, apesar de a literatura atual fornecer dados estratificados por idade e sexo, faltam evidências subs-

tanciais sobre as variações regionais e possíveis efeitos do subdiagnóstico nas estimativas existentes^{10,17}. Essa carência de entendimento mais aprofundado sobre a demência no Brasil configura uma lacuna relevante, posto que estudos prévios apontam que a prevalência na América Latina é maior que em países de renda alta^{37,38}.

Neste cenário de incertezas, a síntese do conhecimento atual por meio de um consenso entre especialistas emerge como uma oportunidade valiosa e urgente^{39,40}. A aplicação da técnica Delphi para a construção do consenso ora apresentado é justificada quando se busca reunir a contribuição significativa de um grupo de especialistas frente a um problema complexo, ainda não plenamente elucidado pela literatura existente. Especificamente neste caso, optou-se pela técnica Delphi, dada a indefinição que permeia a questão da prevalência de demência no Brasil. Estudos prévios na área de demência também empregaram essa metodologia para estabelecer estimativas sobre a síndrome em países específicos e, inclusive, globalmente⁴⁰. Portanto, a elaboração deste consenso, diante dos desafios em compreender o crescente número de casos de demência no país, fornecerá uma base crucial não apenas para futuras pesquisas, mas também para a formulação de políticas públicas no campo do cuidado à demência no Brasil.

1.6.2 Métodos

1.6.2.1 Painel de especialistas

No total, 15 profissionais/pesquisadores de todas as regiões do Brasil foram convidados por e-mail para integrar um consenso de especialistas com o objetivo de estimar a prevalência de demência no Brasil em pessoas com 60 anos ou mais. O termo “especialista” foi definido com base nos seguintes critérios:

1. **Ter pelo menos cinco anos de experiência clínico-acadêmica na área de demência;**
2. **Possuir formação em uma especialidade que ofereça capacitação em demência, como geriatria, neurologia, psiquiatria ou saúde coletiva;**
3. **Ter formação complementar nas áreas de cognição e epidemiologia, evidenciada pela participação em estudos epidemiológicos prévios sobre demência ou pela obtenção de mestrado ou doutorado na área de cognição;**
4. **Atuar como docente na área de cognição em uma Instituição de Ensino Superior reconhecida pelo Ministério da Educação do Brasil.**

Para ser considerado apto a participar do consenso, o profissional/pesquisador precisava obrigatoriamente cumprir os critérios (1), (2) e (3), sendo o critério (4) considerado desejável. Embora a seleção dos especialistas caracteriza amostragem de conveniência, o painel procurou refletir a representatividade das cinco macrorregiões brasileiras e garantir que os profissionais incluídos proviessem de uma ampla variedade de instituições⁴¹.

1.6.2.2 Elaboração de consenso

O consenso de especialistas aconteceu nos moldes da técnica Delphi modificada, em que a elaboração dos formulários parte de uma ampla revisão da literatura sobre o assunto de interesse. Os formulários utilizados passaram por uma análise preliminar realizada por um grupo de pesquisadores independentes, responsáveis por garantir a quali-

Embora a seleção dos especialistas caracteriza amostragem de conveniência, o painel procurou refletir a representatividade das cinco macrorregiões brasileiras e garantir que os profissionais incluídos proviessem de uma ampla variedade de instituições.

dade do processo. Melhorias foram sugeridas e implementadas nos questionários antes de submetê-los à avaliação pelo painel de especialistas.

Para o estudo descrito neste capítulo, foram programadas até quatro rodadas de opinião para obtenção de consenso sobre a prevalência de demência nas cinco macrorregiões brasileiras, conforme a faixa etária (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, ≥ 90) e o sexo (mulheres e homens). Todas as estimativas foram baseadas no ano calendário de 2019. Isso foi pensado com o intuito de possibilitar a comparação com outro estudo realizado no mesmo período² e, ainda, evitar possíveis distorções nas estimativas causadas pela pandemia do COVID-19. Os formulários seguiram um formato estruturado para reduzir a chance de resultados inconclusivos. Na primeira rodada, os especialistas forneceram comentários e estimativas sobre a prevalência de demência nas cinco macrorregiões brasileiras, conforme a faixa etária e o sexo, após analisar os estudos existentes (concentrados na Região Sudeste) e as diferenças regionais do país (distribuição etária, escolaridade, renda familiar per capita e expectativa de vida). Na segunda rodada, os membros do consenso foram convidados a revisar as suas estimativas prévias de prevalência com base nos resultados da rodada anterior. Na terceira rodada, os especialistas ajustaram suas estimativas comparando seus resultados com o total de casos de demência no Brasil em 2019, conforme publicado em estudo epidemiológico anterior². Na quarta rodada, os pesquisadores revisaram suas estimativas após considerar opiniões expostas pelos demais especialistas envolvidos no consenso.

Desde o início, foi comunicado aos especialistas que as estimativas de prevalência acordadas no consenso contribuiriam para impulsionar pesquisas sobre a demência no Brasil, além de fundamentar o desenvolvimento de políticas públicas. As quatro rodadas foram conduzidas por meio de formulários em Excel enviados via e-mail. Foi disponibilizado um período de um a dois meses para que cada formulário fosse respondido. Entre cada rodada de opinião, houve um intervalo de um a dois meses. Durante esse período, as respostas da etapa anterior e o formulário da etapa seguinte eram apresentados e avaliados por um grupo de pesquisadores independentes. Antes de responderem às rodadas subsequentes, os especialistas tinham acesso aos resultados da etapa anterior. No entanto, é importante ressaltar que as informações referentes à participação de cada especialista foram consideradas confidenciais. Em nenhum relatório ou formulário foi divulgada a identificação nominal do respondente. Dessa forma, as estimativas de cada especialista permaneceram anônimas para os demais participantes durante todo o processo.

Em cada rodada de opinião, foram consideradas 15 estimativas centrais para alcançar o consenso: a prevalência de demência total, inclusive separadamente para homens e mulheres, em cada uma das cinco macrorregiões brasileiras. Consideramos que um consenso final foi alcançado quando mais de 70% das estimativas exibiram um nível de concordância considerado bom. Isso foi estabelecido por dois parâmetros: um coeficiente de correlação intraclasse (CCI) superior a 0,75, indicando semelhança elevada, e um coeficiente de variação (CV) inferior a 20%, apontando para baixa variabilidade^{42,43}.

1.6.2.3 Plano geral de análise

As estimativas de cada rodada de opinião foram apresentadas por medidas de distribuição central, tanto média e desvio-padrão (DP) como mediana e intervalo interquartil (IIQ). O grau de concordância entre os especialistas foi avaliado pelo

coeficiente de correlação intraclasse (CCI) e coeficiente de variação (CV). O primeiro é uma medida que expressa o grau de semelhança entre múltiplas medidas de um mesmo parâmetro realizadas por diferentes observadores. Um CCI alto sugere que as várias medidas sob análise apresentam boa concordância entre si, sendo valores $> 0,75$ considerados adequados¹⁶. Por sua vez, o CV é uma medida da variabilidade relativa de uma distribuição em relação à média. Frequentemente expresso como porcentagem (%), um CV baixo sugere baixa dispersão dos dados e sinaliza que as estimativas estão muito próximas da média. Apesar de não haver notas de corte definidas a priori, nos estudos clínicos os valores de $CV < 10\%$ são considerados excelentes, entre 10% e 20% bons, entre 20% e 30% aceitáveis e $\geq 30\%$ pobres⁴³.

Na rodada em que o consenso foi alcançado, as estimativas de prevalência média e desvio-padrão foram apresentadas. Esses dados foram organizados por faixa etária e sexo e foram estimados tanto para a população geral quanto para as cinco macrorregiões. As estimativas médias para a população total e por sexo nas Regiões Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte foram comparadas com as da Região Sudeste. Para realizar essa comparação, utilizaram-se as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Escolheu-se a Região Sudeste como referência, já que a maior parte dos estudos epidemiológicos provêm dessa região. As estimativas também foram empregadas para calcular a quantidade de pessoas com demência no Brasil em 2019, baseando-se nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre a distribuição da população por idade e sexo⁴⁴. Por fim, para prever o número de brasileiros possivelmente acometidos por demência em 2039 e 2059, recorreu-se às projeções populacionais do IBGE, assumindo a manutenção da prevalência atual da síndrome demencial.

Todas as análises foram realizadas com o pacote estatístico Stata para Windows (versão 17, Stata-Corp, College Station, TX).

1.6.3 Resultados

Um total de 15 especialistas/pesquisadores, sendo nove homens e seis mulheres, foram convidados para participar do consenso, e todos aceitaram o convite. O painel era diversificado e incluía médicos de várias especialidades relacionadas à demência: sete neurologistas, quatro psiquiatras, três geriatras e uma profissional com formação em saúde coletiva. Esses especialistas representavam 12 diferentes instituições, distribuídas pelas cinco macrorregiões do Brasil, sendo sete no Sudeste, duas no Sul, uma no Nordeste, uma no Centro-Oeste e uma no Norte. Em termos de experiência, a mediana de anos de atuação profissional dos especialistas era de 32 anos, com um intervalo interquartil de 20 a 35 anos. Quatorze membros (93%) têm doutorado e um (7%) tem mestrado. Todos os especialistas estão envolvidos em atividades clínicas, além de ensino e pesquisa. Além disso, 73% relataram ter alto ou muito alto nível de conhecimento em epidemiologia.

Todos os 15 especialistas participaram ativamente das quatro rodadas de consulta, garantindo um conjunto de dados completo e sem perdas de informação. Ao avaliar as estimativas nas qua-

tro rodadas de opinião, percebeu-se uma melhoria no grau de concordância entre os especialistas, da primeira para a quarta rodada (Tabela 4). A quarta rodada foi a única em que as três estimativas centrais (prevalência total e conforme o sexo) a para população brasileira atingiram grau de concordância julgado bom. De acordo com este consenso, a prevalência média de demência na população brasileira com 60 anos ou mais correspondeu a 8,5% em 2019, sendo 9,1% entre as mulheres e 7,7% entre os homens (Tabela 4).

De acordo com este consenso, a prevalência média de demência na população brasileira com 60 anos ou mais correspondeu a 8,5% em 2019, sendo 9,1% entre as mulheres e 7,7% entre os homens.

Tabela 4 – Prevalência de demência em brasileiros com idade de 60 anos ou mais em 2019, de acordo com as quatro rodadas de especialistas

Rodada	População	Média (DP)	Mediana (IIQ)	CCI (IC 95%)	CV	Concordância
Primeira	Total	10,9 (2,3)	10,8 (9,3-11,6)	0,69 (0,60-0,77)	21,2	Aceitável
	Mulheres	11,4 (2,5)	11,5 (10,0-11,8)	0,69 (0,58-0,80)	22,3	Aceitável
	Homens	10,2 (2,2)	10,4 (8,2-11,7)	0,69 (0,58-0,80)	22,2	Aceitável
Segunda	Total	10,9 (1,9)	10,8 (9,2-11,7)	0,86 (0,80-0,91)	17,7	Bom
	Mulheres	11,8 (1,9)	11,7 (10,4-12,8)	0,87 (0,81-0,93)	15,7	Bom
	Homens	9,7 (2,1)	9,7 (7,9-10,3)	0,85 (0,77-0,91)	21,3	Aceitável
Terceira	Total	9,8 (2,4)	9,4 (7,9-11,4)	0,85 (0,79-0,90)	24,4	Aceitável
	Mulheres	10,5 (2,4)	9,8 (8,7-12,3)	0,86 (0,77-0,92)	22,8	Aceitável
	Homens	8,9 (2,5)	8,7 (6,5-10,3)	0,85 (0,76-0,91)	27,5	Aceitável
Quarta	Total	8,5 (1,3)	8,5 (7,5-9,1)	0,87 (0,82-0,91)	15,0	Bom
	Mulheres	9,1 (1,4)	9,0 (7,9-10,0)	0,87 (0,80-0,92)	15,2	Bom
	Homens	7,7 (1,3)	7,4 (6,5-8,6)	0,87 (0,80-0,92)	17,2	Bom

Abreviação: DP, desvio padrão; IIQ, intervalo interquartil; CCI, coeficiente de correlação intraclass; IC, intervalo de confiança; CV, coeficiente de variação.

Fonte: elaboração própria.

Na análise dos dados específicos para as cinco macrorregiões brasileiras (Tabela 5), constata-se que apenas a quarta rodada alcançou um nível de concordância satisfatório em mais de 70% das estimativas (primeira rodada = 27%; segunda rodada = 53%; terceira rodada = 20%; quarta rodada = 80%). De modo geral, as estimativas médias dos valores absolutos foram menores para a Região Sul e maiores para a Região Nordeste (Tabela 5). Cabe destacar que, mesmo que a concordância na quarta rodada tenha sido satisfatória para as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, o mesmo não se observou para as Regiões Norte e Nordeste.

Tabela 5 - Prevalência de demência em brasileiros com idade de 60 anos ou mais em 2019, nas cinco macrorregiões brasileiras, de acordo com as quatro rodadas de especialistas

Rodada	Região	População	Média (DP)	Mediana (IIQ)	CCI (IC 95%)	CV	Concordância
Primeira							
	Sudeste	Total	10,3 (1,8)	10,2 (8,7-11,3)	0,77 (0,62-0,90)	17,4	Bom
		Mulheres	10,8 (2,0)	11,0 (9,0-12,0)	0,79 (0,58-0,95)	18,2	Bom
		Homens	9,6 (1,8)	9,5 (8,0-11,0)	0,79 (0,58-0,95)	18,7	Bom
	Sul	Total	9,3 (1,8)	9,2 (8,1-9,6)	0,81 (0,68-0,92)	19,9	Bom
		Mulheres	9,7 (2,1)	9,0 (8,9-11,0)	0,83 (0,65-0,96)	21,7	Aceitável
		Homens	8,8 (1,8)	8,8 (7,3-10,0)	0,83 (0,65-0,96)	20,4	Aceitável
	Centro-Oeste	Total	11,3 (2,7)	10,7 (9,1-12,8)	0,72 (0,55-0,87)	24,1	Aceitável
		Mulheres	11,8 (2,9)	12,0 (10,0-12,5)	0,73 (0,51-0,93)	25,0	Aceitável
		Homens	10,6 (2,6)	10,0 (8,0-13,0)	0,73 (0,51-0,93)	24,9	Aceitável
Nordeste	Total	13,1 (3,8)	12,2 (10,9-14,3)	0,70 (0,53-0,86)	29,2	Aceitável	
	Mulheres	13,9 (4,4)	13,0 (12,0-14,3)	0,72 (0,49-0,93)	32,0	Pobre	
	Homens	12,1 (3,6)	12,0 (9,5-14,6)	0,72 (0,49-0,93)	29,4	Aceitável	
Norte	Total	10,5 (4,2)	10,1 (8,6-12,7)	0,54 (0,35-0,76)	40,2	Pobre	
	Mulheres	10,9 (4,4)	11,0 (9,0-13,0)	0,55 (0,31-0,86)	39,8	Pobre	
	Homens	10,0 (4,2)	10,0 (7,7-13,0)	0,55 (0,31-0,86)	42,0	Pobre	
Segunda							
	Sudeste	Total	10,4 (1,9)	10,2 (8,8-11,3)	0,88 (0,77-0,95)	18,0	Bom
		Mulheres	11,4 (1,8)	11,0 (9,9-12,5)	0,90 (0,78-0,98)	15,9	Bom
		Homens	9,3 (2,0)	9,2 (7,9-10,2)	0,87 (0,71-0,97)	22,0	Aceitável
	Sul	Total	9,1 (1,2)	9,1 (8,5-10,0)	0,91 (0,83-0,97)	13,3	Bom
		Mulheres	10,0 (1,2)	9,8 (9,2-11,0)	0,93 (0,83-0,98)	11,7	Bom
		Homens	8,0 (1,4)	8,2 (7,6-8,8)	0,91 (0,79-0,98)	17,2	Bom
	Centro-Oeste	Total	10,8 (2,3)	10,2 (9,0-12,0)	0,88 (0,77-0,95)	21,1	Aceitável
		Mulheres	11,5 (2,3)	11,5 (9,9-12,7)	0,89 (0,76-0,98)	19,8	Bom
		Homens	10,0 (2,4)	9,7 (7,9-11,6)	0,88 (0,72-0,97)	23,7	Aceitável
Nordeste	Total	12,9 (2,6)	12,7 (11,2-13,6)	0,85 (0,74-0,94)	20,1	Aceitável	
	Mulheres	14,0 (2,6)	14,0 (12,4-14,4)	0,87 (0,72-0,97)	18,7	Bom	
	Homens	11,6 (2,7)	11,7 (9,4-12,7)	0,86 (0,69-0,97)	23,2	Aceitável	
Norte	Total	11,0 (2,4)	10,6 (9,1-12,4)	0,83 (0,69-0,93)	21,3	Aceitável	
	Mulheres	11,8 (2,2)	11,5 (10,2-13,4)	0,85 (0,68-0,97)	18,3	Bom	
	Homens	10,2 (2,7)	9,9 (7,9-11,5)	0,83 (0,64-0,96)	26,2	Aceitável	

continua

conclusão

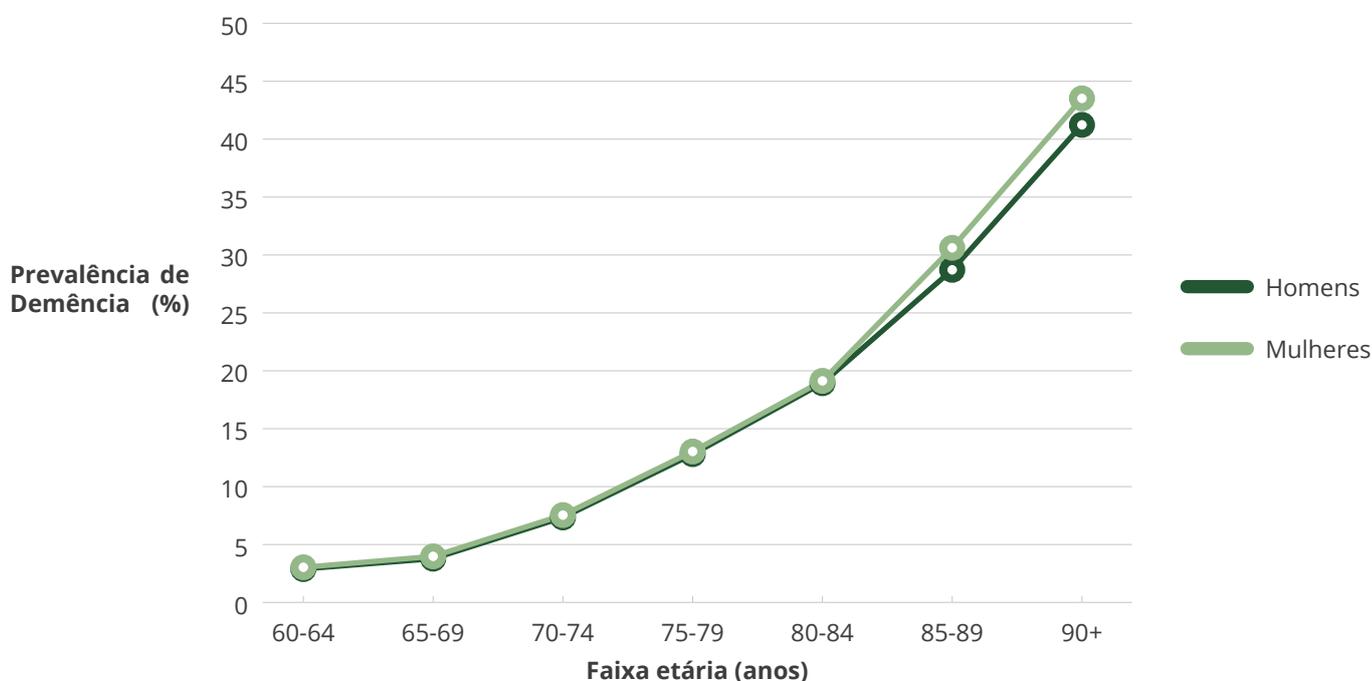
Rodada	Região	População	Média (DP)	Mediana (IIQ)	CCI (IC 95%)	CV	Concordância
Terceira							
	Sudeste	Total	9,4 (2,4)	8,7 (7,6-11,4)	0,86 (0,74-0,94)	25,4	Aceitável
		Mulheres	10,1 (2,4)	9,1 (8,3-12,2)	0,87 (0,71-0,97)	23,9	Aceitável
		Homens	8,5 (2,4)	8,0 (6,3-10,7)	0,86 (0,69-0,97)	28,5	Aceitável
	Sul	Total	8,2 (1,4)	8,2 (6,8-9,1)	0,88 (0,79-0,95)	16,7	Bom
		Mulheres	9,0 (1,4)	8,7 (8,0-9,9)	0,89 (0,76-0,98)	15,8	Bom
		Homens	7,3 (1,4)	7,5 (6,0-8,1)	0,89 (0,76-0,98)	19,5	Bom
	Centro-Oeste	Total	9,7 (2,6)	9,6 (7,3-11,1)	0,87 (0,77-0,95)	26,3	Aceitável
		Mulheres	10,3 (2,5)	9,6 (8,3-12,1)	0,89 (0,75-0,97)	24,6	Aceitável
		Homens	9,0 (2,6)	9,2 (6,8-9,9)	0,88 (0,73-0,97)	29,5	Aceitável
Nordeste	Total	11,7 (3,3)	11,4 (9,5-13,6)	0,82 (0,69-0,93)	28,1	Aceitável	
	Mulheres	12,4 (3,3)	11,8 (10,1-14,4)	0,84 (0,65-0,96)	26,5	Aceitável	
	Homens	10,8 (3,4)	10,8 (7,8-12,7)	0,83 (0,64-0,96)	31,4	Pobre	
Norte	Total	10,3 (2,6)	9,8 (8,3-11,7)	0,85 (0,74-0,94)	24,8	Aceitável	
	Mulheres	11,0 (2,5)	10,2 (9,5-12,7)	0,87 (0,71-0,97)	22,6	Aceitável	
	Homens	9,5 (2,7)	9,3 (6,9-11,0)	0,86 (0,70-0,97)	28,7	Aceitável	
Quarta							
	Sudeste	Total	8,2 (1,4)	8,0 (7,2-8,8)	0,88 (0,79-0,95)	17,3	Bom
		Mulheres	8,8 (1,5)	8,9 (7,6-9,6)	0,89 (0,76-0,98)	17,2	Bom
		Homens	7,3 (1,4)	7,2 (6,2-7,8)	0,89 (0,75-0,98)	19,2	Bom
	Sul	Total	7,3 (0,8)	7,2 (6,7-7,7)	0,89 (0,81-0,96)	11,5	Bom
		Mulheres	7,9 (1,0)	7,7 (7,4-8,3)	0,90 (0,78-0,98)	12,4	Bom
		Homens	6,5 (0,9)	6,4 (5,9-7,1)	0,90 (0,78-0,98)	13,6	Bom
	Centro-Oeste	Total	8,3 (1,3)	8,2 (7,3-9,2)	0,89 (0,80-0,96)	16,1	Bom
		Mulheres	8,8 (1,4)	8,5 (8,0-9,8)	0,90 (0,77-0,98)	15,8	Bom
		Homens	7,8 (1,4)	7,4 (6,7-8,6)	0,90 (0,77-0,98)	18,1	Bom
	Nordeste	Total	10,1 (1,9)	10,4 (8,4-11,5)	0,84 (0,73-0,94)	18,9	Bom
		Mulheres	10,7 (2,2)	11,3 (8,5-12,0)	0,86 (0,69-0,97)	20,2	Aceitável
		Homens	9,2 (1,9)	8,9 (7,7-10,1)	0,85 (0,68-0,97)	20,8	Aceitável
	Norte	Total	8,9 (1,7)	9,1 (7,4-10,1)	0,86 (0,76-0,94)	19,4	Bom
		Mulheres	9,4 (1,7)	9,7 (7,8-10,1)	0,88 (0,73-0,97)	18,7	Bom
		Homens	8,3 (1,8)	8,0 (6,8-9,8)	0,87 (0,72-0,97)	21,5	Aceitável

Abreviação: DP, desvio padrão; IIQ, intervalo interquartil; CCI, coeficiente de correlação intraclasse; IC, intervalo de confiança; CV, coeficiente de variação.

Fonte: elaboração própria.

Com base nas análises das estimativas médias da quarta rodada, estratificadas por sexo e faixa etária, percebe-se que a prevalência da demência aumenta acentuadamente conforme a progressão da idade, sem diferenças significativas entre mulheres e homens (Figura 6 e Tabela 6).

Figura 6 - Prevalência média de demência na população brasileira em 2019, por faixa etária e sexo, de acordo com o consenso de especialistas



Nota: Os valores representam a média das estimativas dos 15 especialistas na quarta rodada de opinião, na qual o consenso foi atingido.

Fonte: elaboração própria

Tabela 6 - Prevalência de demência na população brasileira em 2019, por faixa etária e sexo, de acordo com o consenso de especialistas

Faixa etária	Média (desvio-padrão)		
	Total	Mulheres	Homens
60-64 anos	2,0 (0,1)	2,0 (0,1)	2,1 (0,1)
65-69 anos	3,9 (0,1)	3,8 (0,2)	4,0 (0,2)
70-74 anos	7,4 (0,2)	7,3 (0,2)	7,5 (0,2)
75-79 anos	13,7 (0,3)	13,6 (0,4)	13,8 (0,4)
80-84 anos	21,2 (0,4)	21,3 (0,5)	21,2 (0,5)
85-89 anos	29,4 (0,5)	29,7 (0,8)	29,1 (0,8)
90 anos ou mais	43,8 (0,8)	44,3 (1,2)	43,3 (1,2)

Nota: Os valores representam a média de prevalência com o respectivo desvio-padrão.

Fonte: elaboração própria.

A análise das estimativas de prevalência de demência para as macrorregiões brasileiras revelou que, em comparação com a Região Sudeste, os especialistas apontaram uma prevalência menor da síndrome na Região Sul e maior nas Regiões Norte e Nordeste (Tabela 7).

Tabela 7 - Razão de prevalência média estimada para quatro macrorregiões brasileiras, tendo como referência o Sudeste, de acordo com as opiniões dos especialistas

Razão de prevalência média (IC 95%)	
Sul	
Total	0,92 (0,87-0,98)
Mulheres	0,91 (0,84-0,97)
Homens	0,93 (0,88-0,98)
Centro-Oeste	
Total	1,06 (0,98-1,14)
Mulheres	1,10 (1,01-1,19)
Homens	1,04 (0,97-1,12)
Nordeste	
Total	1,21 (1,13-1,29)
Mulheres	1,26 (1,16-1,35)
Homens	1,18 (1,11-1,26)
Norte	
Total	1,14 (1,05-1,24)
Mulheres	1,19 (1,08-1,30)
Homens	1,12 (1,03-1,22)

Fonte: elaboração própria.

As diferentes estimativas de prevalência nas cinco macrorregiões do Brasil, estratificadas por sexo e faixa etária, estão expostas na Tabela 8.

Tabela 8 – Prevalência de demência na população brasileira em 2019 (por faixa etária, sexo e macrorregião do país) de acordo com o consenso de especialistas

Macrorregião e Faixa etária	Média (desvio-padrão)		
	Total	Mulheres	Homens
Sudeste			
60-64 anos	1,7 (0,2)	1,6 (0,3)	1,9 (0,4)
65-69 anos	3,2 (0,2)	3,1 (0,3)	3,3 (0,3)
70-74 anos	6,7 (0,4)	6,5 (0,5)	6,9 (0,5)
75-79 anos	12,8 (0,7)	12,5 (1,0)	13,1 (1,0)
80-84 anos	19,8 (0,9)	19,5 (1,2)	20,0 (1,3)
85-89 anos	27,7 (1,3)	27,7 (1,8)	27,7 (1,8)
90 anos ou mais	42,6 (1,8)	43,0 (2,6)	42,2 (2,5)
Sul			
60-64 anos	1,6 (0,2)	1,6 (0,3)	1,7 (0,3)
65-69 anos	3,2 (0,3)	3,1 (0,4)	3,2 (0,4)
70-74 anos	5,6 (0,2)	5,5 (0,3)	5,7 (0,3)
75-79 anos	12,1 (0,6)	11,7 (0,8)	12,4 (0,9)
80-84 anos	18,5 (0,6)	18,4 (0,9)	18,6 (0,9)
85-89 anos	26,0 (1,1)	26,4 (1,7)	25,5 (1,6)
90 anos ou mais	41,8 (1,7)	42,2 (2,5)	41,4 (2,4)
Centro-oeste			
60-64 anos	2,1 (0,2)	2,0 (0,3)	2,2 (0,4)
65-69 anos	4,0 (0,3)	3,8 (0,4)	4,2 (0,5)
70-74 anos	8,1 (0,3)	8,0 (0,5)	8,3 (0,5)
75-79 anos	14,3 (0,4)	14,2 (0,5)	14,4 (0,5)
80-84 anos	22,1 (0,8)	22,2 (1,2)	22,0 (1,2)
85-89 anos	30,6 (1,2)	30,8 (1,7)	30,4 (1,6)
90 anos ou mais	44,2 (1,9)	44,6 (2,8)	43,7 (2,7)
Nordeste			
60-64 anos	2,1 (0,2)	2,0 (0,3)	2,3 (0,3)
65-69 anos	4,1 (0,3)	4,0 (0,5)	4,3 (0,5)
70-74 anos	8,5 (0,4)	8,4 (0,6)	8,7 (0,6)
75-79 anos	14,7 (0,8)	14,7 (1,1)	14,7 (1,1)
80-84 anos	22,7 (1,1)	22,7 (1,6)	22,6 (1,6)
85-89 anos	31,4 (1,5)	31,6 (2,1)	31,2 (2,1)
90 anos ou mais	46,2 (2,4)	46,6 (3,4)	45,8 (3,4)
Norte			
60-64 anos	2,4 (0,3)	2,3 (0,5)	2,5 (0,5)
65-69 anos	4,8 (0,4)	4,6 (0,6)	5,1 (0,6)
70-74 anos	8,5 (0,4)	8,3 (0,6)	8,7 (0,6)
75-79 anos	15,2 (0,4)	15,1 (0,6)	15,3 (0,6)
80-84 anos	23,4 (0,9)	23,5 (1,3)	23,3 (1,3)
85-89 anos	31,9 (1,4)	32,1 (2,0)	31,7 (2,0)
90 anos ou mais	45,9 (2,2)	46,4 (3,2)	45,4 (3,2)

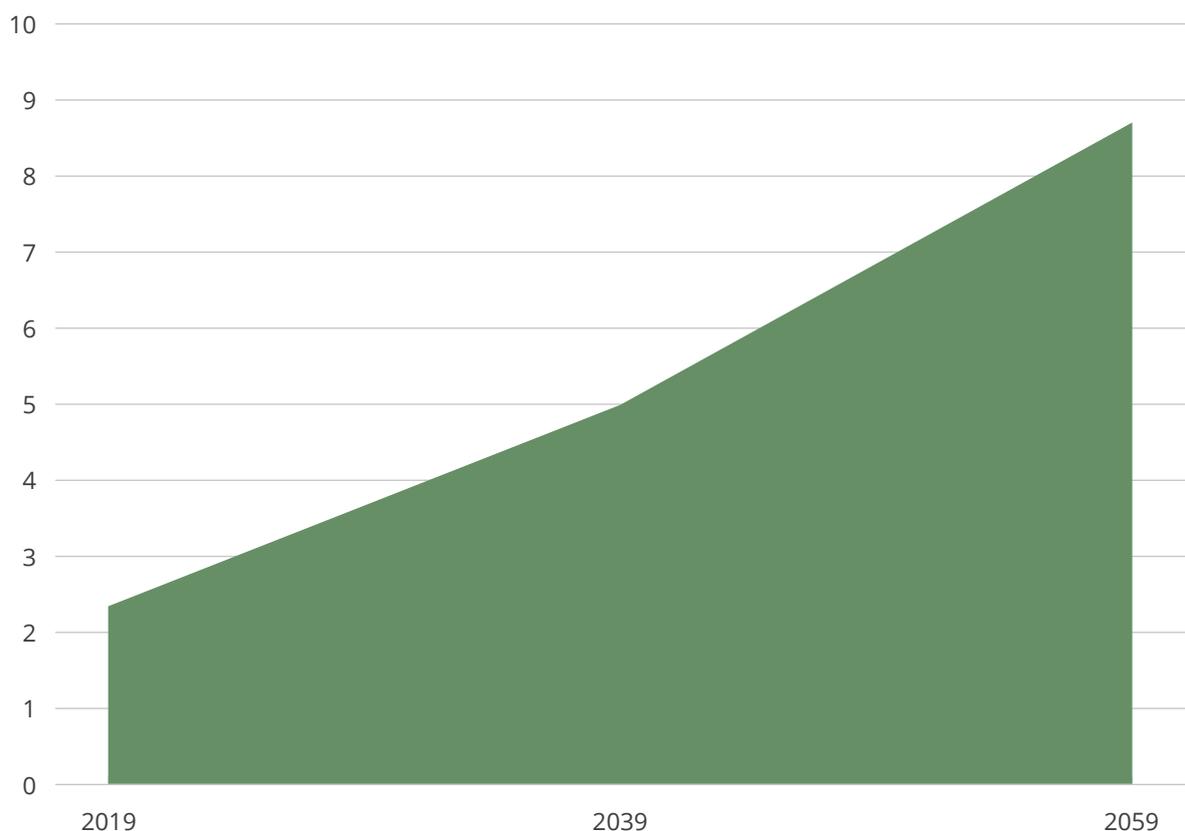
Nota: Os valores representam a média de prevalência com o respectivo desvio-padrão.

Fonte: elaboração própria.

Ao aplicar as estimativas de consenso entre os especialistas à distribuição da população brasileira por sexo e idade, conforme dados do IBGE, estima-se que, em 2019, cerca de 2,46 milhões de brasileiros com idade de 60 anos ou mais possuíam demência. Se mantidas as condições atuais, conforme projeções para a população brasileira em duas e quatro décadas, o número de casos de demência poderia subir para 5,05 milhões e 8,74 milhões em 2039 e 2059, respectivamente (Figura 7).

Figura 7 - Número de casos de demência no Brasil de acordo com consenso de especialistas

**Casos de demência
(em milhões)**



Nota: Foram utilizadas as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a população brasileira com idade de 60 anos ou mais, de acordo com a faixa etária e o sexo, para os anos de 2019, 2039 e 2059.

Fonte: elaboração própria.

1.6.4 Conclusões

O Consenso Delphi revela aspectos críticos da prevalência de demência no Brasil. A necessidade de quatro rodadas para alcançar o consenso entre os especialistas destaca a complexidade do tema e indica uma lacuna de pesquisa significativa. O consenso aponta para uma prevalência de demência de 8,5% na população idosa em 2019, sendo ligeiramente mais alta entre as mulheres. Esse número é especialmente alarmante à luz do rápido envelhecimento da população brasileira. Levando-se em conta as projeções do IBGE relativas ao crescimento populacional, o número de casos de demência pode quase quadruplicar até 2059, caso as condições atuais persistam.

Variações geográficas na prevalência foram observadas, especialmente com índices menores no Sul e maiores no Norte e Nordeste. Notavelmente, as duas últimas regiões apresentaram menor concordância entre os especialistas, o que realça a necessidade de estudos adicionais, sobretudo no Norte e Nordeste.

Apesar das limitações metodológicas, o Consenso Delphi serve tanto como um alerta quanto como uma diretriz inicial para futuras pesquisas. A padronização metodológica e a expansão das pesquisas para todas as macrorregiões brasileiras são cruciais para uma compreensão mais precisa do cenário nacional. Esses dados são fundamentais para o planejamento de políticas públicas eficientes e para a alocação de recursos em saúde, visando mitigar o impacto da demência no Brasil.

O consenso aponta para uma prevalência de demência de 8,5% na população idosa em 2019, sendo ligeiramente mais alta entre as mulheres.

1.7 Recomendações

- **Melhorar a qualidade** e ampliar a evidência sobre a prevalência e incidência da demência para todas as cinco regiões geográficas do país. O consenso Delphi não substitui a evidência.
- **Harmonizar a metodologia** dos estudos populacionais de prevalência e incidência.
- **Monitorar tanto a prevalência como a incidência** ao longo dos anos, por meio de novos estudos.
- **Realizar um estudo nacional multicêntrico** e com metodologia robusta que subsidie o cálculo das estimativas regionais de prevalência.
- **Estudar o impacto dos diferentes determinantes socioeconômicos** e demográficos da prevalência e incidência da demência nas cinco regiões geográficas do país.

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on the public health response to dementia**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>. Acesso em: 23 ago. 2024.
2. GBD 2019 DEMENTIA FORECASTING COLLABORATORS. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet Public Health**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. e105-e125, feb. 2022. DOI: 10.1016/s2468-2667(21)00249-8.
3. NITRINI, R. *et al.* Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. **Int. Psychogeriatr.**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 622-630, Aug 2009. DOI: 10.1017/S1041610209009430.
4. XIANG, Y. *et al.* Systematic Review Estimating the Burden of Dementia in the Latin America and Caribbean Region: A Bayesian Approach. **Front. Neurol.**, [s. l.], v. 12, 2021. DOI:10.3389/fneur.2021.628520.
5. SANCHEZ, C. Z. *et al.* Prevalencia de demencia en adultos mayores de America Latina: revision sistematica. **Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.**, [s. l.], v. 54, n. 6, p. 346-355, 2019. DOI: 10.1016/j.regg.2018.12.007.
6. RIBEIRO, F. *et al.* Prevalence of dementia in Latin America and Caribbean countries: Systematic review and meta-analyses exploring age, sex, rurality, and education as possible determinants. **Ageing Res. Rev.**, [s. l.], v. 81, nov. 2022. DOI: 10.1016/j.arr.2022.101703.
7. FAGUNDES, S. D. *et al.* Prevalence of dementia among elderly Brazilians: a systematic review. **São Paulo Med. J.**, [s. l.], v. 129, n. 1, p. 46-50, Jan 2011. DOI: 10.1590/s1516-31802011000100009.
8. FARINA, N. *et al.* A systematic review and meta-analysis of dementia prevalence in seven developing countries: A STRiDE project. **Glob. Public Health**, [s. l.], v. 15, n. 12, p. 1878-1893, dec. 2020. DOI: 10.1080/17441692.2020.1792527.
9. CHAIMOWICZ, F.; BURDORF, A. Reliability of Nationwide Prevalence Estimates of Dementia: A Critical Appraisal Based on Brazilian Surveys. **PLoS One**, [s. l.], v. 10, n. 7, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0131979.
10. VIANA, G. *et al.* Aplicação do teste de informação, memória e concentração (IMC) ao estudo epidemiológico de demência senil em Fortaleza. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 7, p. 396-408, 1991.
11. CESAR, K. G. *et al.* Prevalence of Cognitive Impairment Without Dementia and Dementia in Tremembe, Brazil. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 264-271, 2016. DOI: 10.1097/WAD.0000000000000122.

12. LAKS, J. *et al.* Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: importance of evaluating activities of daily living. **Arq. Neuropsiquiatr.**, [s. l.], v. 63, n. 2^a, p. 207-212, jun. 2005. DOI: 10.1590/s0004-282x2005000200003.
13. RAMOS-CERQUEIRA, A. T. *et al.* Identification of dementia cases in the community: a Brazilian experience. **J. Am. Geriatr. Soc.**, [s. l.], v. 53, n. 10, p. 1738-1742, oct. 2005. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53553.x.
14. RIBEIRO, P. C. C.; LOPES, C. L.; LOURENCO, R. A. Prevalence of dementia in elderly clients of a private health care plan: a study of the FIBRA-RJ, Brazil. **Dement. Geriatr. Cogn. Disord.**, [s. l.], v. 35, n. 1-2, p. 77-86, 2013. DOI: 10.1159/000345984.
15. HERRERA JR., E. *et al.* Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002. DOI: 10.1097/00002093-200204000-00007.
16. CARAMELLI, P. *et al.* P3-163: Prevalence of cognitive impairment and dementia in a cohort of oldest old in Brazil: The Pietà study. **Alzheimer's & Dementia**, [s. l.], v. 5, n. 4S_Part_13, p. 391-392, 2009. DOI: 10.1016/j.jalz.2009.04.1037.
17. BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R. Cognitive impairment in individuals with low educational level and homogeneous sociocultural background. **Dement Neuropsychol.**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 345-350, 2014. DOI: 10.1590/S1980-57642014DN84000007.
18. CORREIA, C. C. *et al.* AD8-Brazil: cross-cultural validation of the ascertaining dementia interview in Portuguese. **J. Alzheimers Dis.**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 177-185. DOI: 10.3233/JAD-2011-100915.
19. LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.
20. SCAZUFCA, M. *et al.* High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in Sao Paulo, Brazil. **Int. Psychogeriatr.**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 394-405, 2008. DOI: 10.1017/S1041610207005625.
21. LOPES, M. A. *et al.* High prevalence of dementia in a communitybased survey of older people from Brazil: association with intellectual activity rather than education. **J. Alzheimers Dis.**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 307-316, 2012. DOI: 10.3233/JAD-2012-120847.
22. VERAS, R. P.; MURPHY, E. The mental health of older people in rio de janeiro. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 285-295, 1994. DOI: 10.1002/gps.930090405.
23. BOTTINO, C. M. *et al.* Estimate of dementia prevalence in a community sample from Sao Paulo, Brazil. **Dement. Geriatr. Cogn. Disord.**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 291-299, 2008. DOI: 10.1159/000161053.
24. MAGALHÃES, M. O. *et al.* Risk factors for dementia in a rural área of Northeastern Brazil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 66, n. 2A, p. 157-162, jun. 2008. DOI: 10.1590/s0004-282x2008000200003.

25. BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Pública**, [s. l.], v. 42, 2008.
26. LANGAVANT, L. *et al.* Approximating dementia prevalence in population-based surveys of aging worldwide: An unsupervised machine learning approach. **Alzheimers Dement**, New York, v. 6, n. 1, 2020. DOI: 10.1002/trc2.12074.
27. BERTOLA, L. *et al.* Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment No Dementia in a Large and Diverse Nationally Representative Sample: The ELSI-Brazil Study. **J. Gerontol.**, [s. l.], v. 78, n. 6, p. 1060-1068, jun. 2023. DOI: 10.1093/gerona/glad025.
28. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070**. Rio de Janeiro:IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 3 set. 2024.
29. NITRINI, R. *et al.* Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 241-246, 2004.
30. CESAR-FREITAS, K. G. *et al.* Incidence of dementia in a Brazilian population: The Tremembe Epidemiologic Study. **Alzheimers Dement.**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 581-590, 2022. DOI: 10.1002/alz.12423.
31. LOPES, M. A. Incidence of dementia in a population cohort of older people from Sao Paulo, Brazil. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, [s. l.], v. 37, n. 2, 2022. DOI: 10.1002/gps.5660.
32. PRINCE, M. J. *et al.* **World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends**. London: Alzheimer's Disease International, 2015. Disponível em: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2024.
33. CARVALHO, A. P. *et al.* Prevalence of cognitive impairment in Brazilian indigenous community from Amazonas. **Dement. europsychol.**, v. 16, p. 457-465, 2022.
34. SOUZA-TALARICO, J. N. *et al.* Dementia and Cognitive Impairment Prevalence and Associated Factors in Indigenous Populations: A Systematic Review. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, v. 30, n. 3, p. 281-287, 2016. DOI: 10.1097/wad.000000000000140.
35. BEZERRA, C. C. **Prevalência de demência e comprometimento cognitivo não demência em adultos e idosos indígenas da região urbana em Manaus**. 2023. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Universidade de São Paulo. Orientadora: Juliana Nery de Souza Talarico.
36. MELO, S. C. *et al.* Dementias in Brazil: increasing burden in the 2000-2016 period. Estimates from the Global Burden of Disease Study 2016. **Arq. Neuropsiquiatr.**, [s. l.], v. 78, n. 12, p. 762-771, 2020. DOI: 10.1590/0004-282X20200059.
37. PARRA, M. A. *et al.* Dementia in Latin America: Paving the way toward a regional action plan. **Alzheimers Dement.**, v. 17, n. 2, p. 295-313, 2021. DOI: 10.1002/alz.12202.

38. Suemoto CK, Mukadam N, Brucki SMD, *et al.* Risk factors for dementia in Brazil: Differences by region and race. **Alzheimers Dement.**, v. 19, n. 5, p. 1849-1857, 2023. DOI: 10.1002/alz.12820.
39. KEENEY, S.; MCKENNA, H. A.; HASSON, F. **The Delphi Technique in Nursing and Health Research.** [s. l.]: John Wiley & Sons, 2011.
40. FERRI, C. P. *et al.* Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. **The lancet**, [s. l.], v. 366, n. 9503, p. 2112-2117, 2005.
41. ALIBERTI, M. J. R. *et al.* Targeted Geriatric Assessment for Fast-Paced Healthcare Settings: Development, Validity, and Reliability. **J. Am. Geriatr. Soc.**, [s. l.], v. 66, n. 4, p. 748-754, 2018. DOI: 10.1111/jgs.15303.
42. KOO, T. K.; LI, M. Y. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. **J. Chiropr. Med.**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 155-163, 2016. DOI: 10.1016/j.jcm.2016.02.012.
43. RODRIGUES, L. *et al.* Sampling plan and methodological aspects: a household healthcare survey in Piauí. **Rev. Saúde Pública**, [s. l.], v. 55, p. 118, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003441.
44. COSTANZI, R. N. Breve análise da nova projeção da população do IBGE e seus impactos previdenciários. **Informações Fipe**, [s. l.], set. 2018. Disponível em: <https://downloads.fipe.org.br/publicacoes/bif/bif456-11-16.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2024.



2

Mortalidade

2.1 Pontos Principais

- **No Brasil, existe apenas um estudo populacional original** sobre a mortalidade relacionada à demência.
- **A robustez dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)** depende da qualidade dos dados atestados nas declarações de óbito, podendo variar nas diferentes regiões do país. Similarmente, a qualidade dos dados também é dependente da qualidade das taxas de diagnóstico.
- **Em 2019, a demência foi a quarta causa de morte** nos brasileiros acima de 70 anos, e a demência por doença de Alzheimer foi a principal causa (78,3%) de óbito relacionada à demência no Brasil, de acordo com o Estudo Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease* – GBD).
- **Entre 2010 e 2021, o Brasil apresentou crescimento no registro de óbitos relacionados à demência.**
- **Entre os brasileiros com mais de 60 anos**, as maiores taxas de mortalidade por demência foram registradas para as mulheres.
- **As Regiões Nordeste e Norte apresentam as menores taxas de mortalidade por 100 mil habitantes** (90,6 e 121,5, respectivamente); em contrapartida, as Regiões Sul (160,2), Centro-Oeste (165,3) e Sudeste (181,9) apresentam taxas mais elevadas. Notadamente, no período de 2010 a 2021, o maior aumento de mortalidade foi observado na Região Centro-Oeste e o menor, na Região Sudeste.
- **A taxa de mortalidade geral da população acima de 60 anos apresentou declínio entre 2010 e 2019** (período pré-pandemia), enquanto a taxa relacionada à demência sofreu tendência de aumento. Entre 2020 e 2021 (período de pandemia), tanto as taxas de mortalidade geral quanto as relacionadas à demência aumentaram acentuadamente.
- **Em 2019, a idade média do óbito de pessoas com demência (84,7 anos)** foi superior à dos óbitos por qualquer causa (77,7 anos), destacando-se especialmente nas Regiões Sudeste e Sul ao longo de todo o período analisado (2010-2021).
- **Em 2019, a média de idade dos óbitos nas mulheres com demência (85,7 anos) ultrapassou a média registrada para os homens (83 anos).**
- **Durante o período pré-pandemia (2010-2019), houve uma tendência de aumento na média da idade do óbito na população acima de 60 anos**, tanto nos óbitos relacionados à demência quanto nos óbitos por qualquer causa. Entre 2020 e 2021 (período de pandemia), essa tendência de aumento da média da idade do óbito relacionado à demência foi mantida, enquanto a média de idade do óbito por qualquer causa diminuiu.

2.2 Introdução

As síndromes demenciais são a sétima causa de mortalidade no mundo¹ e passam por um aumento progressivo, de modo que as mortes causadas por essas condições clínicas quase triplicaram entre 1990 e 2019². Além disso, dados recentes mostram que a idade média no momento do óbito por doença de Alzheimer (DA) corresponde a 78,6 anos, ao passo que o tempo de sobrevivência após o diagnóstico é estimado em 5,8 anos³. Um estudo conduzido em seis países da América Latina, China e Índia estimou que a mortalidade por demência oscila de 59,5 na zona rural peruana até 216,1 por 1000 pessoas-ano na zona rural da China⁴. O mesmo estudo mostrou que as taxas de mortalidade em pessoas com demência são até 3 vezes maiores quando comparadas às da população geral na mesma faixa etária⁴.

Até o momento no Brasil, há poucos dados publicados sobre a mortalidade relacionada à demência. Um dos estudos disponíveis, que utilizou dados do Estudo Carga Global de Doença (GBD), aponta que as taxas de mortalidade por demência aumentaram entre 2000 e 2016, de modo que a demência saiu da quarta para a segunda posição na contabilização das principais causas de morte em pessoas com idade ≥ 70 anos⁵. Um estudo anterior, baseado nos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, disponíveis entre os anos de 2000 e 2009, já apontava, no entanto, uma tendência de



crescimento da taxa de mortalidade por demência⁶. Mais recentemente, a tendência de aumento na taxa de mortalidade por DA no Brasil, entre 2000 e 2019, foi documentada em outro estudo⁷. Notadamente, ao analisar as principais causas de mortalidade em indivíduos com 70 anos ou mais, a DA deixou a sétima posição em 1990 para ocupar a quarta posição em 2019⁸. Por outro lado, o único estudo populacional brasileiro, que seguiu uma coorte de 1.393 pessoas residentes na cidade de Catanduva (SP), encontrou um risco de mortalidade entre pessoas com demência 3,9 vezes maior que o estimado para a população geral da mesma faixa etária residente no município⁹.

Considerando o desafio imputado pelo crescente envelhecimento da população brasileira, torna-se indispensável aprofundar o conhecimento científico sobre a mortalidade relacionada à demência no Brasil, a fim de compreender as tendências ao longo do tempo na população mais velha e orientar a provisão e organização de equipamentos de saúde pública, melhorando, desse modo, o acesso às medidas de prevenção, tratamento e cuidado que são adequadas ao contexto brasileiro.

Considerando o desafio imputado pelo crescente envelhecimento da população brasileira, torna-se indispensável aprofundar o conhecimento científico sobre a mortalidade relacionada à demência no Brasil.

2.3 Métodos

Os dados brasileiros apresentados neste relatório são derivados das plataformas digitais do sistema de acesso à informação do Governo Federal, mais particularmente do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), cujos dados provêm dos registros apontados na declaração de óbito. O SIM foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. Com o intuito de determinar as taxas de mortalidade relacionadas à demência, foram consideradas as projeções estimadas para a população brasileira que estão disponíveis no *website* do Ministério da Saúde¹⁰.

Para definir o número de óbitos por demência, foram considerados apenas os casos em que um dos seguintes diagnósticos foram incluídos (em qualquer posição) entre as causas da morte na declaração de óbito, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10): G30 (doença de Alzheimer), F00 (demência na doença de Alzheimer), F01 (demência vascular), F02 (demência em outras doenças classificadas em outras partes) e F03 (demência não especificada).

Dada a baixa prevalência de demência nas pessoas abaixo de 60 anos¹¹, neste capítulo os dados serão apresentados separadamente para os indivíduos com idades de 60 anos ou mais e para aqueles entre 40 e 59 anos. Além da mortalidade por demência, a mortalidade por qualquer causa foi considerada, com o intuito de melhor entender a mortalidade por demência em relação à mortalidade geral. Para as estimativas anuais, foi considerada a distribuição etária da população brasileira para o ano corrente da análise de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Além da análise dos dados obtidos por meio do SIM, foram exploradas as tendências para a mortalidade relacionada à demência com base nos dados gerados a partir dos resultados do GBD⁸, e, neste caso, foi considerada a população com 55 anos ou mais devido a questões metodológicas do GBD e a disponibilidade dos dados.

Para a análise de tendências em séries temporais, foi utilizado o modelo de regressão de Prais-Winsten¹², implementado no Software Stata (versão 14.0).

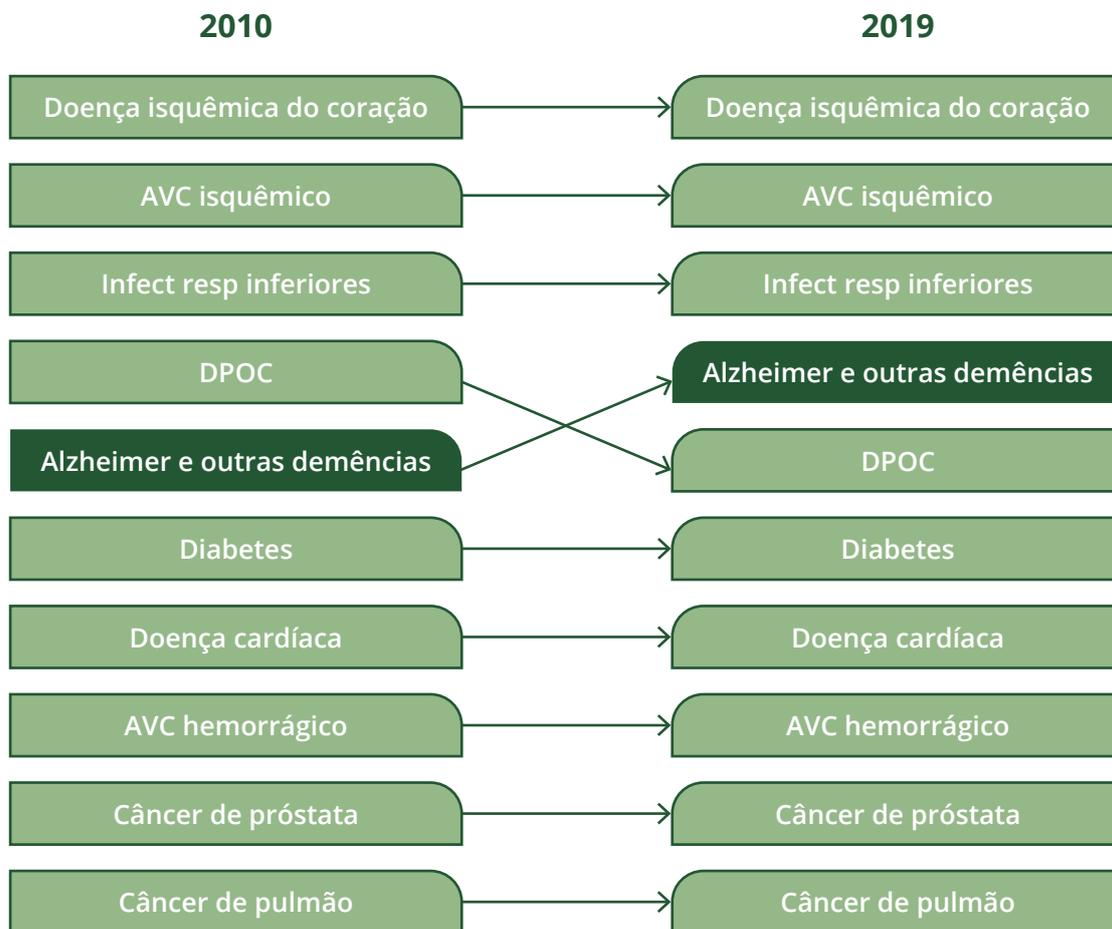
2.4 Resultados

2.4.1 O que se sabe sobre mortalidade? Dados do Estudo Carga Global de Doenças (GBD)

Entre 2010 e 2019 no Brasil, O GBD estima que ocorreram 456.368 mortes relacionadas à demência nas pessoas com 55 anos ou mais, com um intervalo de confiança de 95% entre 115,601 e 1.179,933 óbitos. Os dados do GBD indicam que a taxa de mortalidade por demência correspondeu a 373,46 e 385,12 óbitos (por cada 100.000 pessoas com 70 anos ou mais) em 2010 e 2019, respectivamente, o que representa um incremento de 3,12% ao longo do período analisado.

A Figura 8 mostra a mudança no ranqueamento das maiores causas de mortalidade para a população brasileira com 70 anos ou mais entre 2010 e 2019, período em que as demências deixaram o quinto lugar para ocupar a quarta posição. A Figura 9 apresenta a tendência de crescimento no número de óbitos relacionados à demência para o mesmo período.

Figura 8 - Principais causas de mortalidade na população acima de 70 anos no Brasil em 2010 e 2019



Abreviações: AVC, acidente vascular cerebral; DPOC, doença pulmonar obstrutiva crônica.

Fonte: elaboração própria.

Segundo as estimativas do GBD, em 2019 ocorreram 54.271 óbitos relacionados à demência em pessoas com 55 anos ou mais, com um intervalo de confiança de 95% oscilando entre 13.777 e 140.630. Os dados do GBD também apontam maiores taxas de mortalidade para o sexo feminino no mesmo ano: 150,25 óbitos por cada 100.000 habitantes para as mulheres e 112,41 para os homens. Entretanto, apesar do aumento importante no número absoluto de óbitos ao longo do tempo, a taxa de mortalidade relacionada à demência teve pequena variação ao longo do período analisado. (Figura 10).

Apesar do aumento importante no número absoluto de óbitos ao longo do tempo, a taxa de mortalidade relacionada à demência teve pequena variação ao longo do período analisado.

Figura 9 - Número de óbitos relacionados à demência em pessoas acima de 55 anos no Brasil, entre 2010 e 2019, com base nas estimativas do Estudo Carga Global de Doenças (GBD)

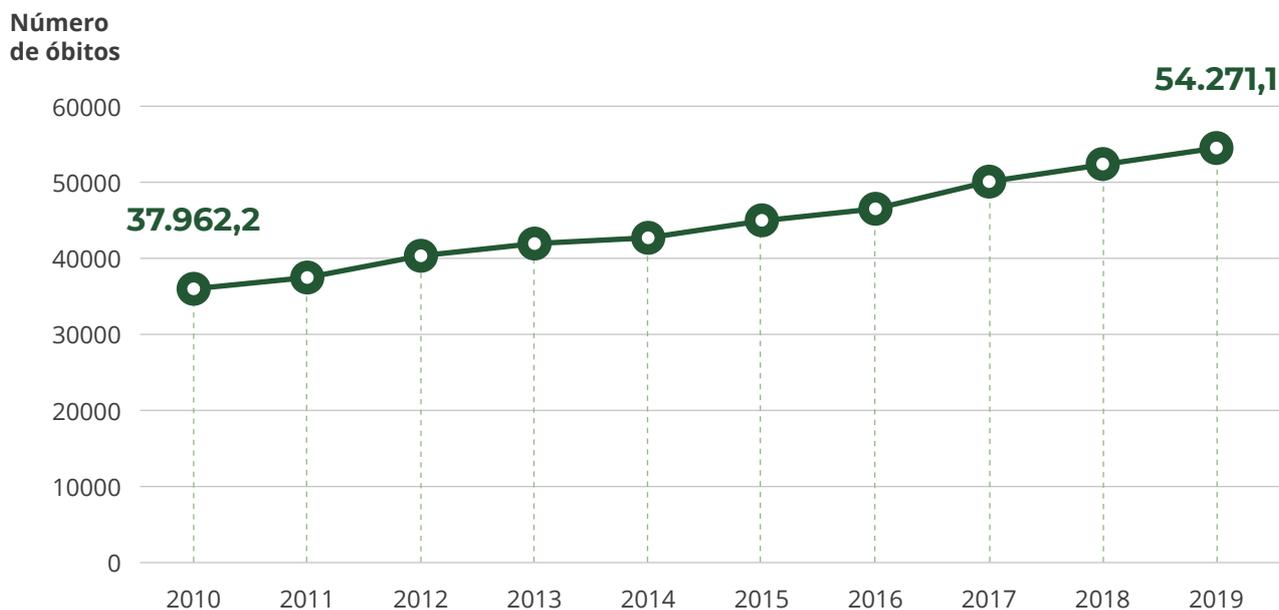
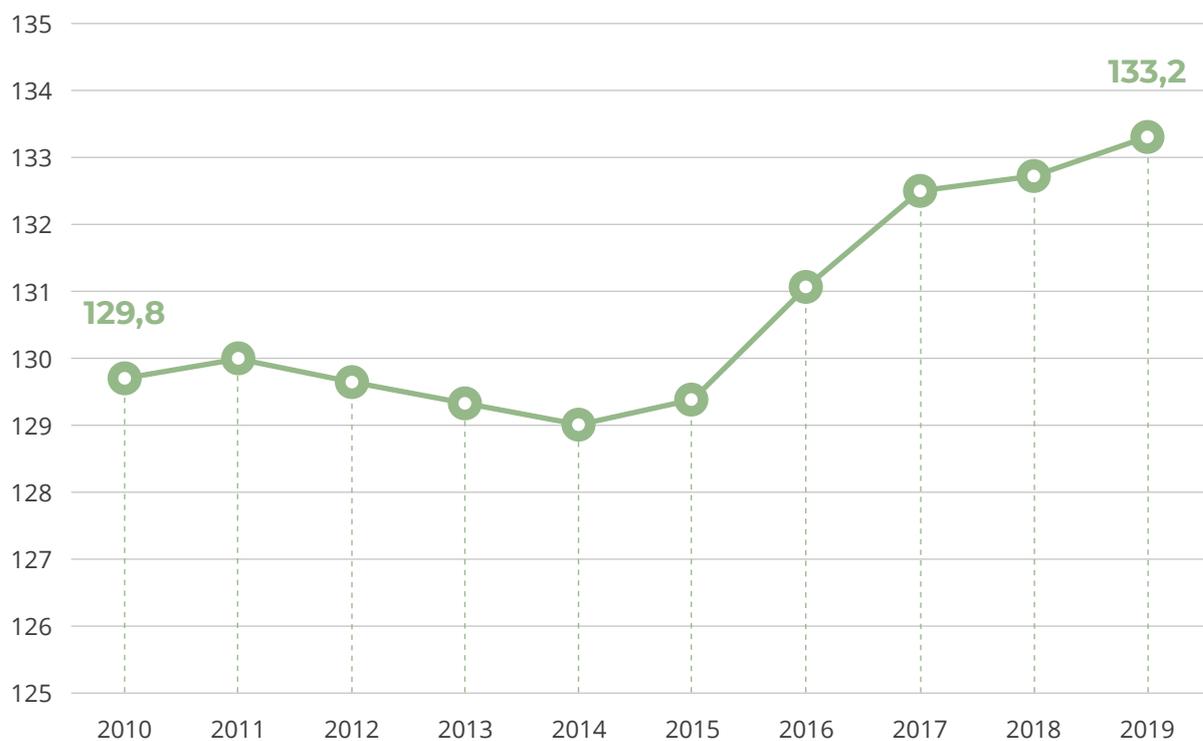


Figura 10 - Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes relacionados à demência em pessoas acima de 55 anos no Brasil, entre 2010 e 2019, com base nas estimativas do Estudo Carga Global de Doenças (GBD)

Mortalidade por 100.000 habitantes



A Tabela 9 mostra que os óbitos relacionados à demência, no ano-base 2019, foram predominantes nas pessoas com 80 anos ou mais (40.618) e nas mulheres (mais de 60% em ambas as faixas etárias analisadas).

Tabela 9 - Mortes relacionadas à demência no Brasil em 2019, por grupo etário e percentual de aumento

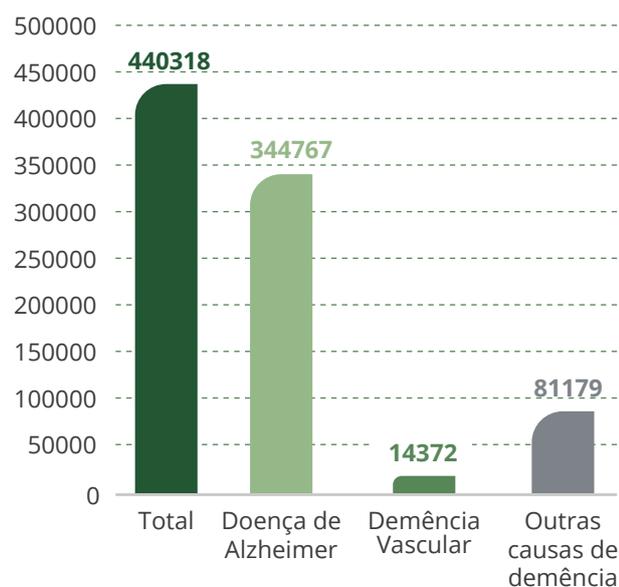
Grupo etário	Número de óbitos	Mulheres	Aumento
55+	54.271	62,0%	42,8%
80+	40.618	64,5%	46,2%

Fonte: elaboração própria.

2.4.2 Número de mortes relacionadas à demência: Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

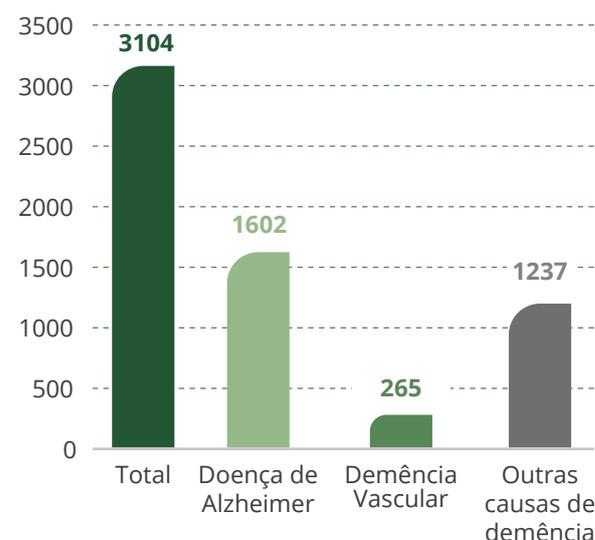
Entre 2010 e 2021, foram registradas 440.318 mortes relacionadas à demência em indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil. A DA (CID-10: G30 e F00) foi a principal causa registrada, representando 344.767 desses óbitos (78,3%), ao passo que a demência vascular (CID-10: F01) foi relatada em 14.372 declarações de óbito (3,3%). Outras causas de demência (CID-10: F02 e F03) foram citadas em 81.179 mortes (18,4%), tudo conforme especificado na Figura 11. No mesmo período, ao considerar a faixa etária de 40 a 59 anos (Figura 12), a DA também respondeu, dentre as mortes por demência, pela maioria dos óbitos (51,6%), porém em menor proporção, posto que as outras causas de demência e a demência vascular congregaram, respectivamente, 39,9% e 8,5% dos óbitos sob análise.

Figura 11 - Número de óbitos relacionados à demência, por causa, notificados entre 2010 e 2021, em indivíduos com 60 anos ou mais



● Total ● Doença de Alzheimer ● Demência Vascular ● Outras causas de demência

Figura 12 - Número de óbitos relacionados à demência, por causa, notificados entre 2010 e 2021, em indivíduos na faixa etária dos 40 aos 59 anos



● Total ● Doença de Alzheimer ● Demência Vascular ● Outras causas de demência

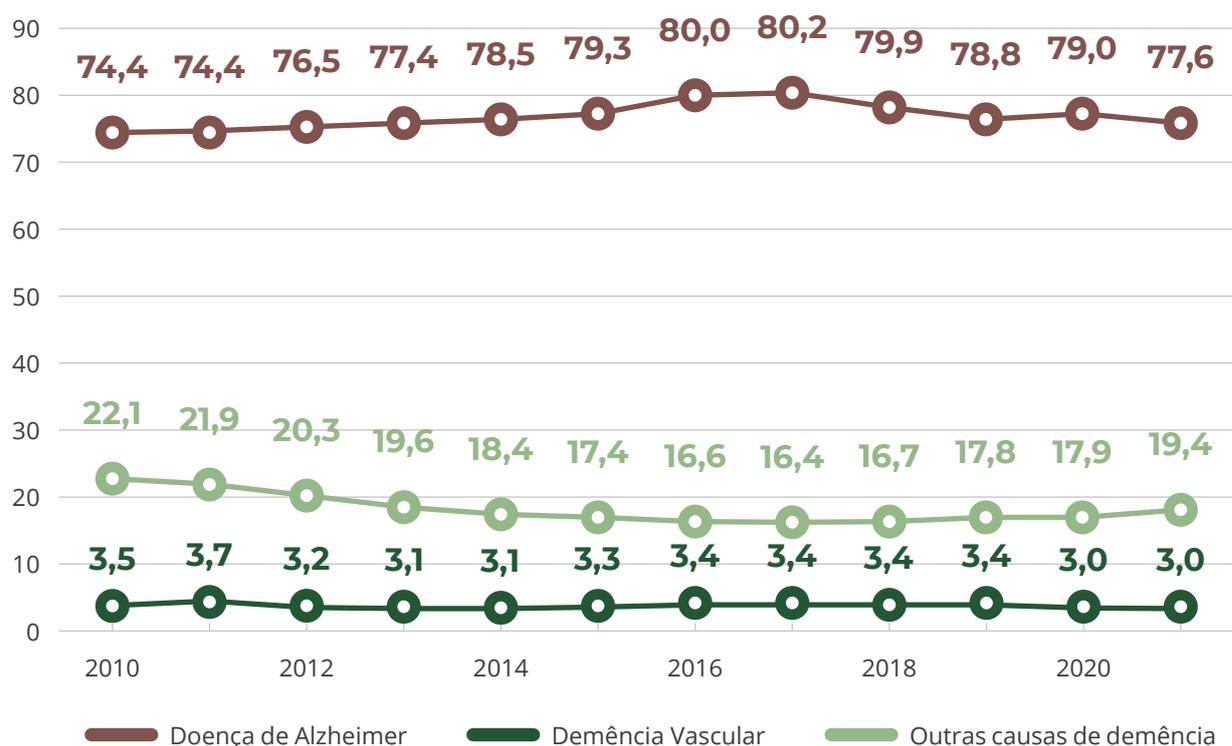
Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade/Ministério da Saúde

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade/Ministério da Saúde

Durante todo o período analisado, as mortes relacionadas à DA representaram a maior proporção das mortes por demência no Brasil, com pequenas variações proporcionais. De modo geral, houve uma tendência ao longo do tempo: aumento nas mortes por DA e redução nas mortes por demência vascular e outras causas de demência. Entre 2010 e 2017, houve um aumento progressivo nas mortes relacionadas à DA, com consequente redução de óbitos relacionados às demais causas. Entretanto, a partir de 2018, essa tendência se inverte e a mortalidade relacionada à DA começa a registrar ligeiro declínio proporcional, embora mantendo o predomínio no número dos casos notificados (Figura 13).

Figura 13 - Porcentagem dos óbitos relacionados à demência na população com 60 anos ou mais, por causa da morte

Porcentagem

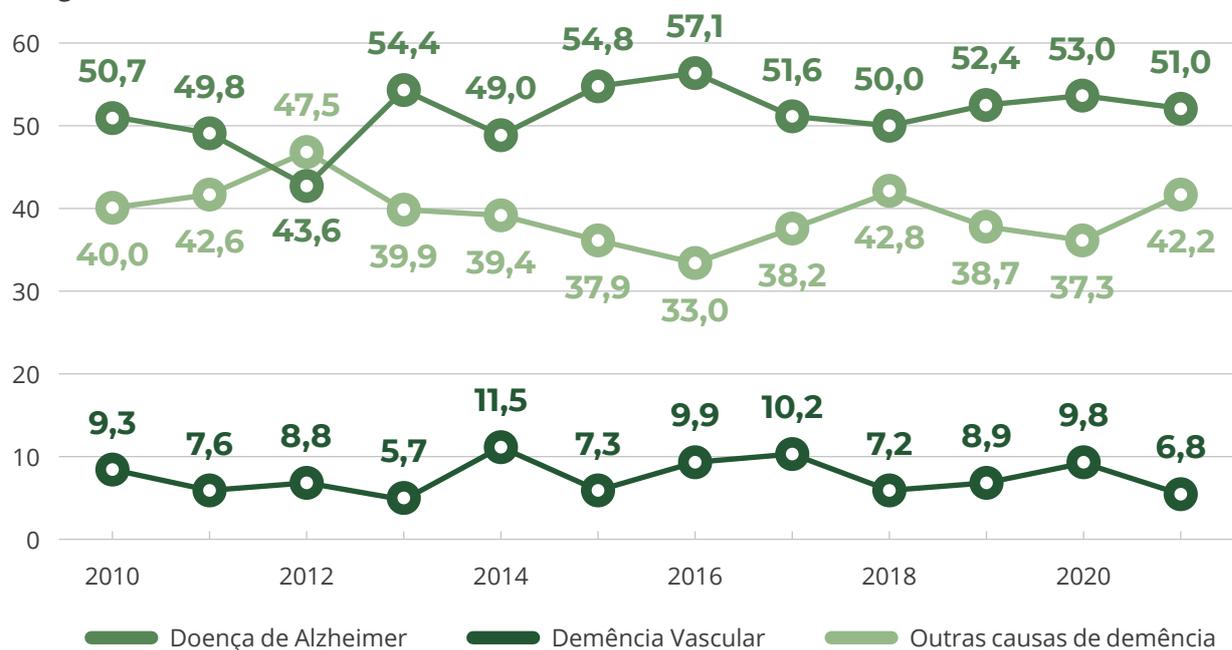


Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade/Ministério da Saúde

Ao analisar as mortes relacionadas à demência na população entre 40 e 59 anos, o padrão encontrado na Figura 13 não se mantém, embora a DA represente por volta de 50% dos óbitos ao longo do tempo, como ilustra a Figura 14.

Figura 14 - Porcentagem dos óbitos relacionados à demência na população com idade de 40 a 59 anos, por causa da morte

Porcentagem



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade/Ministério da Saúde

2.4.3 Taxas de mortalidade relacionadas à demência (por região, faixa etária e sexo) em 2019 (pré-pandemia)

Em 2019, em um cenário logo anterior à pandemia de COVID-19, a taxa de mortalidade relacionada à demência para a população brasileira acima de 60 anos foi de 159,6 por cada 100.000 habitantes, com 46.442 casos registrados.

Na população de 60 a 79 anos, a taxa foi de 44,2 por cada 100.000 habitantes, ao passo que para aqueles com 80 anos ou mais, a taxa encontrada foi de 831,6 por cada 100.000 habitantes. Dentre todos os casos de óbitos relacionados à demência, 298 (0,6%) ocorreram em pessoas abaixo de 60 anos, em contraste com 35.749 (75,9%) que ocorreram em indivíduos com 80 anos ou mais.

Destaque-se que, no ano de 2019, a maior parte dos óbitos relacionados à demência na população com 60 anos ou mais ocorreu entre as

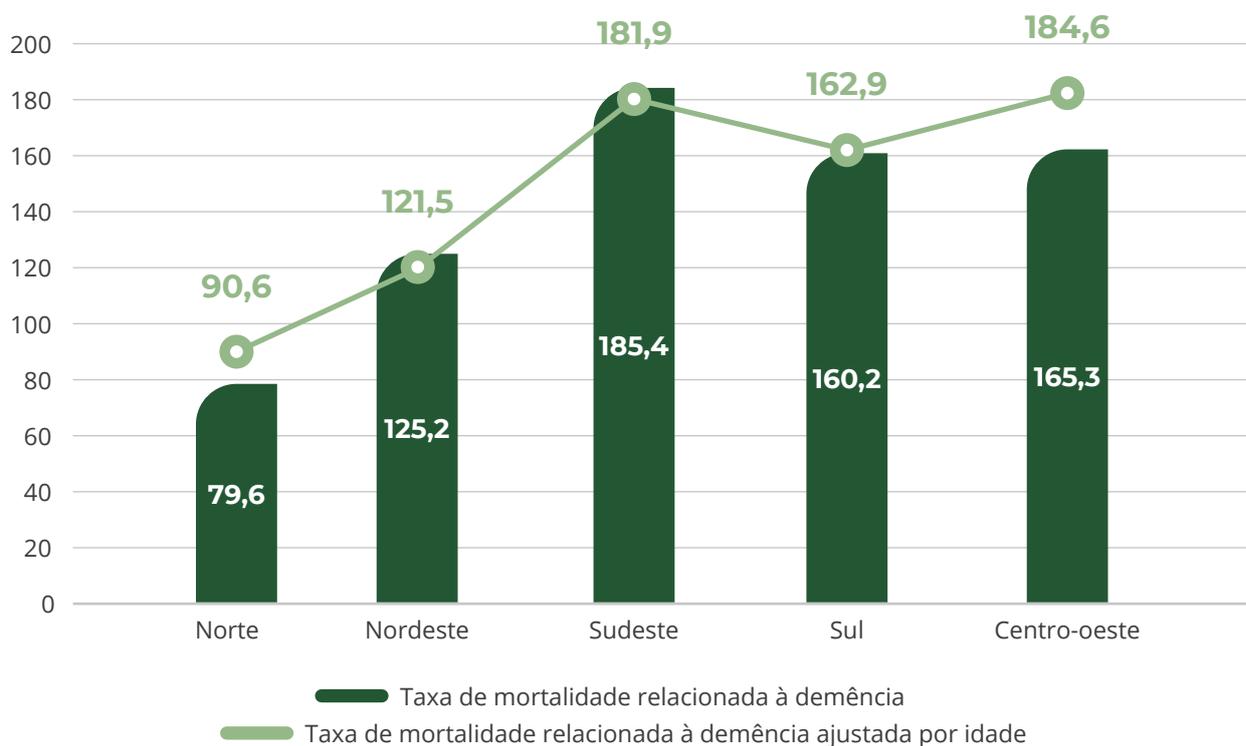
mulheres, com 29.759 (64,1%) casos notificados. Entretanto, na população abaixo de 60 anos, a relação inverte, havendo 126 casos notificados do sexo feminino *versus* 172 do sexo masculino.

Quanto às taxas de mortalidade relacionada à demência por sexo (ano-base 2019), para a população com 60 anos ou mais, foram registrados 183 óbitos por cada 100.000 mulheres e 130 óbitos por cada 100.000 homens. Tal diferença se manteve após o ajuste para idade, porém com menor distanciamento entre os grupos, ou seja, a taxa de mortalidade por cada 100.000 habitantes ajustada por idade, para os óbitos relacionados à demência, também foi maior em mulheres (169,3 nas mulheres *versus* 143,3 óbitos nos homens).

Em 2019, a Região Sudeste destacou-se com a maior taxa de mortalidade relacionada à demência, com 185,4 óbitos por cada 100.000 habitantes, enquanto a Região Norte registrou 79,2 óbitos por cada 100.000 habitantes. Essa diferença entre as duas regiões se manteve quando analisamos as taxas de mortalidade ajustadas por idade (181,9 na Região Sudeste *versus* 90,6 na Região Norte). Além disso, após o ajuste por idade, a Região Centro-Oeste apresentou a maior taxa de mortalidade, comparada à Região Sudeste, o que não ocorreu quando os dados brutos foram considerados na análise. As taxas para as demais regiões seguem descritas na Figura 15.

Figura 15 - Mortalidade relacionada à demência por região (ano-base 2019)

**Mortalidade a cada
100.000 habitantes**



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade/Ministério da Saúde

A Unidade da Federação com a maior taxa de mortalidade foi o Distrito Federal (257,7 óbitos por cada 100.000 habitantes); em contraste, a menor taxa foi registrada no Acre (51,3 óbitos). Esse padrão se manteve ao considerar a taxa de mortalidade ajustada para idade (300 óbitos por cada 100.000 habitantes no Distrito Federal *versus* 55,7 óbitos no Acre), porém o intervalo da diferença é maior.

Na Região Nordeste, o estado com a maior taxa de mortalidade relacionada à demência foi o Estado do Ceará (185,7), aproximando-se do Estado do Espírito Santo (207,1), na Região Sudeste. Entretanto, em relação à taxa de mortalidade ajustada por idade, a diferença entre os dois estados sob análise torna-se maior: 173,5 óbitos por cada 100.000 habitantes no Ceará *versus* 203,6 no Espírito Santo (Figura 16 e Figura 17).

Figura 16 - Taxa de mortalidade relacionada à demência (ano-base 2019)

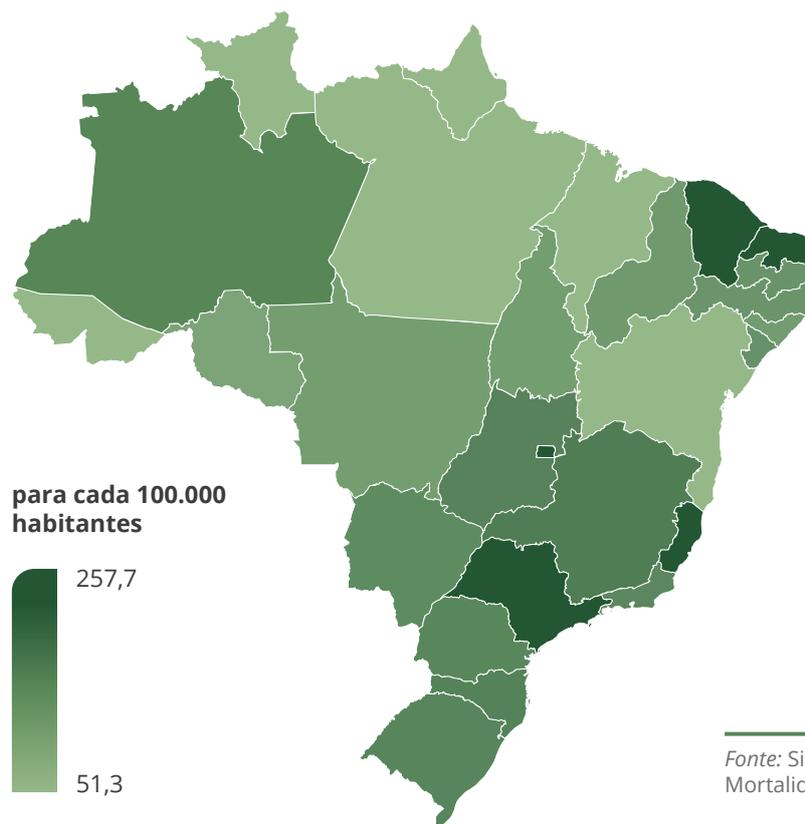
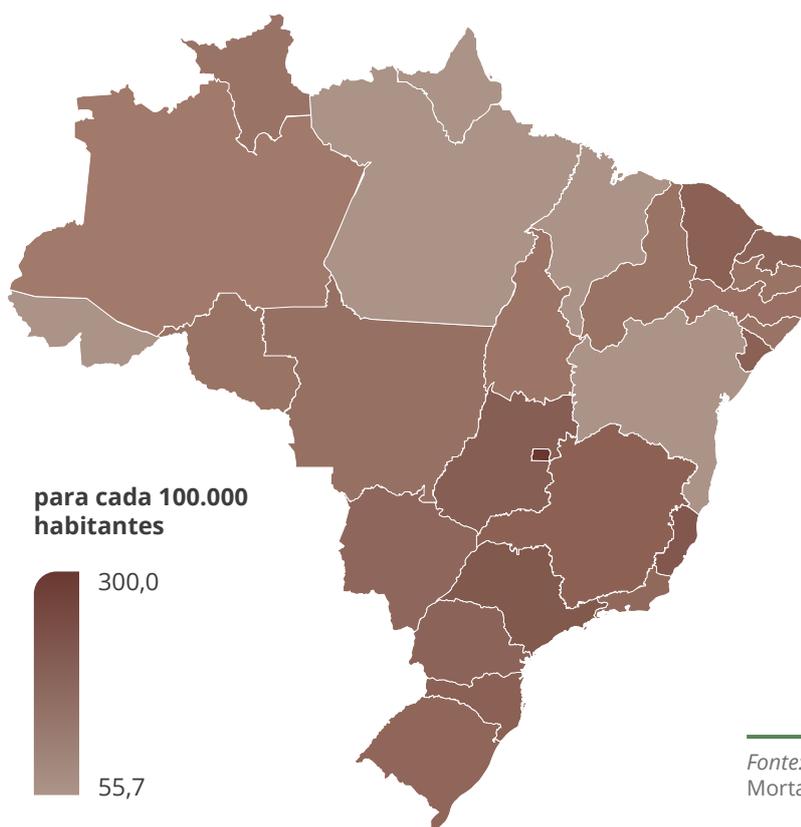


Figura 17 - Taxa de mortalidade relacionada à demência ajustada por idade (ano-base 2019)



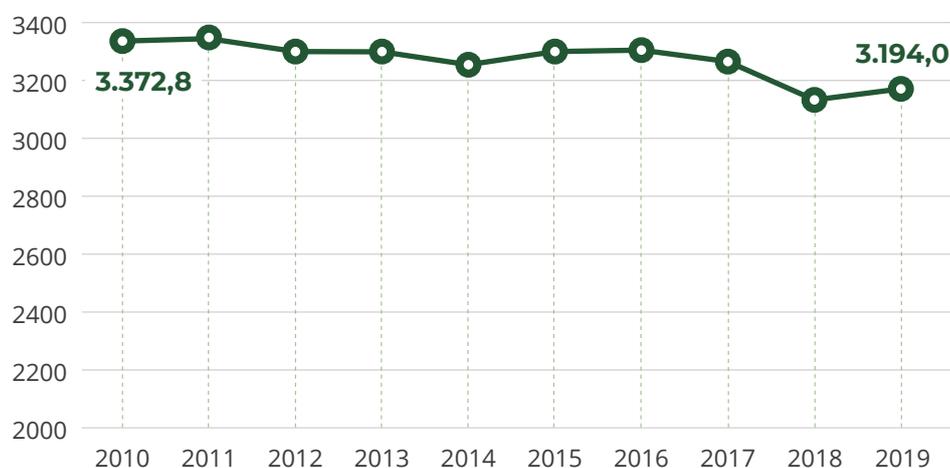
2.4.4 Tendências na mortalidade relacionada à demência entre 2010 e 2019

De modo geral, as taxas de mortalidade por demência no Brasil aumentaram a cada ano na última década, passando de 22.579 óbitos notificados em 2010 para 46.442 mortes em 2019, o que representa um crescimento de 105,7% em 10 anos. A taxa de mortalidade em 2010 correspondia a 108,2 óbitos e aumentou para 159,6 óbitos por cada 100.000 habitantes em 2019.

A taxa de mortalidade relacionada à demência no Brasil manteve um padrão de crescimento constante ao longo dos anos, enquanto a mortalidade por todas as causas na população brasileira com 60 anos ou mais apresentou discreta redução, conforme pode ser observado na Figura 18 e nas Tabelas 10 a 12.

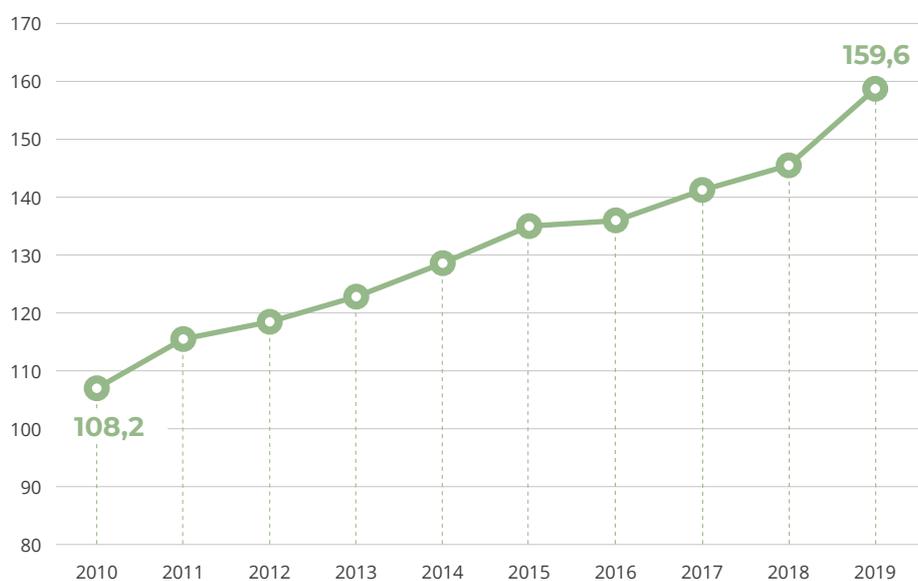
Figura 18 - Mortalidade geral versus mortalidade relacionada a demência na população brasileira com 60 anos ou mais entre 2010 e 2019

Mortalidade geral por 100.000 habitantes



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade/Ministério da Saúde

Mortalidade relacionada à demência por 100.000 habitantes



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade/Ministério da Saúde

Tabela 10 – Mortalidade na população brasileira com 60 anos ou mais entre 2010 e 2021 (ambos os sexos)

Ano	Óbitos por todas as causas	Óbitos relacionados à demência	Taxa de mortalidade por todas as causas (por 100.000 habitantes)	Taxa de mortalidade relacionada à demência (por 100.000 habitantes)	Proporção de mortalidade*
2010	703.840	22.579	3.372,8	108,2	3,2%
2011	732.516	25.115	3.388,1	116,2	3,4%
2012	741.251	26.707	3.307,1	119,2	3,6%
2013	768.631	28.377	3.306,2	122,1	3,7%
2014	786.430	31.201	3.260,1	129,3	4,0%
2015	826.728	33.813	3.301,9	135,0	4,1%
2016	863.408	35.658	3.321,5	137,2	4,1%
2017	876.463	38.305	3.247,3	141,9	4,4%
2018	889.634	40.915	3.174,4	146,0	4,6%
2019	929.307	46.442	3.194,0	159,6	5,0%
2020	1.083.884	54.392	3.589,4	180,1	5,0%
2021	1.234.677	56.814	4.088,7	188,1	4,6%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde

*A proporção de mortalidade foi estimada conforme o seguinte cálculo: (óbitos relacionados à demência / óbitos por todas as causas) x 100.

Tabela 11 - Mortalidade na população brasileira do sexo masculino com 60 anos ou mais entre 2010 e 2021

Ano	Óbitos por todas as causas	Óbitos relacionados à demência	Taxa de mortalidade por todas as causas (por 100.000 habitantes)	Taxa de mortalidade relacionada à demência (por 100.000 habitantes)	Proporção de mortalidade*
2010	358.104	8.120	3.859,2	87,5	2,3%
2011	371.627	9.120	3.869,9	95,0	2,5%
2012	374.649	9.613	3.767,5	96,7	2,6%
2013	389.426	10.159	3.779,7	98,6	2,6%
2014	396.376	11.115	3.711,3	104,1	2,8%
2015	415.495	11.976	3.751,4	108,1	2,9%
2016	437.417	12.712	3.807,1	110,6	2,9%
2017	441.203	13.542	3.700,7	113,6	3,1%
2018	448.725	14.683	3.626,9	118,7	3,3%
2019	467.760	16.683	3.643,6	130,0	3,6%
2020	560.934	20.036	4.212,0	150,4	3,6%
2021	631.299	20.459	4.740,4	153,6	3,2%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde

*A proporção de mortalidade foi estimada conforme o seguinte cálculo: (óbitos relacionados à demência / óbitos por todas as causas) x 100.

Tabela 12 – Mortalidade na população brasileira do sexo feminino com 60 anos ou mais entre 2010 e 2021

Ano	Óbitos por todas as causas	Óbitos relacionados à demência	Taxa de mortalidade por todas as causas (por 100.000 habitantes)	Taxa de mortalidade relacionada à demência (por 100.000 habitantes)	Proporção de mortalidade*
2010	345.736	14.459	2.983,4	124,8	4,2%
2011	360.889	15.995	3.003,1	133,1	4,4%
2012	366.602	17.094	2.939,9	137,1	4,7%
2013	379.205	18.218	2.929,4	140,7	4,8%
2014	390.054	20.086	2.901,6	149,4	5,1%
2015	411.233	21.837	2.945,2	156,4	5,3%
2016	425.991	22.946	2.936,9	158,2	5,4%
2017	435.260	24.763	2.888,5	164,3	5,7%
2018	440.909	26.232	2.816,7	167,6	5,9%
2019	461.547	29.759	2.839,0	183,0	6,4%
2020	522.950	34.356	3.098,1	203,5	6,6%
2021	603.378	36.355	3.574,6	215,4	6,0%

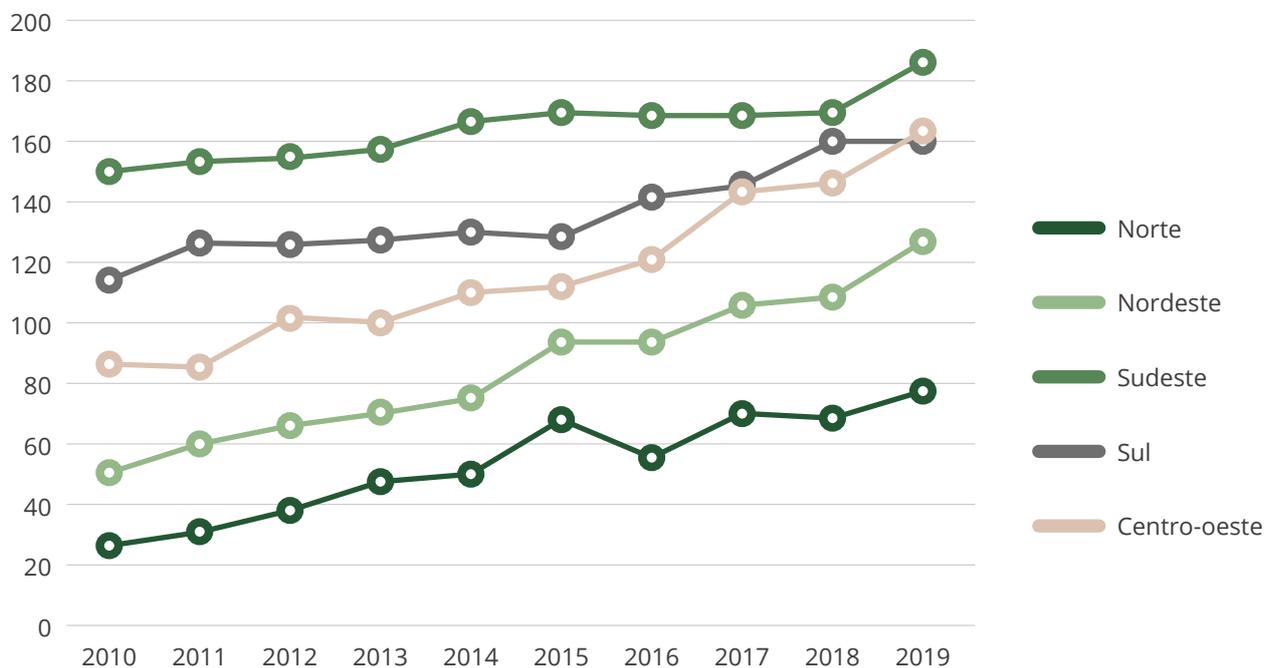
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde

*A proporção de mortalidade foi estimada conforme o seguinte cálculo: (óbitos relacionados à demência / óbitos por todas as causas) x 100.

As taxas de mortalidade relacionadas à demência por região do Brasil indicam que a Região Sudeste acumulou o maior número de registros durante o período analisado (2010-2019), enquanto a Região Norte, seguida da Região Nordeste, documentou o menor número de registros (Figura 19). Porém, quando consideradas as taxas ajustadas por idade (Figura 20), a diferença entre o Norte e Nordeste diminuiu, ambos afastando-se das demais regiões, com taxas de mortalidade proporcionalmente ainda menores. Além disso, a Região Centro-Oeste ganhou maior relevância a partir de 2017, chegando a superar as taxas da Região Sudeste no ano de 2019.

Figura 19 - Mortalidade por 100.000 habitantes relacionada à demência na população com 60 anos ou mais por região do Brasil (2010-2019)

Mortalidade



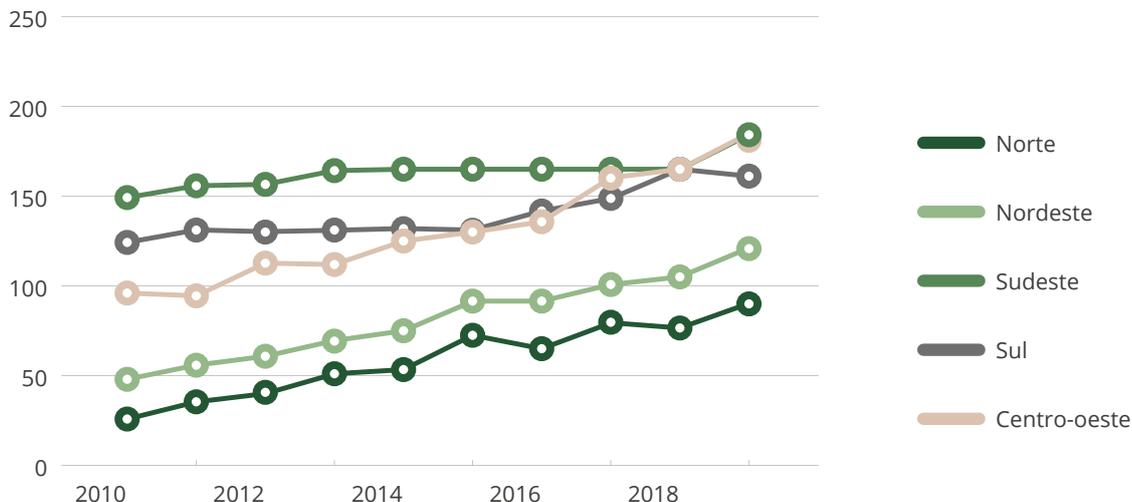
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Norte	27,5	33,5	39,1	46,5	51,6	66,1	58,3	71,0	67,7	79,2
Nordeste	52,1	60,2	64,8	72,0	78,1	95,0	95,5	104,2	108,3	125,2
Sudeste	149,3	157,7	158,8	159,0	167,8	169,0	168,6	168,6	169,1	185,4
Sul	117,0	126,1	125,0	127,6	130,6	128,4	141,0	144,7	160,8	160,2
Centro-oeste	86,4	85,4	101,0	100,6	111,6	116,6	121,1	142,3	146,5	165,3

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade/Ministério da Saúde



Figura 20 - Mortalidade relacionada à demência por 100.000 habitantes, ajustada por idade, na população com 60 anos ou mais por região do Brasil (2010-2019)

Mortalidade



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade/Ministério da Saúde

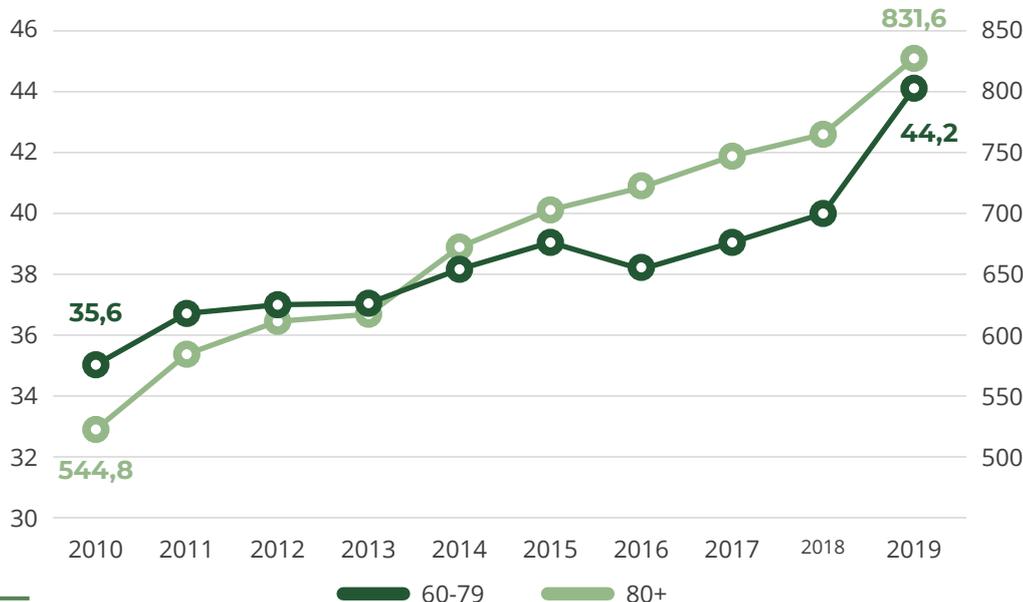
2.4.5 Influência da idade e do sexo sobre a mortalidade relacionada à demência nos grupos etários com 60 anos ou mais

É importante detalhar a diferença nas taxas de mortalidade entre os grupos etários a partir de 60 anos. Nesta análise, consideramos a idade entre 60 e 79 e a partir de 80 anos como grupos distintos (Figura 21). Em ambos os grupos, observa-se uma tendência de aumento na taxa de mortalidade, porém na população com 80 anos ou mais o crescimento é mais acelerado, saindo de 544,8 óbitos por cada 100.000 habitantes em 2010 para 831,6 óbitos por 100.000 habitantes em 2019.

Figura 21 - Mortalidade relacionada à demência na população brasileira com 60 anos ou mais por grupo etário

Mortalidade x 100.000 habitantes na população entre 60 e 79 anos

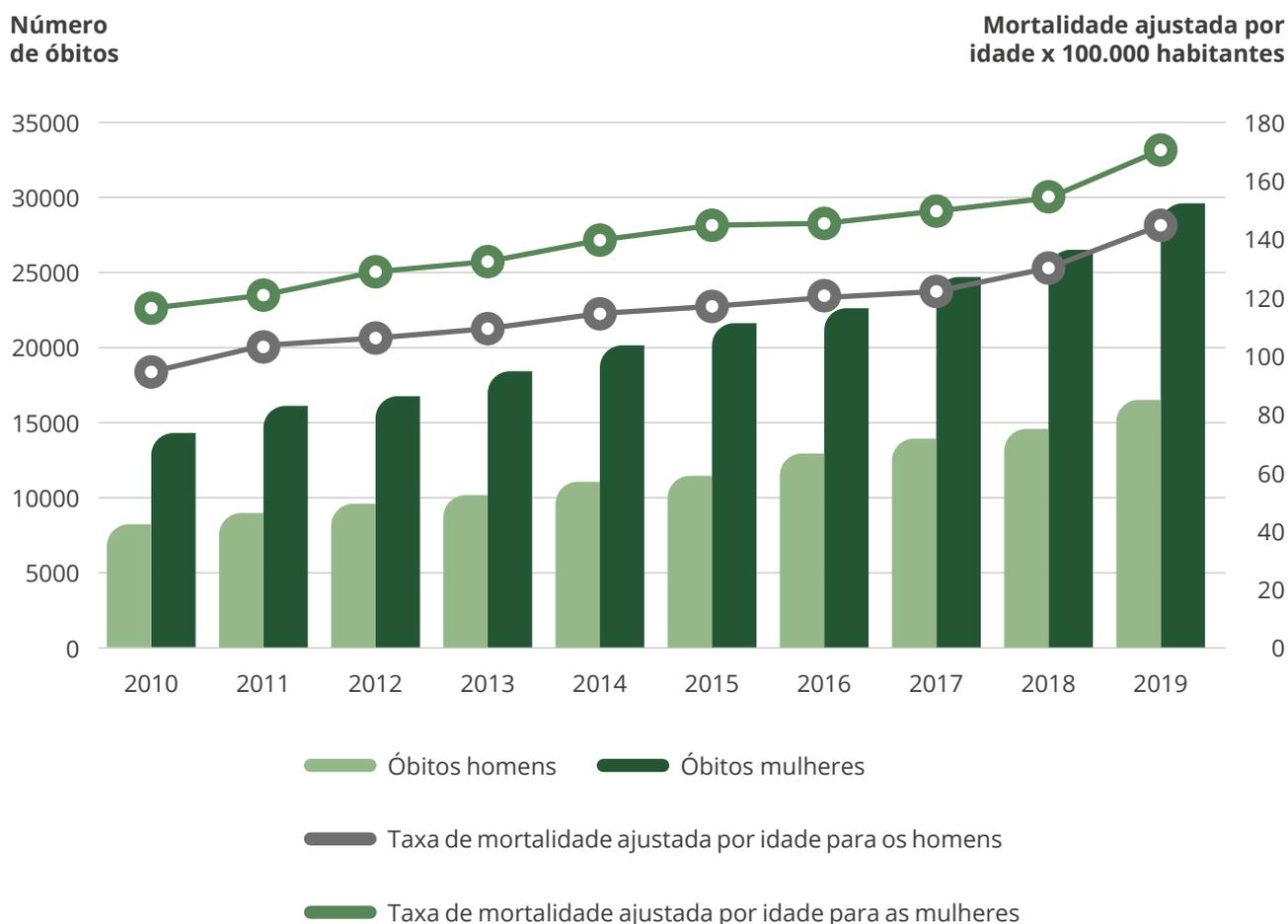
Mortalidade x 100.000 habitantes na população a partir de 80 anos



Fonte: elaboração própria.

A diferença entre os sexos manteve-se presente durante os anos analisados, de modo que o maior número de casos notificados foi atribuído às mulheres. Além disso, a diferença nas taxas de mortalidade ajustadas por idade permaneceu, conforme dispõe a Figura 22.

Figura 22 - Mortalidade e óbitos relacionados à demência, por sexo, em indivíduos a partir de 60 anos no Brasil (2010-2019)

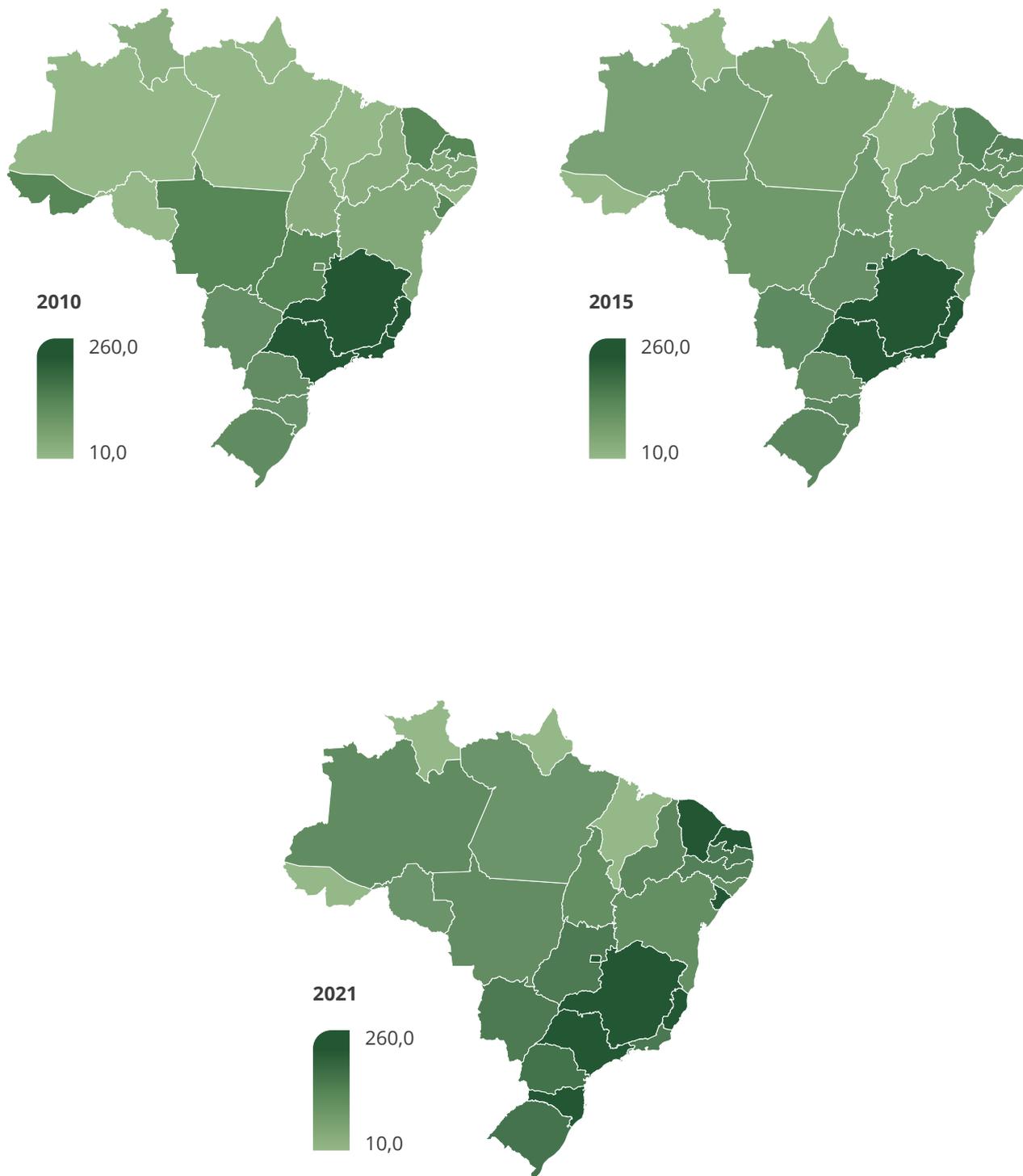


Fonte: elaboração própria.

2.4.6 Tendência na mortalidade relacionada à demência nas Unidades Federativas (UF) entre 2010 e 2021 (incluindo o período da pandemia de COVID-19)

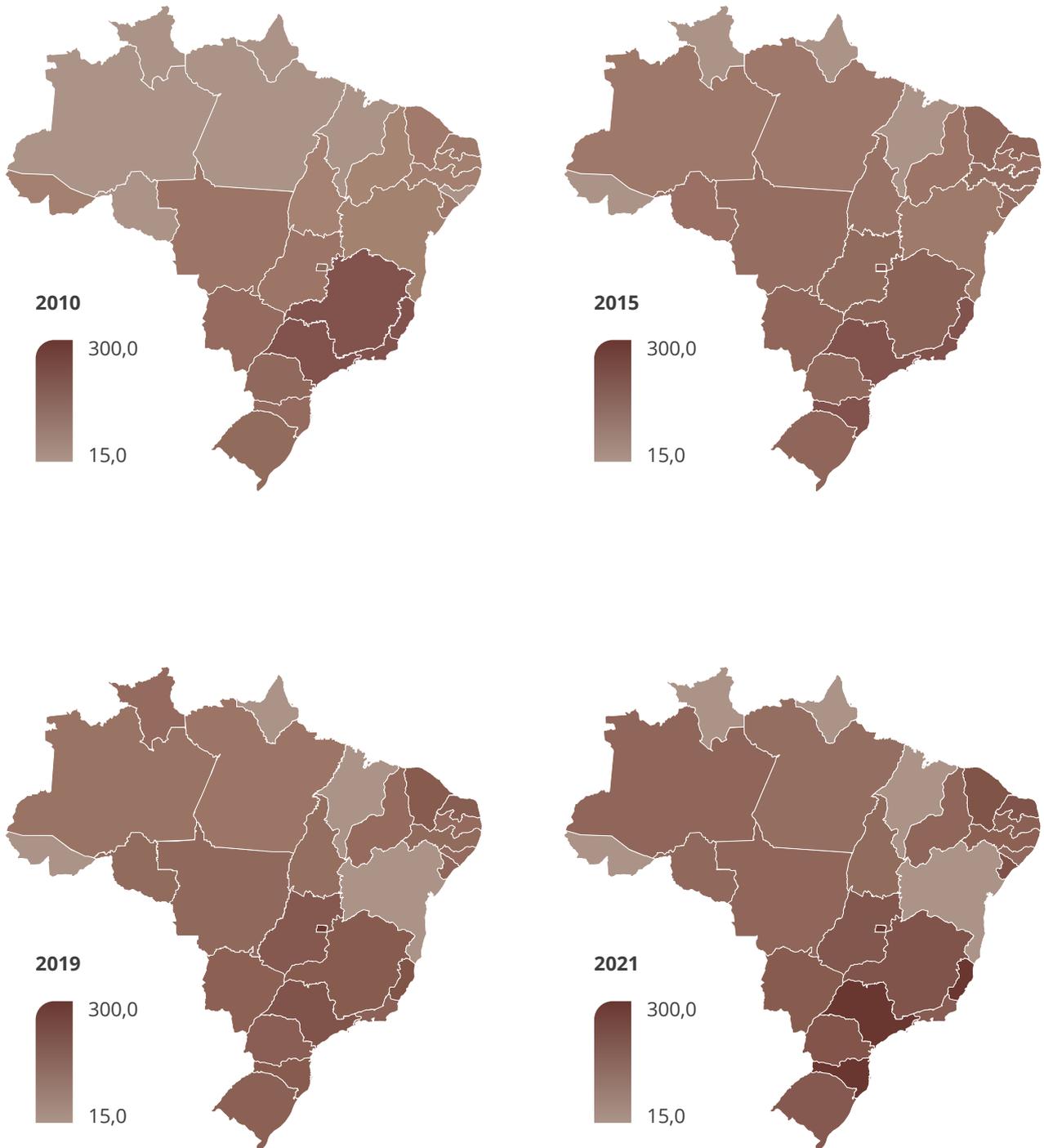
Entre 2010 e 2021, ainda em relação à tendência de mudança nas taxas de mortalidade nas diferentes regiões do Brasil, a Figura 23 evidencia a heterogênea distribuição das estimativas analisadas entre as diferentes UF do Brasil, com as maiores taxas concentrando-se nas Regiões Sul e Sudeste, apesar de pequena variação ao longo do tempo. Na sequência, a Figura 23 ilustra a distribuição das taxas de mortalidade ajustadas por idade, incluindo anos antecedentes e posteriores à pandemia de COVID-19.

Figura 23 - Mapas representativos das taxas de mortalidade relacionada à demência (por 100.000 habitantes) para cada Unidade Federativa entre 2010 e 2021



Fonte: elaboração própria.

Figura 24 - Mapa representativo da mortalidade relacionada à demência (por 100.000 habitantes), ajustada por idade, para cada Unidade Federativa para os anos de 2010, 2015, 2019 e 2021



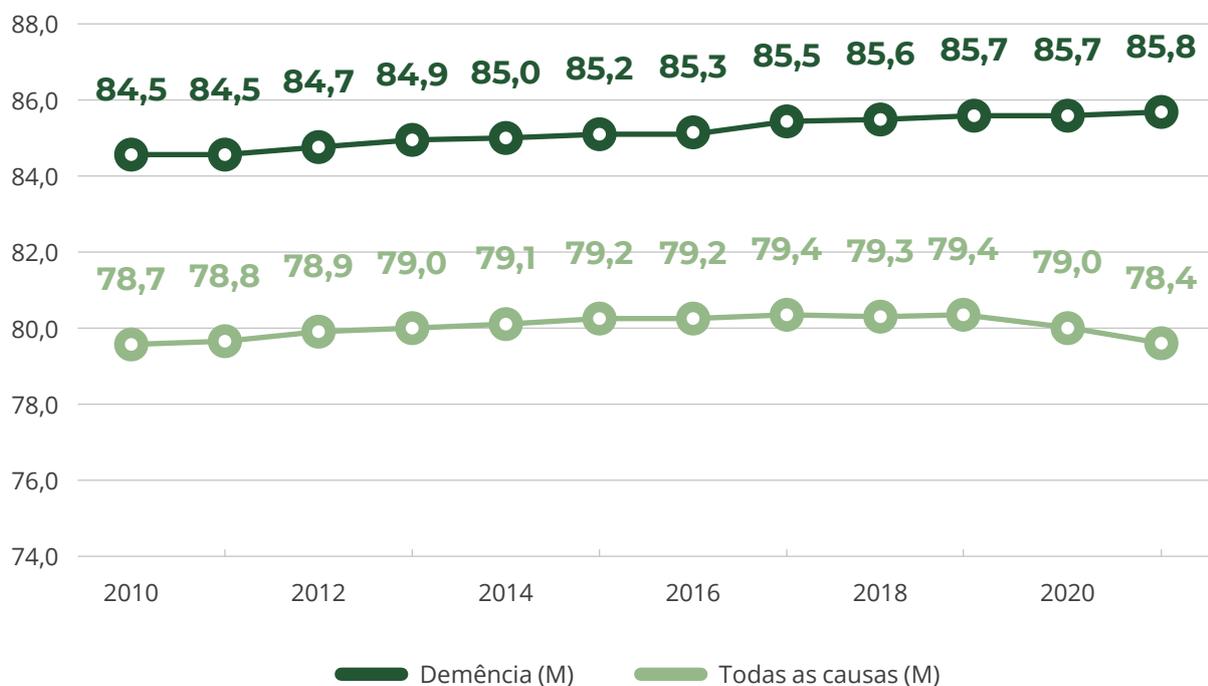
Fonte: elaboração própria.

Os dados objeto desta análise revelam uma tendência de aumento na idade média do óbito relacionado à demência no Brasil. Em 2010, a idade média era de 83,5 anos ($DP = 7,6$) e, em 2021, subiu para 84,8 ($DP = 7,9$), convergindo para um incremento de 1,3 ano. No mesmo período, as mulheres apresentaram idade média mais elevada no momento do óbito, passando de 84,5 ($DP = 7,5$) em 2010 para 85,8 ($DP = 7,7$) em 2021 (Figura 25), em comparação com a média de idade registrada para os homens, que passou de 81,7 ($DP = 7,6$) em 2010 para 83,0 em 2021 ($DP = 7,9$). Isso indica um

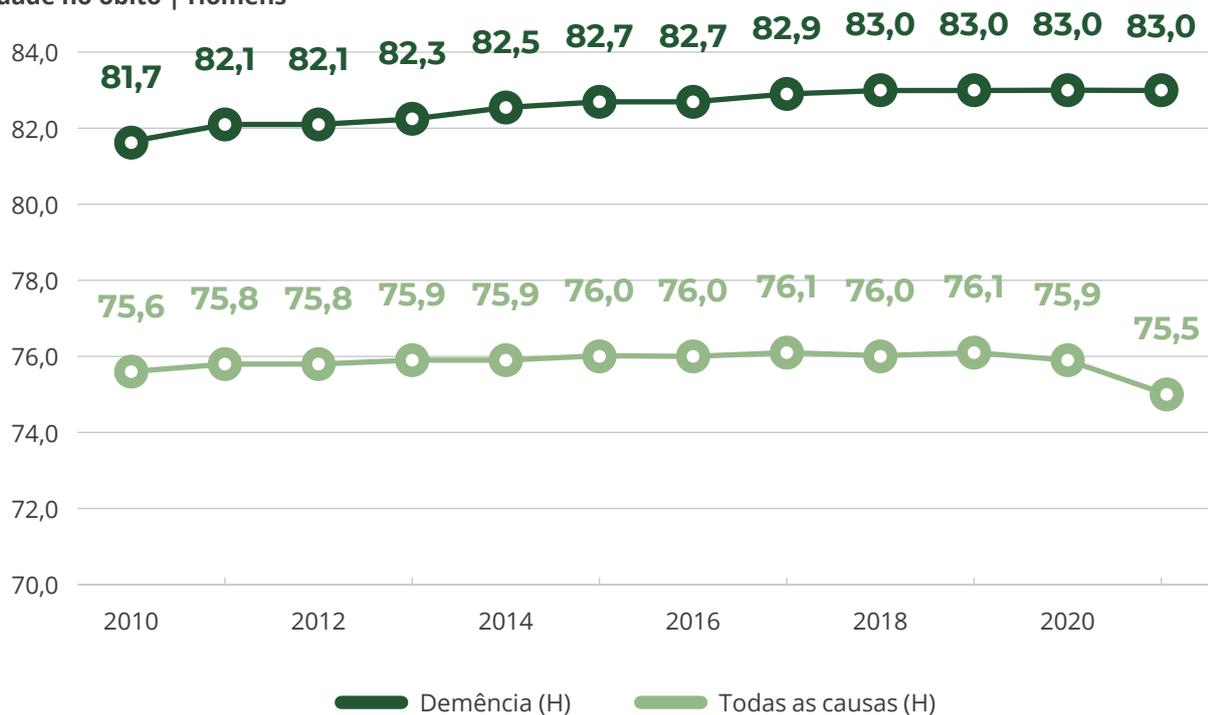
aumento de 1,3 ano para ambos os sexos. Na Figura 25, averigua-se também um aumento da idade da morte na população geral da mesma faixa etária, que, embora consideravelmente mais baixa, registrou um acréscimo correspondente a 0,6 ano, saindo de 77,1 ($DP = 10,0$) em 2010 para 77,7 ($DP = 10,3$) em 2019. Com o advento da pandemia, a média de idade registrada declinou para 76,9 anos ($DP = 10,2$), redução que não ocorreu na idade da morte de pessoas com demência.

Figura 25 - Idade média no óbito (geral e relacionado à demência) em indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil (2010-2021)

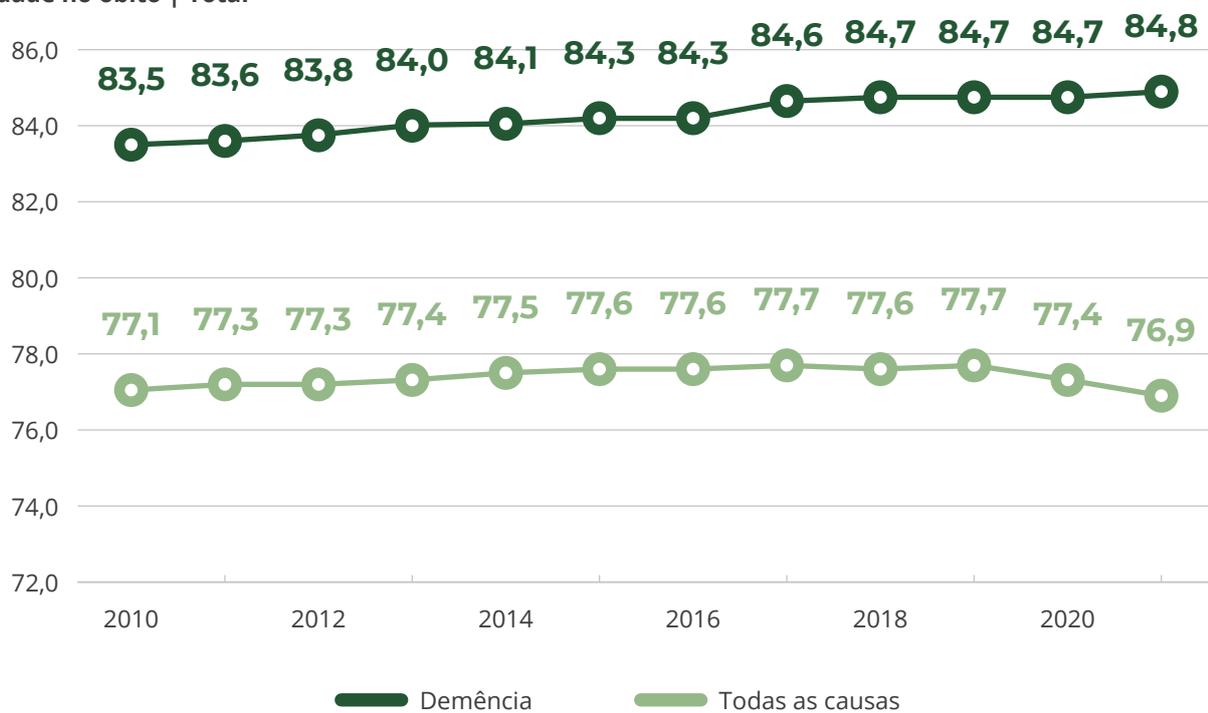
Idade no óbito | Mulheres



Idade no óbito | Homens



Idade no óbito | Total

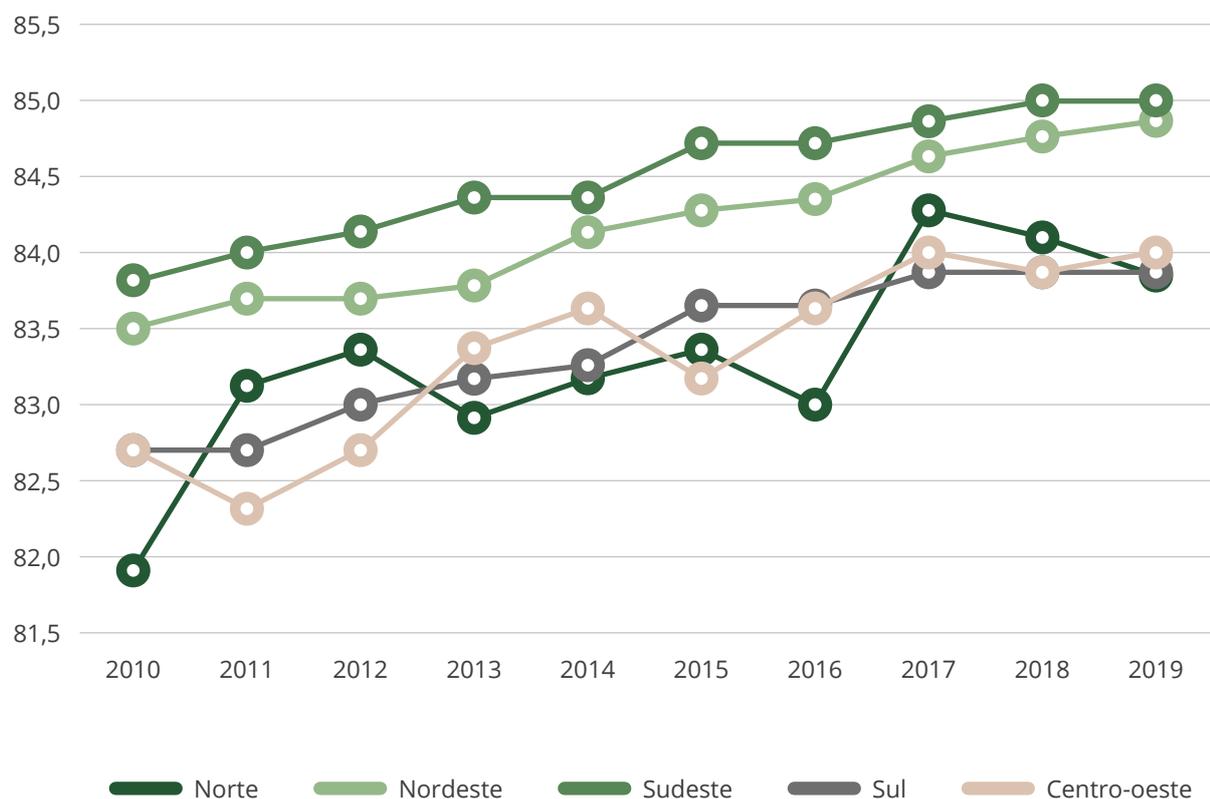


Fonte: elaboração própria.

A Figura 26 evidencia que houve uma tendência de aumento da idade média no óbito em todas as regiões geográficas do Brasil. No entanto, a Região Norte testemunhou variações mais expressivas em comparação com as demais regiões.

Figura 26 - Idade média no óbito por demência em indivíduos com 60 anos ou mais por região geográfica

Idade no óbito



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Norte	81,9	83,1	83,4	82,9	83,2	83,4	83,0	84,3	84,1	83,9
Nordeste	83,5	83,7	83,7	83,8	84,1	84,3	84,4	84,6	84,7	84,9
Sudeste	83,8	84,0	84,1	84,4	84,4	84,7	84,7	84,9	85,0	85,0
Sul	82,7	82,7	83,0	83,2	83,3	83,6	83,6	83,9	83,9	83,9
Centro-oeste	82,7	82,3	82,7	83,4	83,6	83,2	83,6	84,0	83,9	84,0

Fonte: elaboração própria.

2.4.7 Análise de tendência das taxas de mortalidade entre 2010 e 2021 (por sexo e região geográfica)

A Tabela 13 apresenta as médias das taxas de mortalidade relacionada à demência, por região geográfica e sexo, abrangendo o período de 2010 a 2021. As maiores médias foram observadas nas Regiões Sul e Sudeste, e em todas as regiões a taxa média feminina superou a masculina. Contrariamente, as Regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores médias. Na análise de tendência temporal (regressão de Prais-Winsten), todas as regiões geográficas demonstraram tendência de crescimento estatisticamente significativa. Além disso, a maior tendência de crescimento ocorreu na Região Centro-Oeste, na qual a cada ano é estimado um aumento de 10,5 pontos na taxa de mortalidade relacionada à demência ($\beta = 10,5$, IC 95% = 8,5-12,4, $P < 0,001$), enquanto a Região Sudeste apresentou a menor tendência estimada ($\beta = 5,5$, IC 95% = 2,3-8,8, $P = 0,004$).

Tabela 13 – Média, coeficiente (β) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%), por região geográfica e sexo, das taxas de mortalidade por demência (por 100.000 habitantes) (2010-2021)

Região	Total			Mulheres			Homens		
	Média	β (IC 95%)	P^*	Média	β (IC 95%)	P^*	Média	β (IC 95%)	P^*
Brasil	120,2	7,1 (4,8-9,4)	<0,001	161,1	8,0 (5,6-10,5)	<0,001	113,9	5,8 (3,8-7,9)	<0,001
Norte	69,9	7,7 (6,4-9,1)	<0,001	72	7,5 (5,9-9,1)	<0,001	51,6	5,5 (4,7-6,3)	<0,001
Nordeste	92,8	8,8 (7,5-10,2)	<0,001	107,5	9,9 (8,3-11,4)	<0,001	81,6	7,6 (6,2-9,1)	<0,001
Centro-Oeste	144,6	10,5 (8,5-12,4)	<0,001	143,9	10,2 (8,6-11,9)	<0,001	111,4	8,6 (6,4-10,7)	<0,001
Sudeste	170,5	5,5 (2,3-8,8)	0,004	199,3	6,9 (3,4-10,3)	0,001	139,5	4,6 (1,7-7,4)	0,005
Sul	147,6	5,8 (3,4-8,3)	<0,001	165,9	7,1 (4,8-9,4)	<0,001	115,4	5,1 (2,9-7,2)	<0,001

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde

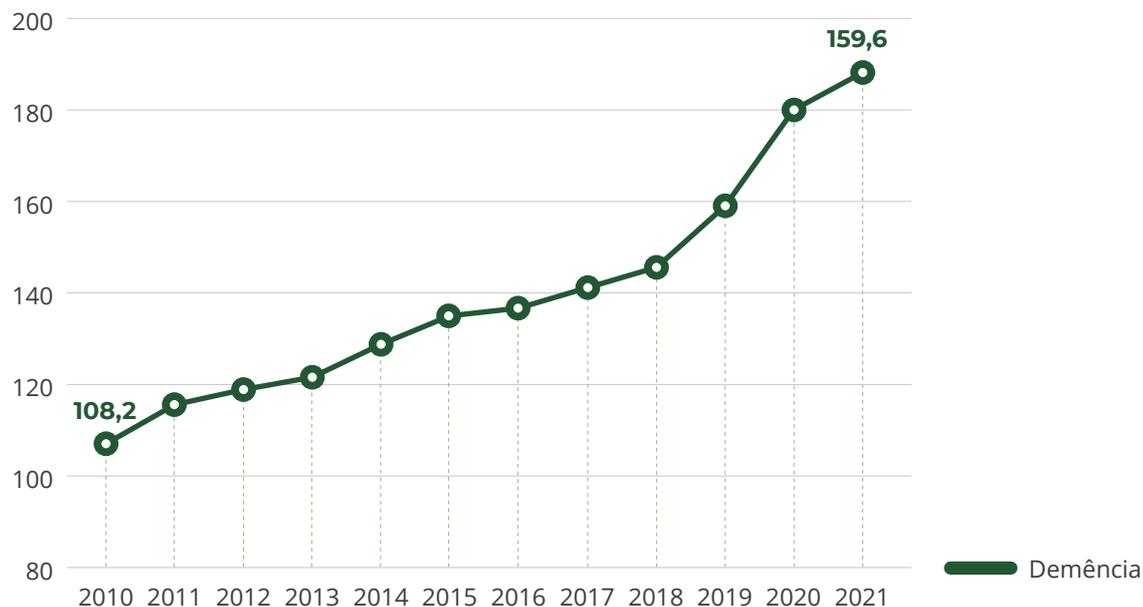
Legenda: * = regressão de Prais-Winsten

2.4.8 Mortalidade relacionada à demência após o início da pandemia de COVID-19 (2020-2021)

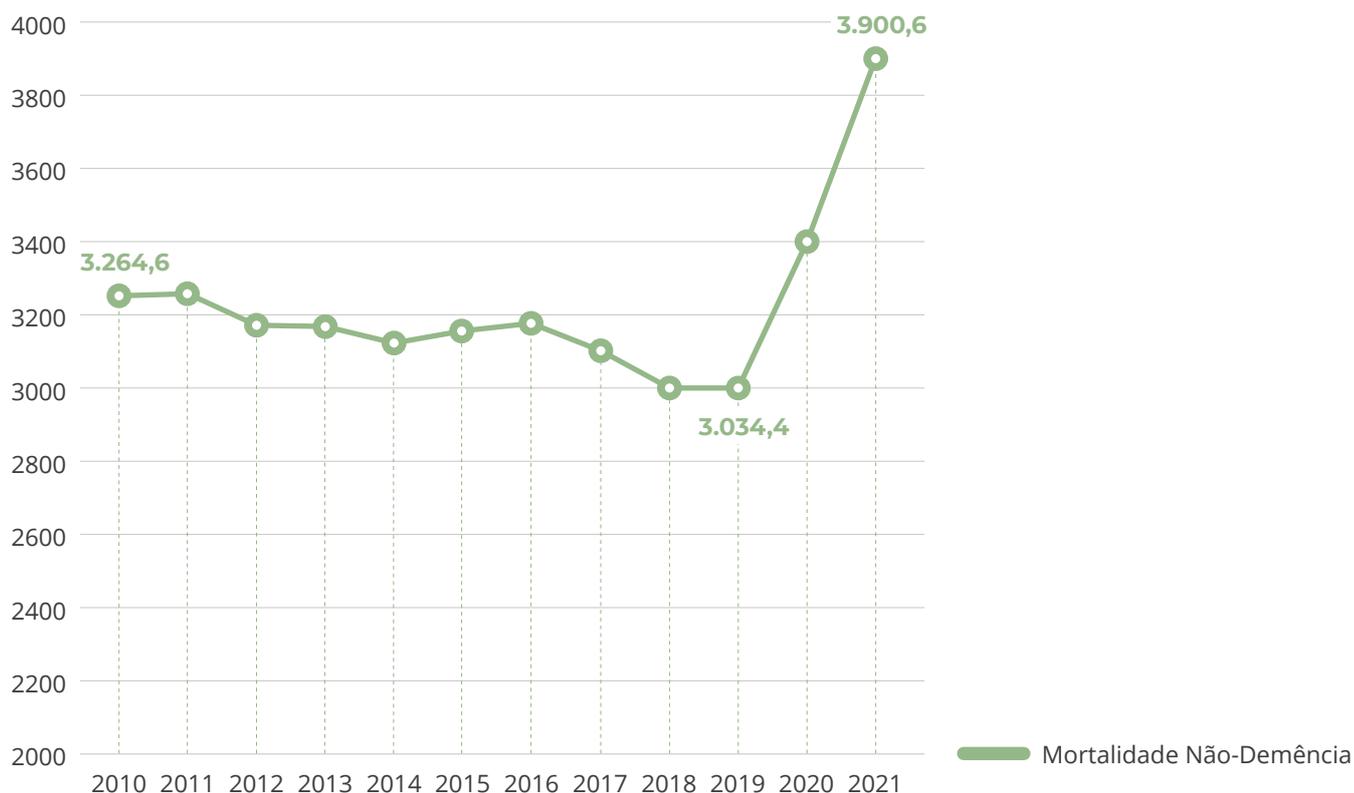
A pandemia de COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020¹³. Nos anos de 2020 e 2021, houve mudanças na mortalidade da população com 60 anos ou mais, de modo que as taxas de mortalidade (a cada 100.000 habitantes) por todas as causas (exceto demência), que estavam em contínua redução desde o início da série, tiveram aumento expressivo nos dois primeiros anos de pandemia. Com isso, a tendência de redução na mortalidade geral, desfez-se. No mesmo período, houve um crescimento acentuado das mortes relacionadas à demência, quando comparado com a tendência da série (Figura 27).

Figura 27 - Mortalidade na população brasileira com 60 anos ou mais (2010-2021)

Mortalidade relacionada à demência por 100.000 habitantes



Mortalidade não-demência por 100.000 habitantes



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade/Ministério da Saúde

Nos dois anos de vigência da pandemia aqui analisados, a idade média no óbito relacionado à demência manteve-se estável (84,7, DP = 7,8, em 2020; 84,8, DP = 7,9, em 2021), porém a idade média do óbito por todas as causas (em tendência de aumento nos últimos anos) declinou de 77,7 (DP = 10,3) em 2019 para 77,4 (DP = 10,2) em 2020 e para 76,9 (DP = 10,2) em 2021.

2.5 Considerações finais

Este capítulo apresenta dados epidemiológicos fundamentais para o entendimento da demência no Brasil, mais particularmente no que se refere aos óbitos por demência registrados nos últimos 11 anos (2010-2021). Destacamos que os códigos de doença (CID-10) utilizados neste estudo constitui um diferencial da presente análise em relação a estudos prévios que utilizaram apenas os códigos relacionados à DA^{6,7}. Além disso, nos valem de todos os casos notificados ao SIM para calcular as estimativas no período de interesse (2010-2021), o que essencialmente abrange informações de todo o Brasil.

Uma importante limitação das análises aqui apresentadas refere-se à impossibilidade de apreciação qualitativa dos dados obtidos. Isso ocorre devido ao fato de que a causa da morte, registrada na certidão de óbito e incluída no SIM, está condicionada à consideração, por parte do médico que atesta a morte, da hipótese de uma síndrome demencial para o indivíduo falecido. Em cenários pouco usuais, como por exemplo aquele observado durante a pandemia de COVID-19, essa consideração pode ser julgada secundária. Acrescente-se a isso que, no único estudo brasileiro de base populacional que avaliou a mortalidade relacionada à demência em uma coorte⁹, dos 40 óbitos registrados na amostra, a existência de alguma síndrome demencial foi documentada em apenas cinco das declarações de óbito que foram analisadas. Com base nesse achado prévio, os dados aqui apresentados podem constituir uma sub-representação da realidade brasileira.

Em que pese as limitações das análises ora em discussão, os dados apresentados neste capítulo apontam para uma tendência de aumento na mortalidade relacionada à demência em todo o Brasil, independentemente de sexo ou faixa etária. As diferenças regionais – caracterizadas por taxas mais baixas de óbito por demência nas Regiões Norte e Nordeste, sem que haja um fator protetor que justifique números inferiores aos registrados para as demais regiões geográficas – podem ser o reflexo da baixa taxa de notificação (dos quadros demenciais) na declaração de óbito ou mesmo o prová-

Este capítulo apresenta dados epidemiológicos fundamentais para o entendimento da demência no Brasil, mais particularmente no que se refere aos óbitos por demência registrados nos últimos 11 anos (2010-2021).

vel subdiagnóstico da demência nas populações dessas duas regiões. Esperamos que as análises apresentadas neste capítulo norteiem e inspirem ações de manejo da demência no país.

2.6 Recomendações

- **Aprimorar o preenchimento das declarações de óbito** por meio de investimentos em iniciativas de educação médica continuada, em colaboração com os Conselhos Regionais de Medicina e universidades, destacando a relevância de registrar todos os diagnósticos da pessoa que veio a óbito, inclusive o diagnóstico de quadros demenciais.
- **Criar estratégias para aumentar o diagnóstico da demência** na população brasileira, dado que a notificação no óbito depende do diagnóstico prévio.
- **Incluir a declaração de óbito em plataforma digital unificada** com o objetivo de manter vigilância constante deste dado.
- **Inserir item para preenchimento na declaração de óbito:** em caso de pessoas com idade a partir de 60 anos, questionar a presença de demência (com opções de preenchimento que incluam sim, não, suspeito ou desconhecido).

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The top 10 causes of death**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 23 ago. 2024.
2. LI, X. *et al.* Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2019. **Frontiers in Aging Neuroscience**, [s. l.], v. 14, 2022.
3. LIANG, C. S. *et al.* Mortality rates in Alzheimer's disease and non-Alzheimer's dementias: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Healthy Longevity**, [s. l.], v. 2, n. 8, p. e479-488, 2021.
4. PRINCE, M. *et al.* Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. **Lancet**, [s. l.], v. 380, p. 50-58, 2012.
5. MELO, S. C. *et al.* Dementias in Brazil: increasing burden in the 2000-2016 period. Estimates from the Global Burden of Disease Study 2016. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, [s. l.], v. 78, p. 762-771, 2020.
6. TEIXEIRA, J. B. *et al.* Mortality from Alzheimer's disease in Brazil, 2000-2009. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, p. 850-860, 2015.
7. PASCHALIDIS, M. *et al.* Trends in mortality from Alzheimer's disease in Brazil, 2000-2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 32, 2023.
8. INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **GBD Results**: [results from the 2021 Global Burden of Disease (GBD) study]. Seattle: IHME, 2020. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>. Acesso em: 21 maio 2023.
9. NITRINI, R. *et al.* Mortality from dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, [s. l.], v. 20, p. 247-253, 2005.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. **População residente**. Brasília, DF: MS, [20-]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente/>. Acesso em: 13 dec. 2022.
11. 2023 ALZHEIMER'S disease facts and figures. **Alzheimer's & Dementia**, v. 19, n. 4, p. 1598-1695, 2023. DOI: 10.1002/alz.13016.
12. PRAIS, S. J.; WINSTEN, C. B. **Trend estimators and serial correlation**. [s. l.: s. n.], 1954. Cowles Commission Discussion Paper, statistics no. 383. Disponível em: <https://cowles.yale.edu/sites/default/files/2023-05/s-0383.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2024.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 11 jul. 2021.

3

Redução de Risco

3.1 Pontos Principais

- **A melhor forma**, e também a mais barata, de reduzir a carga das demências para gerações futuras é a prevenção.
- **Existem evidências da redução da incidência de demência**, tanto nos Estados Unidos quanto em alguns países europeus, que têm sido atribuídas à melhora em alguns fatores de risco, incluindo a escolaridade e o controle de doenças cardiovasculares.
- **Doze fatores de risco** (baixa escolaridade, hipertensão arterial, perda auditiva, obesidade, traumatismo cranioencefálico, abuso de álcool, depressão, inatividade física, diabetes mellitus, poluição do ar, tabagismo e isolamento social) foram apontados como os mais bem estabelecidos, e que, conjuntamente, são responsáveis por 40% dos casos de demência no mundo.
- **No Brasil, 48% dos casos de demência** são atribuíveis aos 12 fatores de risco modificáveis.
- **A estimativa total foi semelhante** na população branca e na população negra. No entanto, a escolaridade foi o fator mais importante na população negra, ao passo que a hipertensão arterial foi o mais importante na população branca.
- **As frações atribuíveis na população (FAP) variaram** entre as cinco macrorregiões brasileiras, havendo maior possibilidade para prevenção nas regiões mais pobres.
- **O principal fator de risco** na população brasileira é a baixa escolaridade.
- **Nossas estimativas indicam que**, caso houvesse uma redução de 10% por década na prevalência de cada um dos 12 fatores de risco sob análise, teríamos mais de 600 mil casos a menos de demência projetados para 2060. Se a redução na prevalência fosse de 20%, teríamos mais de 1,2 milhão a menos de casos de demência.

12 fatores de risco


baixa escolaridade


hipertensão arterial


perda auditiva


Obesidade


Traumatismo cranioencefálico


Abuso de álcool


Depressão


Inatividade física


Diabetes mellitus


Poluição do ar


Tabagismo


Isolamento social

3.2 Introdução

Até o momento, não existe tratamento que modifique o curso natural das demências. A prevenção por meio do controle dos fatores de risco parece ser o principal meio para diminuir os casos de demência¹. A incidência de demência tem diminuído em países ricos nas últimas décadas²⁻⁴, o que parece estar associado à melhora do nível educacional e ao melhor controle dos fatores de risco cardiovascular nessas populações. Essas evidências, oriundas de estudos epidemiológicos, sugerem que a demência pode ser de fato prevenida. Além disso, dois ensaios clínicos multidomínios – nos quais foram implementadas intervenções que promoveram aumento da atividade física, adesão a uma dieta saudável, estimulação cognitiva e controle rigoroso dos fatores de risco cardiovascular – demonstraram melhora

da função cognitiva e diminuição da incidência de demência durante o período do estudo^{5,6}.

Em 2020, a comissão da revista *The Lancet*, valendo-se particularmente de revisões sistemáticas e meta-análises, apontou 12 fatores de risco potencialmente reversíveis e associados às demências¹. Cada um dos fatores parece ter maior impacto na prevenção das demências em determinada fase da vida (Quadro 1). Estima-se que 40% dos casos de demência no mundo estejam relacionados a esses 12 fatores¹. Na América Latina, estimou-se que 56% dos casos de demência estavam relacionados a 9 destes fatores de risco, sugerindo que as frações modificáveis por eles sejam ainda mais expressivas em países de baixa e média renda (Quadro 1)⁷.

Quadro 1 – Fatores de risco modificáveis para demência ao longo da vida

Criança, adolescente e adulto jovem (< 45 anos)
Baixo nível educacional*
Meia-idade (45-60 anos)
Perda auditiva*
Traumatismo cranioencefálico
Hipertensão arterial sistêmica*
Abuso de álcool
Obesidade*
Idoso (> 60 anos)
Tabagismo*
Depressão*
Isolamento social*
Inatividade física*
Diabetes mellitus*
Poluição ambiental

Fonte: Lancet Commission, 2020(18)

Nota: O asterisco (*) refere-se aos 9 fatores de risco associados a 56% dos casos de demência na América Latina⁷.

Neste capítulo é apresentado inicialmente um resumo da evidência sobre os 12 fatores de risco, agrupados de acordo com os ciclos de vida, e em seguida são apresentados a metodologia e os resultados das estimativas da fração atribuída aos 12 fatores de risco, utilizando-se dados do Estudo Longitudinal da Saúde do Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). Informações adicionais estão disponíveis em manuscrito publicado previamente⁸. A partir desses resultados, são apresentadas as projeções do impacto da redução desses fatores em 10% e 20%, por cada década, no número de pessoas com demência em gerações futuras. Finalmente, discutimos o potencial para prevenção de demência no Brasil, encerrando este capítulo com recomendações para prevenção.

3.3 Fatores de risco modificáveis nos ciclos de vida

3.3.1 Crianças, adolescentes e adultos jovens (< 45 anos): baixa escolaridade

A baixa escolaridade é um importante fator de risco para demência, sendo um marcador de reserva cognitiva⁹, definida como a capacidade de manter a performance cognitiva apesar da presença de lesões neurodegenerativas ou cerebrovasculares⁹. A primeira infância e adolescência parecem ser períodos críticos para a construção da reserva cognitiva, visto que a capacidade cognitiva atinge seu ápice ao final da terceira década de vida¹⁰. O Brasil apresenta um nível educacional mais baixo quando comparado a países de alta renda. A média de escolaridade de pessoas

idosas no Brasil é de apenas 5 anos, com 23% de analfabetos¹¹. A qualidade do ensino fundamental e médio é bastante heterogênea no país. Esse cenário tem se modificado nos últimos anos, principalmente em relação à redução do número de crianças sem acesso a escolas. Atualmente, 99% das crianças entre 6 e 14 anos estão matriculadas em escolas, mas tão somente 27% completam o ensino médio¹². Estudos brasileiros têm demonstrado que mesmo poucos anos de escolaridade diminuem o risco para o desenvolvimento futuro de quadros demenciais^{13,14}.

3.3.2 Adultos entre 45 e 60 anos

Entre os fatores modificáveis neste período da vida, destacam-se cinco fatores de risco cardiovasculares (FRCV), devido à sua alta prevalência e possibilidade de tratamento: hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, tabagismo, inatividade física e diabetes mellitus¹. Os FRCV estão associados não apenas a maior risco de comprometimento cognitivo vascular, mas também à doença de Alzheimer (DA). Vale lembrar que a DA é a principal causa de demência no mundo, inclusive no Brasil. Entretanto, no nosso país o comprometimento cognitivo vascular é relativamente mais frequente que em países de alta renda, sugerindo a possibilidade de maior impacto dos FRCV na prevenção de demência na população brasileira¹⁵.

Entre os fatores modificáveis na vida adulta, destacam-se cinco fatores de risco cardiovasculares (FRCV), devido à sua alta prevalência e possibilidade de tratamento: hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, tabagismo, inatividade física e diabetes mellitus.

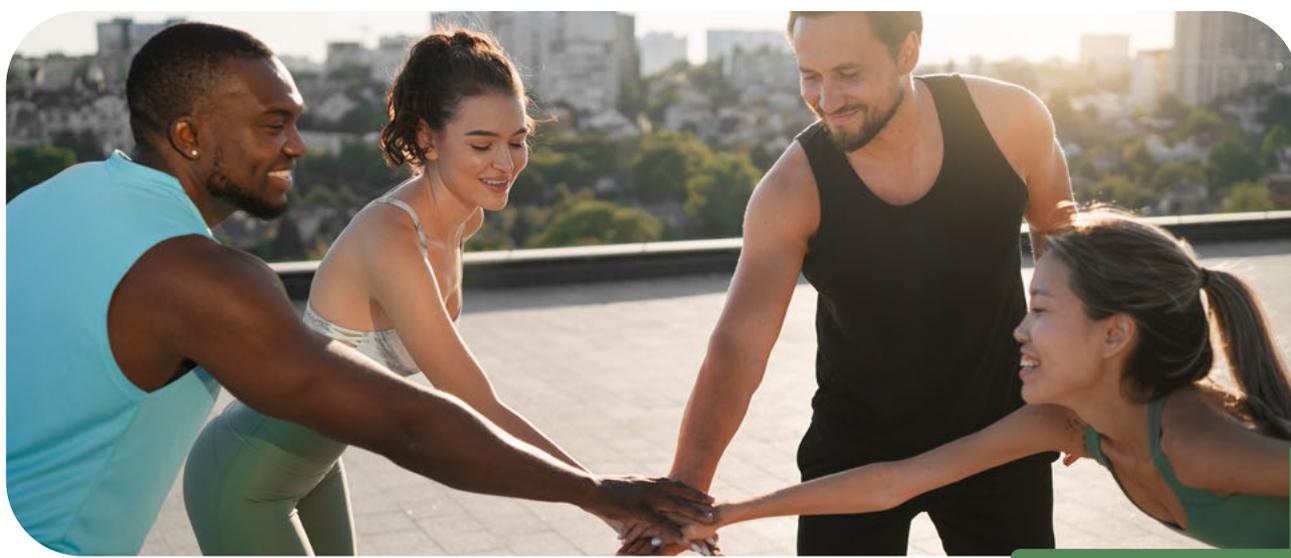
HAS e obesidade na meia-idade são FRCV associados a maior risco de demência. A prevalência de HAS aumenta com a idade, sendo estimada em 32% nos adultos de 45 a 54 anos e em quase 60% nas pessoas idosas com 65 anos ou mais¹⁶. No mesmo caminho, a obesidade é outro fator de risco importante na meia-idade, tendo uma prevalência de 24% entre 45-64 anos, inclusive com um notável aumento de 63% nessa faixa etária ao longo dos últimos 15 anos¹⁶. Embora alguns ensaios clínicos randomizados (ECR) mostrem benefício do controle da HAS para o desempenho cognitivo, outros ECR falharam em replicar esse achado¹⁷. Dessa forma, não há evidência robusta de que o tratamento isolado da HAS ou obesidade possa prevenir a demência^{17,18}. Entretanto, os ECR aqui discutidos incluíram pessoas idosas e as intervenções tiveram duração curta, o que limita as conclusões sobre o potencial efeito preventivo dessas intervenções, visto que o maior benefício do controle desses FRCV parece ocorrer na meia-idade e por longos períodos de tempo.

A perda auditiva na meia-idade é outro fator de risco modificável para demência que foi recentemente incluído no relatório da Comissão Lancet¹. Uma meta-análise que reuniu dados de quase 20 mil pessoas encontrou que a perda auditiva estava associada a pior desempenho cognitivo global e em domínios específicos (função executiva, velocidade de processamento, memória semântica e habilidade visuoespacial)¹⁹. Além disso, foi estima-

do um aumento entre 20% e 30% para o risco de comprometimento cognitivo e demência, respectivamente, a cada 10 Db de perda auditiva¹⁹. Em um estudo brasileiro que incluiu 802 participantes do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) que completaram avaliação com audiometria, a perda auditiva objetiva foi associada a pior desempenho em fluência verbal²⁰. Em outro estudo com dados do ELSI-Brasil, a perda auditiva foi associada à pior performance cognitiva em testes de memória imediata e fluência verbal²¹.

Outro fator de risco modificável para demência na meia-idade, recentemente incluído no relatório da Comissão Lancet, foi o traumatismo cranioencefálico (TCE), que inclui desde concussão cerebral à fratura de crânio, e geralmente é causado por acidentes (p. ex., carro, motocicleta ou bicicleta), esportes (p. ex., boxe, futebol americano, futebol) e quedas¹. O TCE pode levar ao acúmulo da proteína tau hiperfosforilada. Em um estudo dinamarquês com quase 3 milhões de pessoas com 50 anos ou mais, o TCE foi associado a um risco de 20% de demência ao longo do seguimento²². O risco parece ser maior nos primeiros meses após o TCE e em eventos crônicos.

O consumo excessivo de álcool, definido como o consumo de 210 gramas ou mais de álcool por semana, está associado a um risco 18% maior de demência, de acordo com a meta-análise realizada pela Comissão Lancet¹.



3.3.3 Pessoas acima de 60 anos de idade

Quanto aos fatores de risco modificáveis em pessoas idosas, destaca-se a alta prevalência de diabetes mellitus (23%) no Brasil, sendo observado um aumento de 18% nessa prevalência entre 2006 e 2019¹⁶. Além disso, a prevalência de inatividade física entre pessoas idosas é de 32% e a de tabagismo, 8%¹⁶. As prevalências de inatividade física e tabagismo caíram nos últimos 15 anos, um efeito possivelmente secundário às políticas de saúde pública que incentivaram a prática de atividade física e a cessação do tabagismo.

Vários estudos observacionais apoiam que diabetes mellitus, inatividade física e tabagismo sejam fatores modificáveis para a demência em pessoas idosas, porém nenhum ECR até o momento conseguiu demonstrar que as intervenções implementadas nesses estudos para controlar a diabetes, aumentar a prática de atividade física ou que levem à cessação do tabagismo, possam diminuir a incidência de demência²³.

Numa meta-análise com 32 estudos incluindo mais de 62 mil pessoas, a depressão aumentou em duas vezes o risco para demência²⁴. Entretanto, essa associação apresentou tendência mais fraca quando o tempo de seguimento foi mais curto. Outro estudo com dados de mais de 10 mil servidores públicos do estudo *Whitehall* demonstrou que a depressão em pessoas idosas aumentou a chance de demência, ao passo que a depressão na meia-idade não foi associada a maior risco de demência quando o tempo de seguimento foi mais longo²⁵. Esses achados sugerem que a depressão pode ser uma manifestação inicial da demência, e não um fator de risco, sendo potencialmente a primeira manifestação não cognitiva das alterações neuropatológicas associadas às doenças neurodegenerativas²⁶.

O contato social parece ser um importante fator protetor para as demências, por estimular a reserva cognitiva e proporcionar uma rede de suporte para um estilo de vida saudável. Uma meta-análise com mais de 800 mil pessoas encontrou que ser solteiro por toda a vida e ficar viúvo aumentaram em 40% e 20% o risco de demência, respectivamente, quando comparados a ser casado²⁷. Não foram encontradas diferenças por gênero, educação e saúde física, o que sugere que pessoas casadas teriam mais contato social e esse fator seria protetor para demência²⁷. Entretanto, é importante salientar que assim como na depressão de início tardio, a diminuição do contato social pode ser secundária aos sintomas neuropsiquiátricos iniciais da demência, como apatia, depressão e ansiedade²⁶.

A poluição ambiental é um fator de risco recentemente incluído entre os fatores modificáveis para demência pela Comissão Lancet¹. Um estudo canadense com mais de 2 milhões de pessoas com média de idade de 67 anos revelou que pessoas que viviam em regiões mais poluídas tinham um risco 10% maior de desenvolver demência²⁸.

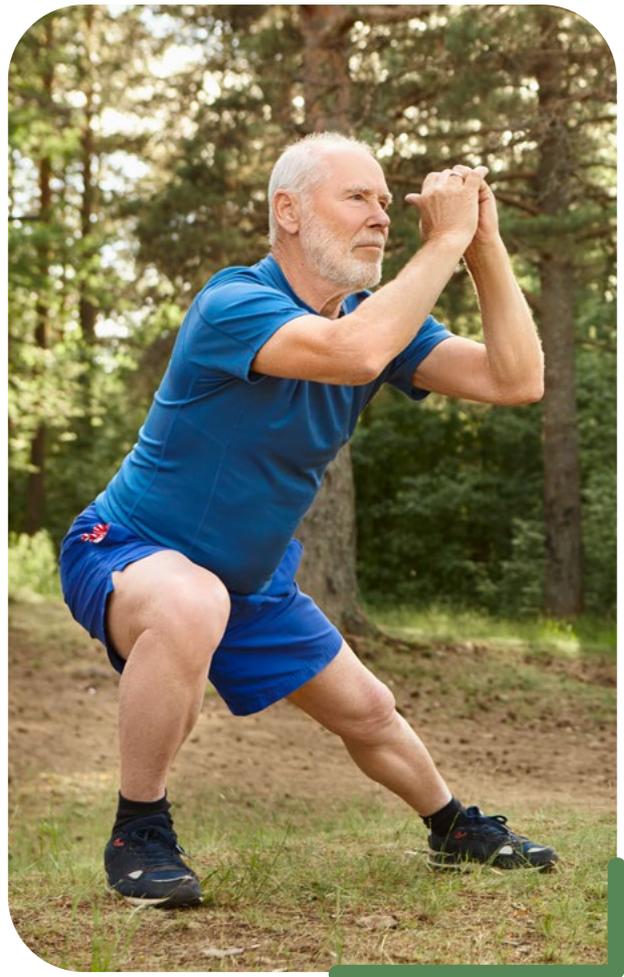
O contato social parece ser um importante fator protetor para as demências, por estimular a reserva cognitiva e proporcionar uma rede de suporte para um estilo de vida saudável.

3.3.4 Estimativa da fração atribuível na população brasileira dos 12 fatores de risco modificáveis para demência

Como descrito anteriormente, estudos prévios estimaram que 40% e 56% dos casos de demência, no mundo e na América Latina, respectivamente, são atribuíveis a 12 fatores de risco^{1,7}. No Brasil, um estudo de 2019 estimou que 32% dos casos de demência seriam atribuíveis a 7 fatores modificáveis (baixo nível educacional, inatividade física, hipertensão e obesidade na meia-idade, depressão, tabagismo e etilismo)²⁹. Embora esse estudo tenha usado estimativas da prevalência dos fatores de risco com dados representativos da população brasileira, não foi possível calcular a comunalidade entre os 7 fatores com os dados brasileiros e foi utilizada a comunalidade descrita no estudo da Comissão Lancet.

3.4 Métodos: Fração atribuível na população

A fração atribuível na população (FAP) estima a proporção de casos na população que poderiam ser atribuídos a um ou a um grupo de fatores de risco. A FAP dos 12 fatores de risco modificáveis para demência no Brasil foi estimada considerando dados representativos de prevalência e comunalidade dos fatores de risco na população brasileira. Utilizamos os dados de linha de base do ELSI-Brasil, coletados em 2015 e 2016³⁰. O ELSI-Brasil coletou dados de 9.412 adultos com 50 anos ou mais. O método de amostragem foi estratificado por municípios, áreas censitárias e domicílios para incluir cidades urbanas e rurais de diferentes portes. Os pesos amostrais foram calculados para lidar com diferentes probabilidades de seleção e não resposta. Foram coletadas informações sobre variáveis sociodemográficas, história clínica, estilo de vida, estado funcional e utilização de recursos de saúde. As medidas antropométricas e funcionais foram coletadas durante a visita domiciliar.



3.4.1 Definição dos fatores de risco

Sempre que possível, as definições de fatores de risco para o presente estudo seguiram as definições da Comissão Lancet¹. A descrição de como foi definido cada fator de risco para o respectivo cálculo da prevalência é mostrada no Quadro 2.

Quadro 2 – Definição dos fatores de risco para demência

Fator de risco	Definição	Fonte
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	Diagnóstico prévio de HAS por profissionais de saúde ou uso atual de anti-hipertensivos	ELSI
Diabetes mellitus (DM)	Diagnóstico prévio de DM por profissionais de saúde ou uso atual de insulina ou hipoglicemiantes	ELSI
Obesidade	Peso e altura autorreferidos foram utilizados para calcular o IMC para essas pessoas. Obesidade foi definida como IMC ≥ 30 kg/m ²	ELSI
Inatividade física	Definida como a prática de atividades vigorosas por menos que 75 minutos por semana, atividades moderadas ou caminhada por menos que 150 minutos por semana, ou uma combinação equivalente de atividades moderadas e vigorosas ³¹	ELSI
Perda auditiva	Autorrelato da audição ruim ou muito ruim, ou uso atual de próteses auditivas	ELSI
Consumo excessivo de álcool	Ingestão atual de mais de 21 unidades de álcool por semana (uma unidade = 10 gramas)	ELSI
Tabagismo	Uso atual e regular de tabaco	ELSI
Depressão	Diagnóstico prévio de depressão por um profissional de saúde	ELSI
Isolamento social	Definido por ver familiares ou amigos menos de uma vez por mês	ELSI
Poluição ambiental	Como o ELSI-Brasil não tem uma medida objetiva de poluição do ar, foi utilizada a prevalência de residência em área urbana como uma medida alternativa de exposição a esse fator de risco ¹	ELSI
Escolaridade	A menor escolaridade foi definida pela proporção de brasileiros com 25 anos de idade que completaram 8 anos ou menos de educação formal ³²	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2016)
Traumatismo cranioencefálico	Como a informação sobre TCE também não estava disponível no estudo ELSI-Brasil, usamos a prevalência de 12,1% de acordo com uma meta-análise prévia	Meta-análise ³³

Abreviação: ELSI, Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso²⁹.

3.4.2 Cálculo da FAP

O cálculo da FAP depende da prevalência, do risco relativo (RR) e da comunalidade de cada fator. Os RRs foram derivados das meta-análises apresentadas pelo relatório da Comissão Lancet¹. Os RRs são medidas da associação entre cada fator de risco e demência e não se espera que variem significativamente entre os países.

A FAP foi então calculada de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{FAP} = P_e (RR_e - 1) / [1 + P_e (RR_e - 1)], \text{ onde } P_e \text{ é a prevalência do fator de risco e o } RR_e \text{ é o respectivo risco relativo.}$$

O cálculo da FAP dos 12 fatores de risco segue a fórmula abaixo:

$$\text{FAP} = 1 - [(1 - \text{FAP}1) (1 - \text{FAP}2) \dots (1 - \text{FAP}12)]$$

3.4.3 Comunalidade

A comunalidade mede a sobreposição ou agrupamento dos fatores de risco. Ela foi calculada usando a análise de componentes principais. O peso (p) para cada fator de risco é igual a 1 menos sua comunalidade. A FAP ponderada foi calculada de acordo com a fórmula que segue:

$$\text{FAP} = 1 - [(1 - p1 * \text{FAP}1) (1 - p2 * \text{FAP}2) \dots (1 - p12 * \text{FAP}12)]$$

Além disso, os cálculos da FAP ponderada para cada fator de risco seguiram a fórmula abaixo:

$$\text{FAP ponderada individual} = \frac{\text{FAP Individual}}{\sum (FAP individual)} \times \text{FAP geral}$$

Não foi possível calcular a comunalidade para TCE, pois este fator não foi medido no ELSI-Brasil. Diante disso, calculamos a comunalidade média entre os outros 11 fatores de risco e imputamos esse valor como sendo a comunalidade para TCE¹. Intervalos de confiança de 95% para as FAPs foram calculados usando a aproximação binomial da proporção.

3.4.4 Análises por região geográfica e etnia

O Brasil está dividido em cinco macrorregiões, de acordo com a respectiva localização e desenvolvimento sociodemográfico. Portanto, estratificamos nossas análises de acordo com os indicadores de desenvolvimento das macrorregiões brasileiras³⁴.

As Regiões Sul e Sudeste são as mais ricas (responsáveis por 17% e 53% do Produto Interno Bruto [PIB], respectivamente); em contrapartida, as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam menor desenvolvimento econômico (5%, 14% e 10% do PIB do Brasil, respectivamente) e,

portanto, foram analisadas em conjunto³⁵. Além disso, examinamos se a prevalência dos fatores de risco sofria alterações em função da raça autorreferida. Para realizar essa análise, excluímos os participantes que se autodeclararam como indígenas ($n = 220$) ou asiáticos ($n = 90$) e estratificamos a análise por população branca e negra. Os participantes que se autorrelatam como “pardos” foram agrupados na categoria raça negra, já que indivíduos pardos e negros enfrentam racismo e carga socioeconômica semelhantes³⁶.

3.5 Resultados: Fração atribuível na população

3.5.1 Prevalência dos fatores de risco

As prevalências de cada um dos 12 fatores de risco para demência em fases específicas da vida, utilizadas para o cálculo da FAP, estão descritas na Tabela 14. A prevalência de baixo nível educacional foi 47%. Em relação aos fatores de risco na meia-idade, foi observada uma prevalência de 46% para hipertensão arterial, 31% para obesidade, 27% para perda auditiva e 4% para uso excessivo de álcool. Para TCE, usamos a prevalência de 12% de uma meta-análise prévia³³. Em pessoas idosas, encontramos uma prevalência de 11% para tabagismo, 16% para depressão, 2% para isolamento social, 37% para inatividade física, 20% para diabetes mellitus, além de 83% de exposição à poluição ambiental (Tabela 14).

3.5.2 Estimativas da FAP para o país todo

Quarenta e oito por cento dos casos de demência no Brasil foram atribuídos a 12 fatores de risco (FAP = 48,2%, IC 95% = 47,2-49,2) (Tabela 14). Os cinco fatores de risco de maior impacto foram a baixa escolaridade (FAP = 7,7%, IC 95% = 7,2-8,3), hipertensão arterial na meia-idade (FAP = 7,6%, IC 95% = 6,9-8,3), perda auditiva na meia-idade (FAP = 6,8%, IC 95% = 6,2-7,5), obesidade na meia-idade (FAP = 5,6%, IC 95% = 5,0-6,2) e inatividade física (FAP = 4,5%, IC 95 = 3,8-5,2).

Quarenta e oito por cento dos casos de demência no Brasil foram atribuídos a 12 fatores de risco. Os cinco fatores de risco de maior impacto foram a baixa escolaridade, a hipertensão arterial, a perda auditiva, a obesidade e a inatividade física.

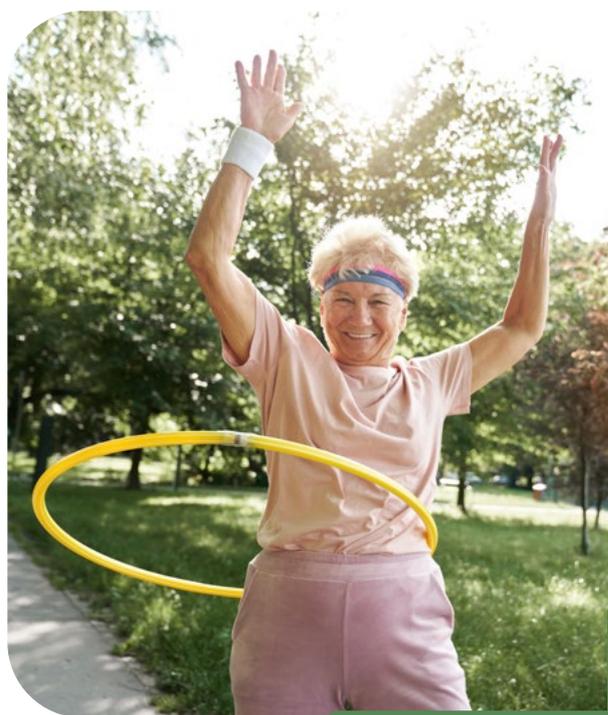


Tabela 14 – Fração atribuível na população (FAP) para os 12 fatores de risco de demência no Brasil (n = 9.412)

Fator de Risco	RR para demência (IC 95%)	Prevalência	Comunalidade	FAP	FAP ponderada
Crianças, adolescentes, adultos jovens (< 45 anos)					
Baixo nível educacional	1,6 (1,3-2,0)	46,6%	61,8%	21,9% (21,1-22,8)	7,7% (7,2-8,3)
Adultos de meia-idade (45-65 anos)					
Hipertensão arterial	1,6 (1,2-2,2)	46,4%	53,5%	21,8% (20,8-22,9)	7,6% (6,9-8,3)
Obesidade	1,6 (1,3-1,9)	31,4%	48,1%	15,9% (15,0-16,9)	5,6% (5,0-6,2)
Perda auditiva	1,9 (1,4-2,7)	26,5%	40,8%	19,2% (18,2-20,2)	6,8% (6,2-7,5)
TCE	1,8 (1,5-2,2)	12,1%	52,3%	8,8% (8,1-9,6)	3,1% (2,7-3,6)
Uso abusivo de álcool	1,2 (1,1-1,3)	4,3%	56,1%	0,9% (0,7-1,2)	0,3% (0,2-0,5)
Pessoas idosas com mais de 65 anos					
Tabagismo	1,6 (1,2-2,2)	10,6%	61,7%	6,0% (5,2-6,8)	2,1% (1,7-2,6)
Depressão	1,9 (1,6-2,3)	15,8%	67,9%	12,4% (11,3-13,5)	4,4% (3,7-5,1)
Isolamento social	1,6 (1,3-1,9)	1,6%	24,3%	1,0% (0,7-1,4)	0,3% (0,1-0,5)
Inatividade física	1,4 (1,2-1,7)	36,7%	58,6%	12,8% (11,7-13,9)	4,5% (3,8-5,2)
Diabetes mellitus	1,5 (1,3-1,8)	19,7%	41,8%	9,0% (8,1-10,0)	3,1% (2,6-3,7)
Poluição do ar	1,1 (1,1-1,1)	83,5%	60,7%	7,7% (6,8-8,6)	2,7% (2,2-3,3)
Total				77,6% (76,8-78,4)	48,2% (47,2-49,2)

Abreviação: RR, risco relativo; IC, intervalo de confiança; TCE, traumatismo crânioencefálico.

Fonte: elaboração própria.

3.5.3 Estimativas da fração atribuível na população (FAP) por macrorregião brasileira

Calculamos a FAP dos 12 fatores de risco para demência para cada uma das cinco macrorregiões brasileiras (Tabela 15). A FAP ponderada geral foi semelhante nas cinco regiões e variou de 47,5% a 49,5%. O fator de risco com maior FAP foi a escolaridade nas Regiões Norte, Nordeste e Sul, à medida que hipertensão arterial sistêmica foi o fator de maior contribuição nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste.

Tabela 15 - Fração atribuível na população (FAP) dos 12 fatores de risco para demência nas cinco regiões brasileiras (n = 9.412)

Fator de risco	Prevalência do fator de risco	Comunalidade	FAP	FAP ponderada
Região Norte (n = 743)				
Baixa escolaridade	49,3%	65,2%	22,8%	8,1%
Hipertensão arterial	39,9%	47,5%	19,3%	6,8%
Obesidade	32,1%	51,2%	16,1%	5,7%
Perda de audição	27,0%	36,2%	19,6%	6,9%
Traumatismo cranioencefálico	12,1%	54,1%	8,8%	3,1%
Álcool	2,4%	39,6%	0,5%	0,2%
Fumar	11,2%	43,1%	6,3%	2,2%
Depressão	11,2%	55,4%	9,2%	3,2%
Isolamento social	1,7%	72,0%	1,0%	0,4%
Inatividade física	41,4%	70,6%	14,2%	5,0%
Diabetes mellitus	18,4%	53,2%	8,4%	3,0%
Poluição do ar	83,3%	61,0%	7,7%	2,7%
Geral			76,7%	47,5%
Região Nordeste (n = 2.549)				
Baixa escolaridade	55,5%	57,3%	25,0%	9,3%
Hipertensão arterial	45,7%	43,8%	21,5%	8,0%
Obesidade	25,2%	41,5%	13,1%	4,9%
Perda de audição	31,5%	44,0%	22,1%	8,2%
Traumatismo cranioencefálico	12,1%	52,7%	8,8%	3,3%
Álcool	4,8%	43,4%	1,0%	0,4%
Fumar	10,9%	51,2%	6,1%	2,3%
Depressão	9,7%	60,7%	8,0%	3,0%
Isolamento social	2,2%	70,0%	1,3%	0,5%
Inatividade física	34,2%	64,4%	12,0%	4,5%
Diabetes mellitus	17,5%	49,4%	8,0%	3,0%
Poluição do ar	67,2%	53,9%	6,3%	2,3%
Geral			76,8%	49,5%

continua

conclusão

Fator de risco	Prevalência do fator de risco	Comunalidade	FAP	FAP ponderada
Região Sudeste (n = 3.922)				
Baixa escolaridade	41,2%	60,7%	19,8%	6,9%
Hipertensão arterial	49,0%	58,8%	22,7%	7,9%
Obesidade	34,5%	49,6%	17,1%	6,0%
Perda de audição	23,7%	39,5%	17,6%	6,2%
Traumatismo cranioencefálico	12,1%	52,9%	8,8%	3,1%
Álcool	5,4%	58,0%	1,1%	0,4%
Fumar	9,6%	63,7%	5,4%	1,9%
Depressão	16,0%	66,9%	12,6%	4,4%
Isolamento social	1,5%	31,4%	0,9%	0,3%
Inatividade física	36,2%	47,3%	12,6%	4,4%
Diabetes mellitus	21,8%	42,0%	9,8%	3,4%
Poluição do ar	94,2%	67,6%	8,6%	3,0%
Geral			77,5%	48,0%
Região Sul (n = 1.278)				
Baixa escolaridade	47,4%	54,8%	22,1%	7,8%
Hipertensão arterial	41,7%	49,8%	20,0%	7,0%
Obesidade	30,9%	54,5%	15,6%	5,5%
Perda de audição	27,1%	71,4%	19,6%	6,9%
Traumatismo cranioencefálico	12,1%	53,5%	8,8%	3,1%
Álcool	1,3%	70,1%	0,3%	0,1%
Fumar	12,3%	53,1%	6,9%	2,4%
Depressão	24,6%	57,7%	18,1%	6,4%
Isolamento social	1,0%	49,1%	0,6%	0,2%
Inatividade física	38,5%	26,5%	13,3%	4,7%
Diabetes mellitus	17,8%	47,9%	8,2%	2,9%
Poluição do ar	76,7%	53,6%	7,1%	2,5%
Geral			78,5%	49,4%
Região Centro-Oeste (n = 920)				
Baixa escolaridade	43,6%	66,9%	20,7%	7,1%
Hipertensão arterial	47,6%	48,8%	22,2%	7,6%
Obesidade	31,1%	41,2%	15,7%	5,4%
Perda de audição	27,5%	63,1%	19,8%	6,8%
Traumatismo cranioencefálico	12,1%	53,0%	8,8%	3,0%
Álcool	3,8%	46,7%	0,8%	0,3%
Fumar	12,7%	48,0%	7,1%	2,4%
Depressão	19,9%	62,9%	15,2%	5,2%
Isolamento social	1,2%	59,6%	0,7%	0,2%
Inatividade física	41,9%	58,1%	14,4%	4,9%
Diabetes mellitus	18,6%	39,3%	8,5%	2,9%
Poluição do ar	90,3%	48,6%	8,3%	2,8%
Geral			78,8%	48,7%

Fonte: elaboração própria.

Para facilitar a interpretação dos resultados da FAP em relação às macrorregiões, agrupamos as estimativas de acordo com o poder econômico (regiões ricas *versus* pobres). As regiões Sul e Sudeste foram classificadas como regiões ricas e as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste como regiões pobres. No geral, encontramos uma FAP maior nas regiões pobres (FAP = 54,0%, IC 95% = 52,5-55,5) em comparação com as regiões ricas (FAP = 49,0%, IC 95% = 47,6-50,4) (Tabela 16). Menor escolaridade, hipertensão arterial e perda auditiva foram os três fatores de risco mais importantes nos dois grupos de regiões. Entretanto, menor escolaridade foi o fator de risco mais

importante nas regiões pobres (FAP = 9,6%, IC 95% = 8,7-10,5), apresentando, por outro lado, a segunda maior FAP nas regiões ricas (FAP = 7,2%, IC 95% = 6,5-7,9). A hipertensão arterial na meia-idade foi o fator de risco mais importante nas regiões ricas (FAP = 7,8%, IC 95% = 7,1-8,6) e ocupou a segunda posição nas regiões pobres (FAP = 8,5%, IC 95% = 7,7-9,4). A perda auditiva na meia-idade apresentou a terceira maior FAP nos dois grupos de regiões. O impacto na prevenção da demência ao evitar a perda auditiva parece ser maior nas regiões pobres (FAP = 8,5%, IC 95% = 7,7-9,4) comparado às regiões ricas (FAP = 6,4%, IC 95% = 5,8-7,1), conforme ilustra a Figura 31.

Tabela 16 - Fração atribuível na população (FAP) dos 12 fatores de risco para demência em regiões pobres e ricas do Brasil (n = 9.412)

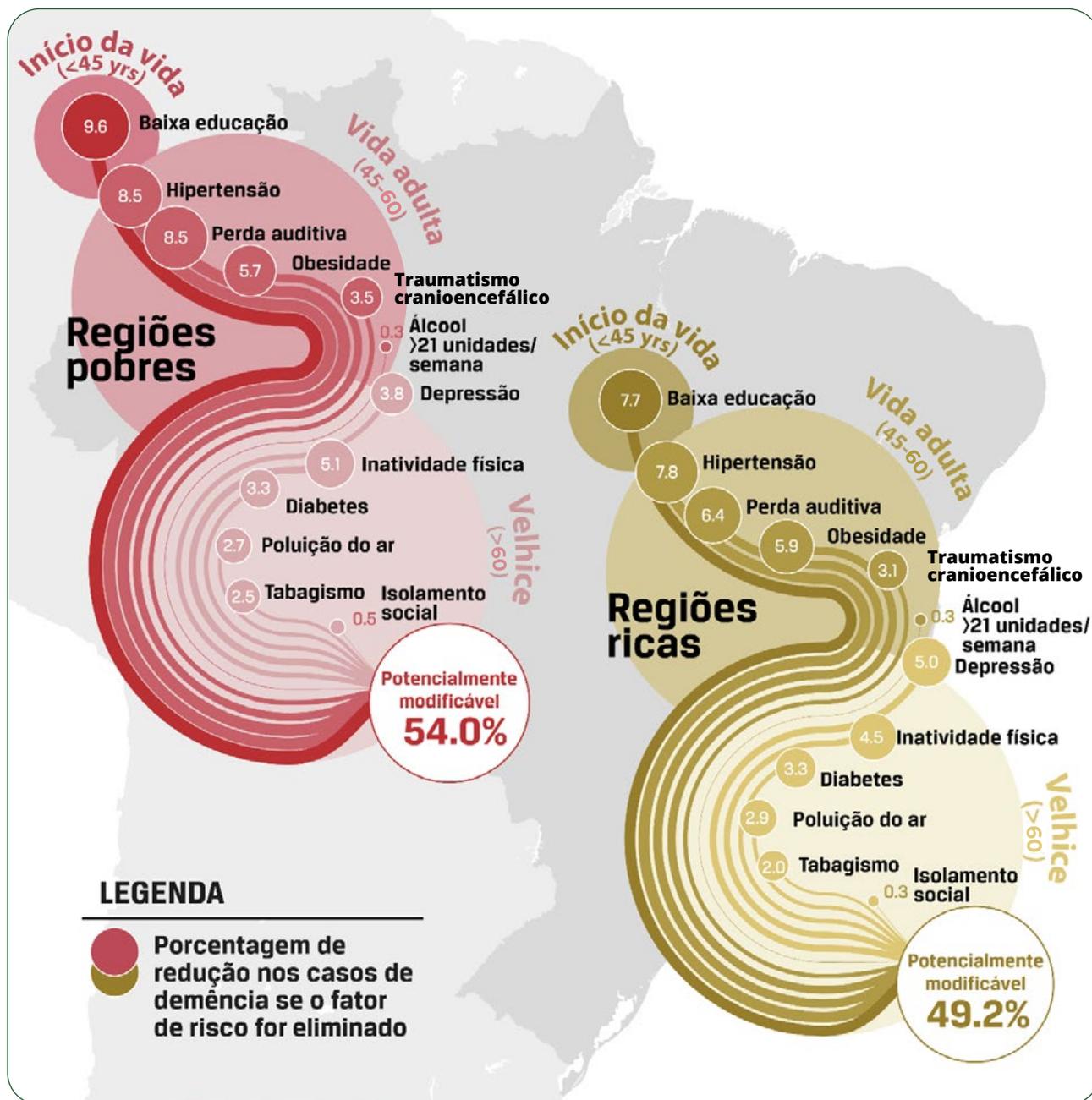
Regiões	Prevalência (%)		Comunalidade (%)		FAP (%)		FAP ponderada (%)	
	Pobres	Ricas	Pobres	Ricas	Pobres	Ricas	Pobres	Ricas
Baixo nível educacional	52,2	46,1	57,2	60,7	23,9 (22,6-25,2)	21,7 (21,2-22,2)	9,6 (8,7-10,5)	7,7 (7,4-8,0)
Hipertensão arterial	45,1	47,1	42,9	53,9	21,3 (20,1-22,6)	22,0 (20,9-23,1)	8,5 (7,7-9,4)	7,8 (7,1-8,6)
Obesidade	27,5	33,5	33,7	51,1	14,2 (13,2-15,3)	16,7 (15,7-17,7)	5,7 (5,0-6,4)	5,9 (5,3-6,6)
Perda auditiva	30,0	24,6	32,7	41,9	21,3 (20,1-22,6)	18,1 (17,1-19,2)	8,5 (7,7-9,4)	6,4 (5,8-7,1)
TCE	12,1	12,1	43,2	52,7	8,8 (8,0-9,7)	8,8 (8,0-9,6)	3,5 (3,0-4,1)	3,1 (2,6-3,6)
Uso abusivo de álcool	4,2	4,3	40,5	60,9	0,8 (0,6-1,1)	0,9 (0,7-1,2)	0,3 (0,2-0,5)	0,3 (0,2-0,5)
Tabagismo	11,2	10,2	50,2	61,0	6,3 (5,1-7,6)	5,8 (5,0-6,7)	2,5 (1,8-3,4)	2,0 (1,6-2,5)
Depressão	11,5	18,2	58,5	63,1	9,4 (8,0-10,9)	14,1 (12,9-15,3)	3,8 (2,9-4,9)	5,0 (4,3-5,8)
Isolamento social	2,0	1,4	14,3	36,9	1,2 (0,8-1,9)	0,8 (0,5-1,1)	0,5 (0,2-1,0)	0,3 (0,1-0,5)
Inatividade física	36,4	36,8	48,8	47,8	12,7 (11,1-14,4)	12,8 (11,7-14,0)	5,1 (4,1-6,3)	4,5 (3,8-5,3)
Diabetes mellitus	17,8	20,8	45,2	41,7	8,2 (6,9-9,6)	9,4 (8,4-10,5)	3,3 (2,5-4,3)	3,3 (2,7-4,0)
Poluição ambiental	72,9	89,7	50,6	61,1	6,8 (5,6-8,1)	8,2 (7,3-9,2)	2,7 (2,0-3,6)	2,9 (2,3-3,5)
Total					77,0 (75,7-78,3)	78,1 (77,6-78,6)	54,0 (52,5-55,5)	49,2 (47,9-50,7)

Abreviação: TCE, traumatismo crânioencefálico.

Nota: Regiões pobres = Norte, Nordeste e Centro-Oeste (n = 4.212); Regiões ricas = Sul e Sudeste (n = 5.200)

Fonte: elaboração própria.

Figura 28 - Fração atribuível na população (FAP) para os fatores de risco para demência nas regiões ricas (Sul e Sudeste) e pobres (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) do Brasil



Fonte: elaboração própria.

3.5.4 Estimativas da fração atribuível nas populações (FAP) branca e negra

Não observamos diferenças na FAP total entre a população branca e a população negra (Tabela 17). Baixa escolaridade no início da vida, hipertensão arterial na meia-idade e perda auditiva apresentaram as três maiores FAP nas duas populações. No entanto, a importância relativa de cada fator sofreu variações. Na população branca, a hipertensão arterial foi o fator de risco com a maior atribuição populacional (FAP = 7,3%, IC

95% = 6,3-8,5), seguido pela baixa escolaridade (FAP = 6,8%, IC 95% = 6,0-7,7) e perda auditiva (FAP = 6,8%, IC 95% = 5,8-8,0). Na população negra, menor escolaridade apresentou a maior atribuição populacional (FAP = 8,2%, IC 95% = 7,5-9,0), seguida por hipertensão arterial (FAP = 7,7%, IC 95% = 6,8-8,6) e perda auditiva (FAP = 6,6%, IC 95% = 5,8-7,5) (Figura 29).

Tabela 17 – Fração atribuível na população (FAP) dos 12 fatores de risco para demência entre brancos (n = 3.590) e negros (n = 5.170)

Regiões	Prevalência (%)		Comunalidade (%)		FAP (%)		FAP ponderada (%)	
	Branco	Negro	Branco	Negro	Branco	Negro	Branco	Negro
Baixo nível educacional	39,4	52,9	59,1	63,7	19,1 (17,8-20,4)	24,1 (22,9-25,3)	6,8 (6,0-7,7)	8,2 (7,5-9,0)
Hipertensão arterial	42,7	48,7	50,1	57,4	20,4 (18,7-22,2)	22,6 (21,2-24,0)	7,3 (6,3-8,5)	7,7 (6,8-8,6)
Obesidade	31,5	30,9	48,8	50,4	15,9 (14,4-17,5)	15,6 (14,4-16,9)	5,7 (4,7-6,7)	5,3 (4,6-6,1)
Perda auditiva	26,3	26,9	46,7	44,8	19,1 (17,5-20,8)	19,5 (18,2-20,9)	6,8 (5,8-8,0)	6,6 (5,8-7,5)
TCE	12,1	12,1	52,8	52,0	8,8 (7,6-10,0)	8,8 (7,9-9,8)	3,1 (2,4-3,9)	3,0 (2,4-3,6)
Uso abusivo de álcool	3,8	4,7	55,4	52,6	0,8 (0,4-1,2)	0,9 (0,6-1,3)	0,3 (0,1-0,7)	0,3 (0,1-0,6)
Tabagismo	10,1	10,5	64,0	60,7	5,7 (4,5-7,0)	5,9 (4,9-7,1)	2,0 (1,3-2,9)	2,0 (1,4-2,8)
Depressão	18,0	14,0	64,1	73,9	13,9 (12,1-15,8)	11,2 (9,8-12,7)	5,0 (3,9-6,2)	3,8 (3,0-4,8)
Isolamento social	1,4	1,6	36,1	13,8	0,8 (0,4-1,4)	1,0 (0,6-1,5)	0,3 (0,1-0,7)	0,3 (0,1-0,7)
Inatividade física	35,3	37,5	55,6	54,1	12,4 (10,7-14,2)	13,0 (11,5-14,6)	4,4 (3,4-5,6)	4,4 (3,5-5,4)
Diabetes mellitus	20,8	18,0	41,5	41,2	9,4 (7,9-11,0)	8,3 (7,1-10,0)	3,4 (2,5-4,5)	2,8 (2,1-3,6)
Poluição ambiental	86,5	80,3	59,3	59,7	8,0 (6,6-9,5)	7,4 (6,2-8,7)	2,8 (2,0-3,8)	2,5 (1,8-3,3)
Total					76,7 (75,3-78,1)	78,0 (76,9-79,1)	47,9 (46,3-49,6)	46,9 (45,5-48,3)

Abreviação: TCE, traumatismo cranioencefálico.
Fonte: elaboração própria.

Figura 29 – Contribuições da fração atribuível na população (FAP) dos fatores de risco para demência nas populações negra e branca do Brasil



Fonte: elaboração própria.

3.5.5 Impacto da redução dos fatores de risco no número de casos no futuro

Como parte deste relatório, estimamos o impacto de reduzir a prevalência de cada fator de risco em 10% ou 20%, por década, em relação às estimativas do número de pessoas com demência projetado para as gerações futuras, tudo com o objetivo de mostrar uma potencial janela de oportunidade de que dispomos no momento para a prevenção das demências no Brasil.

3.6 Métodos: Fração atribuível na população

Para o cálculo do número absoluto de casos de demência no Brasil, utilizamos os dados do IBGE para a população com mais de 60 anos e as projeções do número de pessoas idosas para 2030, 2040, 2050 e 2060³⁷. Para os propósitos destas análises, assumimos uma prevalência de demência de 7% entre pessoas com 60 anos ou mais³⁸. Considerando que essa população somava 30.197.077 pessoas em 2020 e adotando a prevalência de demência de 7%, chegamos à estimativa de 2.113.795 casos de demência na-

quele ano. Da mesma forma, calculamos ainda o número esperado de casos de demência caso não houvesse alteração na prevalência dos 12 fatores de risco sob análise, com base nas projeções para a população com 60 anos ou mais por década (2030 a 2060), e assumindo uma prevalência de demência constante de 7% em todos os pontos de tempo. Na sequência, estimamos o número projetado de casos de demência assumindo uma redução de 10% e 20% na prevalência de cada fator de risco por década.

3.7 Resultados: Fração atribuível na população

Nossas estimativas indicam que, caso houvesse uma redução de 10% na prevalência de cada um dos 12 fatores de risco sob análise, teríamos quase 612 mil casos a menos de demência projetados para 2060. Se a redução na prevalência fosse de 20%, teríamos então quase 1,2 milhão a menos de casos de demência.

A proporção de casos de demência que seriam prevenidos, se houver uma diminuição de 10 ou 20% por década para cada fator de risco, é mostrada na Figura 30 e na Tabela 18.

Figura 30 - Estimativas da proporção relativa de casos que seriam prevenidos se houvesse uma redução de 10% ou 20% na prevalência de cada fator de risco por década

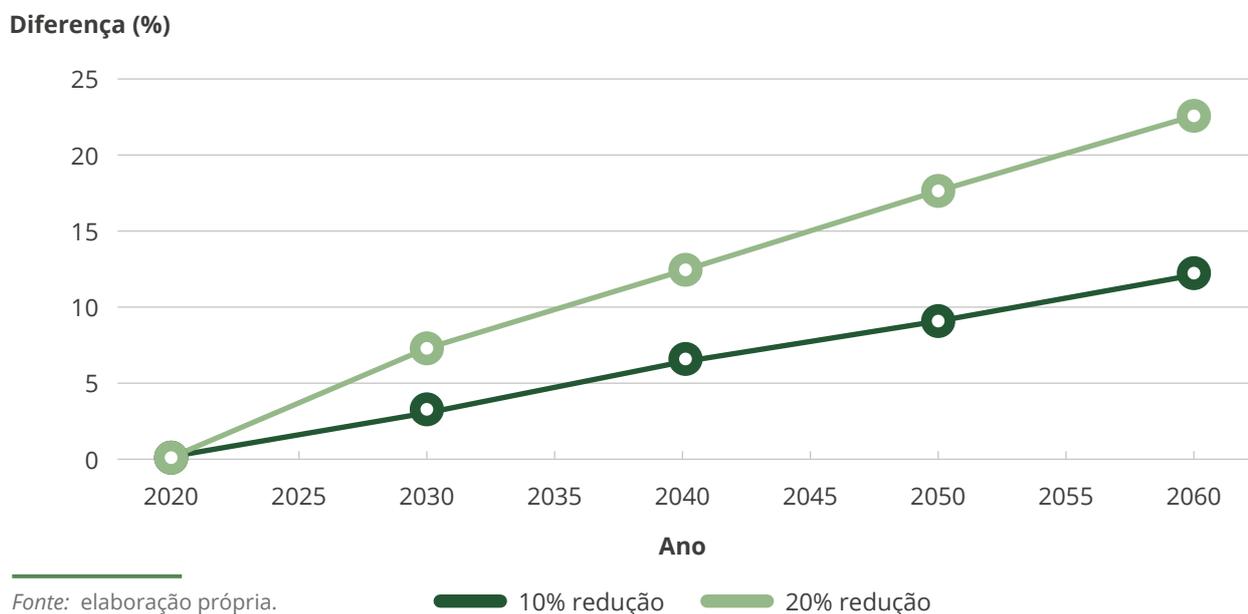


Tabela 18 - Número de pessoas com 60 anos ou mais e número estimado de pessoas com demência sem redução e com redução de 10% e 20% na prevalência dos 12 fatores de risco

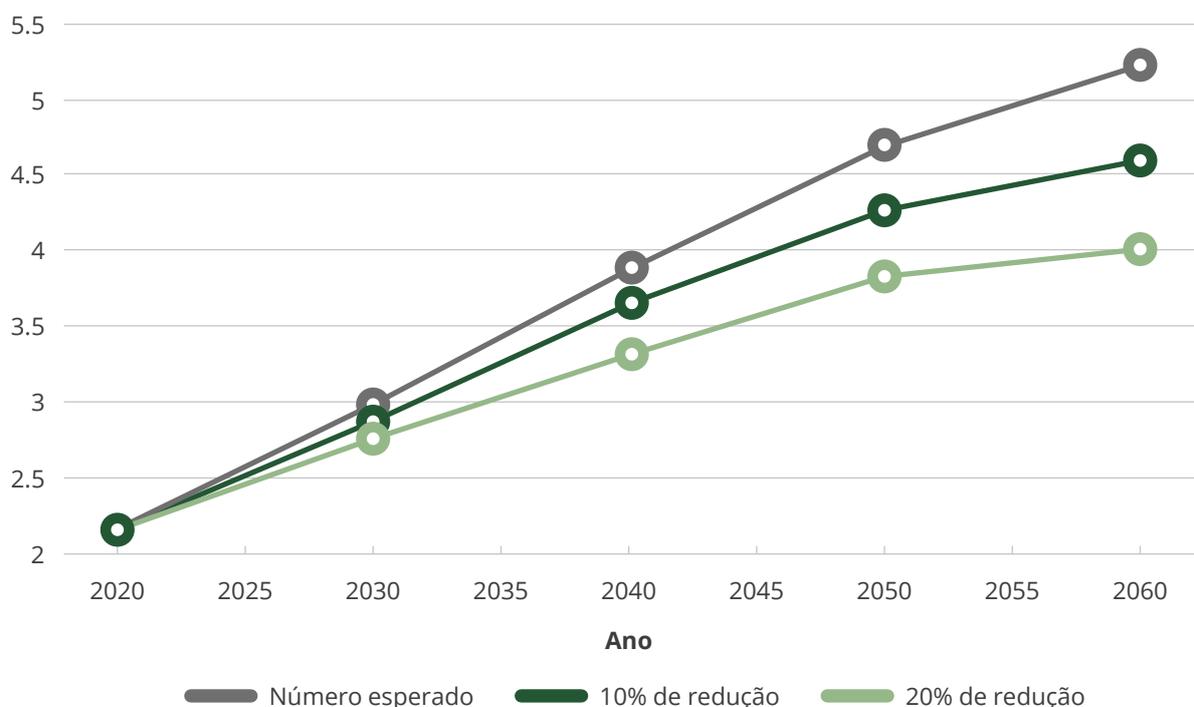
Ano	Pessoas com 60 anos ou mais	Pessoas com demência		
		Sem redução	10%	20%
2020	30.197.077	2.113.795	Não se aplica	Não se aplica
2030	42.122.847	2.948.599	2.857.193	2.756.940
2040	54.400.949	3.808.066	3.571.966	3.328.250
2050	66.265.645	4.638.595	4.216.483	3.799.009
2060	73.460.946	5.142.266	4.530.337	3.959.545

Fonte: elaboração própria.

A Figura 31 compara o número projetado de casos de demência (em milhões) em relação à redução, por década (2020-2060), de 10% ou 20% na prevalência dos 12 fatores de risco sob análise.

Figura 31 - Redução estimada nos casos futuros de demência na presença de um declínio de 10% e 20% por década para a prevalência dos 12 fatores de risco modificáveis

Números de casos de demência (milhões)



Fonte: elaboração própria.

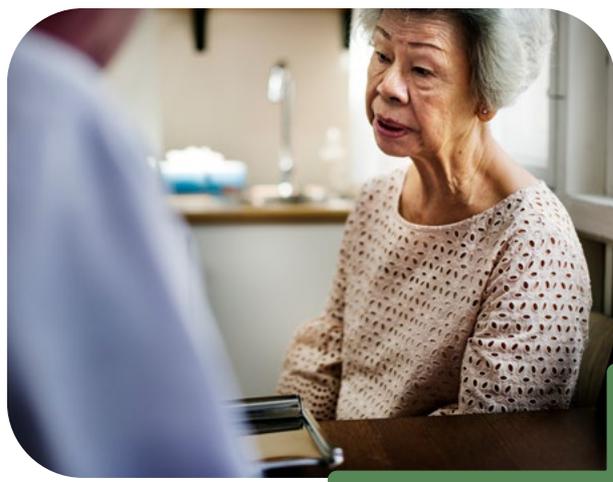
3.8 Discussão

Notadamente, o potencial de prevenção da demência no Brasil é maior que aquele descrito anteriormente para países de alta renda¹. Quarenta e oito por cento dos casos de demência poderiam ser prevenidos pelo controle de 12 fatores de risco modificáveis. Baixo nível educacional no início da vida, hipertensão arterial na meia-idade, perda auditiva e obesidade apresentaram as FAPs mais altas, o que destaca a importância dos fatores de risco no início da vida e na meia-idade como alvos potenciais para as políticas de prevenção de demência. A FAP foi maior nas regiões pobres do Brasil (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) em comparação com as regiões ricas (Sul e Sudeste), e a importância dos fatores de risco diferiu entre os dois grupos. Embora as FAPs sejam semelhantes entre as pessoas negras e brancas, a ordem de importância das FAPs individuais foi diferente.

Nossa estimativa de 48% dos casos de demência atribuíveis a 12 fatores de risco é maior que as estimativas oriundas de países de alta renda¹, mas não tão altas quanto as estimativas estabelecidas anteriormente para a América Latina⁷. No entanto, a FAP para a América Latina de 56% (calculada anteriormente) não usou dados representativos das populações estudadas e não incluiu dados brasileiros.

O principal fator de risco de demência no Brasil foi a baixa escolaridade, que vem sendo abordada por meio de políticas públicas que reduziram

Baixo nível educacional no início da vida, hipertensão arterial na meia-idade, perda auditiva e obesidade apresentaram as FAPs mais altas, o que destaca a importância dos fatores de risco no início da vida e na meia-idade como alvos potenciais para as políticas de prevenção de demência.



o analfabetismo e aumentaram a proporção de alunos que completam o ensino fundamental em países de baixa e média renda, ainda que a retenção de alunos no ensino médio precisa ser melhorada⁹. No Brasil, 99% das crianças de 6 a 14 anos estão matriculadas em escolas; em contrapartida, apenas 27% completam o ensino médio¹². Adicionalmente, a qualidade do ensino fundamental e médio é bastante heterogênea no país.

A perda auditiva na meia-idade é cada vez mais reconhecida como um fator de risco para demência^{20,39}, e está entre os três fatores de risco mais importantes no Brasil, independentemente da raça e do desenvolvimento socioeconômico regional. A diminuição da reserva cognitiva relacionada à baixa estimulação auditiva, o aumento da atrofia cerebral causado pela perda auditiva e o isolamento social são possíveis vias causais na associação entre a perda auditiva e a demência⁴⁰. Além disso, seria esperado que o diagnóstico e o controle dos fatores de risco cardiovascular impactassem a carga de demência em países de baixa e média renda mais que em países de alta renda, uma vez que a prevalência de demência vascular parece ser maior em países de baixa e média renda³³. O aumento da obesidade nesses países levou a um aumento da prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus⁴¹, o que pode ter sido contrabalançado em parte pela diminuição da inatividade física e do tabagismo, como resultado de políticas públicas que envolveram campanhas de conscientização da população e restrição de fumar em espaços públicos^{37,38}.

Ao investigar a contribuição dos 12 fatores de risco, encontramos uma FAP geral semelhante à da Nova Zelândia (48%)⁴², país no qual as estimativas variaram entre os diferentes grupos étnicos. Por exemplo, os maoris e os povos do Pacífico apresentaram as FAPs mais altas, atingindo 51% cada, em comparação com os descendentes de europeus (48%) e asiáticos (41%)⁴². Embora não tenhamos encontrado diferenças na FAP geral para negros e brancos, a contribuição relativa para alguns fatores de risco variou, como na Nova Zelândia, onde a obesidade e a perda auditiva apresentaram as maiores FAPs entre maoris e pacíficos, ao passo que perda auditiva e isolamento social eram mais importantes para europeus, e perda auditiva e inatividade física para asiáticos⁴².

Os três principais fatores de risco no Brasil foram menor escolaridade, hipertensão arterial e perda auditiva. No entanto, a ordem de importância variou de acordo com a raça autorrelatada. A baixa escolaridade foi o principal contribuinte para o risco de demência entre os negros, seguida pela hipertensão arterial na meia-idade e perda auditiva, à medida que a hipertensão arterial foi o fator mais importante entre os brancos, seguida por baixa escolaridade e perda auditiva. A prevalência de baixa escolaridade foi de 53% em negros e 39% em brancos, destacando que as desigualdades sociais no acesso à educação e nas taxas de retenção escolar afetam desproporcionalmente os grupos étnicos vulneráveis. Portanto, as políticas públicas destinadas a favorecer o acesso à educação de alta qualidade devem ser adaptadas e direcionadas especialmente à população negra para aumentarem seu impacto nos resultados de saúde dessa população, inclusive no que diz respeito à prevenção da demência.

Além da análise estratificada por raça, investigamos as diferenças regionais no Brasil em relação ao potencial de prevenção de demência, o qual se mostrou maior em regiões com baixo nível socioeconômico (54%), em comparação com aquelas com alto nível socioeconômico (49%). Além disso, a ordem de importância diferiu entre regiões pobres e ricas. A baixa escolaridade é o fator mais importante nas regiões pobres, ao passo que a



hipertensão arterial é o fator com maior FAP em áreas com níveis socioeconômicos mais elevados. Nossos resultados destacam a importância da educação em populações mais vulneráveis no Brasil e apontam que esse é um fator-chave para diminuir a carga de demência no país. De fato, uma análise da trajetória recente, com base nos dados de mais de 13 mil brasileiros, mostrou que a educação é o fator mais importante relacionado à função cognitiva, quando comparada a fatores socioeconômicos precoces e tardios⁴³.

3.9 Considerações finais

Como mencionado anteriormente, este capítulo foi baseado nos 12 fatores que a comissão da revista *The Lancet* listou em 2020¹ como os mais bem estabelecidos como fatores de risco para a demência. Em julho deste ano (2024) foi publicada a atualização desta comissão⁴⁴ agora incluindo 14 fatores, os mesmos 12 fatores discutidos neste capítulo e mais dois fatores: déficit visual não tratado e colesterol alto (LDL). A prevalência de cegueira e déficits visuais evitáveis em pessoas mais velhas é alta e está associada a um risco aumento de declínio cognitivo e demência se não forem tratadas. Então além da prevenção é importante que o rastreio e o tratamento de déficits visuais sejam acessíveis a todos. O colesterol LDL alto é um outro fator de risco modificável para as demências, e sua inclusão nesta revisão complementa a lista de fatores cardiovasculares que já haviam sido incluídos e corrobora a importância do seu diagnóstico e tratamento para reduzir o risco para as demências e também para outras condições de saúde.

De forma geral a prevenção para todos os fatores tem que ser feita o mais precocemente possível, mas deve continuar por todos os ciclos da vida.

3.10 Recomendações

- **É importante que estratégias** para redução de risco das demências sejam integradas aos programas já existentes para outras doenças crônicas não transmissíveis, com a identificação de pontos estratégicos para otimizar a redução de risco da demência especificamente.
- **O treinamento de profissionais de saúde** da atenção primária deve incluir a identificação de grupos de risco e controle dos fatores de risco relacionados à demência.
- **Deve-se estimular o rastreamento na atenção primária** de possíveis déficits auditivos e depressão nos usuários.
- **A correção do déficit auditivo por meio de prótese** deve ser estimulada e financiada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).
- **O ensino de qualidade pode contribuir** para o aumento da reserva cognitiva e, conseqüentemente, para a diminuição do risco de demência. Políticas públicas devem garantir que todas as pessoas tenham acesso a ensino de qualidade e concluam seus estudos até, pelo menos, o ensino médio.
- **Políticas públicas devem garantir acesso a atividades que estimulem a cognição**, contribuindo para a reserva cognitiva e participação social ao longo da vida, como leitura, jogos, atividades artísticas e físicas, entre outras. Políticas públicas devem estimular a implementação e fiscalização das leis existentes contra poluição sonora e ambiental.
- **É importante adaptar as estratégias para prevenir a demência** com base no contexto local, considerando as diferenças regionais, étnicas e socioeconômicas.

Referências

1. LIVINGSTON, G. *et al.* Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **Lancet**, [s. l.], v. 396, n. 10248, p. 413-446, 2020. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
2. SATIZABAL, C.; BEISER, A. S.; SESHADRI, S. Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. **N. Engl. J. Med.**, [s. l.], v. 375, n. 1, p. 93-94, 2016. DOI: 10.1056/NEJMc1604823.
3. MATTHEWS, F. E. *et al.* A two decade dementia incidence comparison from the Cognitive Function and Ageing Studies I and II. **Nat. Commun.**, [s. l.], v. 7, 2016. DOI: 10.1038/ncomms11398.
4. SCHRIJVERS, E. M. *et al.* Is dementia incidence declining?: Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. **Neurology**, [s. l.], v. 78, n. 19, p. 1456-1463, 2012. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3182553be6.
5. NGANDU, T. *et al.* A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in atrisk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. **Lancet**, [s. l.], v. 385, n. 9984, p. 2255-2263, 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60461-5.
6. CHARANTE, E. P. *et al.* Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): a cluster-randomised controlled trial. **Lancet**, v. 388, n. 10046, p. 797-805, 2016. DOI: 10.1016/s0140-6736(16)30950-3.
7. Mukadam N, Sommerlad A, Huntley J, Livingston G. Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional survey data. **Lancet Glob. Health**, [s. l.], v. 7, n. 5, p. e595-e603, 2019. DOI: 10.1016/S2214-109X(19)30074-9.
8. SUEMOTO, C. K. *et al.* Risk factors for dementia in Brazil: Differences by region and race. **Alzheimers Dement**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. 1849-1857, 2023. DOI: 10.1002/alz.12820.
9. STERN, Y. *et al.* Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. **Alzheimers Dement**, [s. l.], v. 19, n. 9, p. 1305-1311, 2020. DOI: 10.1016/j.jalz.2018.07.219.
10. HARADA, C. N.; LOVE, M. C.; TRIEBEL, K. L. Normal cognitive aging. **Clin. Geriatr. Med.**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 737-752, 2013. DOI: 10.1016/j.cger.2013.07.002.
11. NEUMANN, L. T. V.; ALBERT, S. M. Aging in Brazil. **Gerontologist**, [s. l.], v. 58, n. 4, p. 611-617, 2018. DOI: 10.1093/geront/gny019.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: Educação 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf. Acesso em: 26 ago. 2024.

13. CESAR-FREITAS, K. G. *et al.* Incidence of dementia in a Brazilian population: The Tremembe Epidemiologic Study. **Alzheimers Dement.**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 581-590, 2022. DOI: 10.1002/alz.12423.
14. SUEMOTO, C. K. *et al.* Education, but not occupation, is associated with cognitive impairment: The role of cognitive reserve in a sample from a low-to-middle-income country. **Alzheimers Dement.**, [s. l.], Nov 2022;18(11):2079-2087. DOI: 10.1002/alz.12542.
15. SUEMOTO, C. K. *et al.* Neuropathological diagnoses and clinical correlates in older adults in Brazil: A cross-sectional study. **PLoS Med**, [s. l.], v. 14, n. 3, 2017. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002267.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 26 ago. 2024.
17. LIGTHART, A. S. *et al.* Treatment of cardiovascular risk factors to prevent cognitive decline and dementia: a systematic review. **Vasc. Health Risk Manag.**, [s. l.], v. 6, p. 775-785, 2010. DOI: 10.2147/vhrm.s7343.
18. MCGUINNESS, B. *et al.* Blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [s. l.], n. 4, oct. 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD004034.pub3.
19. LOUGHREY, D. G. *et al.* Association of Age-Related Hearing Loss With Cognitive Function, Cognitive Impairment, and Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Otolaryngol. Head Neck Surg.**, [s. l.], v. 144, n. 2, p. 115-126, 2018. DOI: 10.1001/jamaoto.2017.2513.
20. SAMELLI, A. G. *et al.* Hearing Loss and Cognitive Function: Baseline Findings From the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health: ELSA-Brasil. **Ear Hear**, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 1416-1425, 2022. DOI: 10.1097/AUD.0000000000001205.
21. BARBOSA, M. G. *et al.* The association of hearing loss with depressive symptoms and cognitive function among older people: Results from the Brazilian Longitudinal Study of Aging. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 38, n. 4, 2023. DOI: 10.1002/gps.5904.
22. FANN, J. R. *et al.* Long-term risk of dementia among people with traumatic brain injury in Denmark: a population-based observational cohort study. **Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 5, p. 424-431, 2018. DOI: 10.1016/s2215-0366(18)30065-8.
23. YU, J. T. *et al.* Evidence-based prevention of Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of 243 observational prospective studies and 153 randomised controlled trials. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry**, [s. l.], v. 91, n. 11, p. 1201-1209, 2020. DOI: 10.1136/jnnp-2019-321913.

24. PRINCE, M. *et al.* **World Alzheimer Report 2014: Dementia and Risk Reduction: An analysis of protective and modifiable risk factors.** London: Alzheimer's Disease International, 2014. Disponível em: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2014.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.
25. SINGH-MANOUX, A. *et al.* Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of Dementia: A 28-Year Follow-up Study. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 74, n. 7, p. 712-718, 2017. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0660.
26. EHRENBERG, A. J. *et al.* Neuropathologic Correlates of Psychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease. **J. Alzheimers Dis.**, [s. l.], v. 66, n. 1, p. 115-126, 2018. DOI: 10.3233/JAD-180688.
27. SOMMERLAD, A. *et al.* Marriage and risk of dementia: systematic review and meta-analysis of observational studies. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, [s. l.], v. 89, p. 231-238, 2018.
28. CHEN, H. *et al.* Exposure to ambient air pollution and the incidence of dementia: A population-based cohort study. **Environ. Int.**, [s. l.], v. 108, p. 271-277, 2017. DOI: 10.1016/j.envint.2017.08.020.
29. OLIVEIRA, D. *et al.* Reducing the Number of People with Dementia Through Primary Prevention in Mozambique, Brazil, and Portugal: An Analysis of Population-Based Data. **J. Alzheimers Dis.**, [s. l.], v. 70, p. s283-s291, 2019. Suppl. 1. DOI: 10.3233/jad-180636.
30. LIMA-COSTA, M. F. *et al.* The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **Am. J. Epidemiol.**, [s. l.], v. 187, n. 7, p. 1345-1353, 2018. DOI: 10.1093/aje/kwx387.
31. BULL, F. C. *et al.* World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **Br. J. Sports Med.**, [s. l.], v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102955.
32. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA.** Rio de Janeiro: IBGE, [20-]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), Pessoas de 25 anos ou mais de idade, por sexo e nível de instrução. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/pnadct/brasil>. Acesso em: 26 ago. 2024.
33. FROST, R. B. *et al.* Prevalence of traumatic brain injury in the general adult population: a meta-analysis. **Neuroepidemiology**, v. 40, n. 3, p. 154-159, 2013. DOI: 10.1159/000343275.
34. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão Regional do Brasil.** [Rio de Janeiro: IBGE, 20-]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/divisao-regional/15778-divisoes-regionais-do-brasil.html?=&t=o-que-e2017>. Acesso em: 29 ago. 2024.
35. CASTRO, C. P. *et al.* Socioeconomic urban scaling properties: Influence of regional geographic heterogeneities in Brazil. **PLoS One**, [s. l.], v. 15, n. 12, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0242778.
36. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça**

no Brasil. [Rio de Janeiro: IBGE, 20-]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ouraca.html>. Acesso em: 26 ago. 2024.

37. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010:** resultados. Rio de Janeiro: IBGE, c2024. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 26 ago. 2024.
38. NITRINI, R. *et al.* Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. **Int. Psychogeriatr.**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 622-630, 2009. DOI: 10.1017/S1041610209009430.
39. DEAL, J. A. *et al.* Hearing Impairment and Incident Dementia and Cognitive Decline in Older Adults: The Health ABC Study. **J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.**, [s. l.], v. 72, n. 5, p. 703-709, 2017. DOI: 10.1093/gerona/glw069.
40. CHERN, A.; GOLUB, J. S. Age-related Hearing Loss and Dementia. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, [s. l.], v. 33, n. 3, 2019. DOI: 10.1097/WAD.0000000000000325.
41. SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
42. MA'U, E. *et al.* Differences in the potential for dementia prevention between major ethnic groups within one country: A cross sectional analysis of population attributable fraction of potentially modifiable risk factors in New Zealand. **Lancet Reg. Health West. Pac.**, v. 13, aug, 2021. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2021.100191.
43. BERTOLA, L. *et al.* Early life socioeconomic status predicts cognition regardless of education level. **Eur. J. Neurol.**, [s. l.], v. 28, n. 12, p. 3972-3978, 2021. DOI: 10.1111/ene.15042.
44. LIVINGSTON, G. *et al.* Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of **the Lancet standing Commission**. **The Lancet Commissions**, [s. l.], v. 404, n. 10452, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01296-0.



4

Subdiagnóstico

4.1 Pontos Principais

- **As taxas de subdiagnóstico são altas** em todo o mundo: cerca de 50% na Europa, 60% na América do Norte e mais de 90% na Ásia.
- **A evidência no Brasil é baixa**, havendo apenas dois estudos originais publicados, ambos apresentando taxas que oscilam entre 71,6% e 77%.
- **As estimativas de subdiagnóstico** apresentadas neste capítulo consideraram dois cenários: no Cenário 1, assume-se que 70% das pessoas com demência retiram medicação anticolinesterásica no Sistema Único de Saúde (SUS); no Cenário 2, assume-se que essa proporção é de apenas 40%.
- **Ambos os cenários revelam** taxas nacionais de subdiagnóstico acima de 80% (Cenário 1: 80,2; Cenário 2: 88,7%), sendo que as taxas mais baixas são encontradas na Região Sudeste (Cenário 1: 72,9%; Cenário 2: 84,5%) e as mais altas na Região Norte (Cenário 1: 95,6; Cenário 2: 97,5%).
- **As taxas de subdiagnóstico** são mais altas nos homens (Cenário 1: 82,2%; Cenário 2: 89,8%) que nas mulheres (Cenário 1: 78,1%; Cenário 2: 87,4%).
- **As estimativas de subdiagnóstico variam** com a idade, sendo mais altas nas pessoas idosas mais jovens de 60 a 64 anos (Cenário 1: 90,7%; Cenário 2: 94,6%), atingindo taxas menores de 72,6% (Cenário 1) e 84,3% (Cenário 2) na faixa etária de 85 a 89 anos, porém voltando a aumentar nas pessoas idosas com 90 anos ou mais (Cenário 1: 84,5%; Cenário 2: 91,1%).

4.2 Introdução

O diagnóstico, sobretudo em momento oportuno, é a primeira medida a ser garantida para que pessoas com demência e seus familiares possam receber e participar de um adequado suporte à saúde¹. A avaliação cognitiva, realizada por meio de anamnese, exame neuropsiquiátrico e testagem cognitiva, constitui um dos principais pilares do cuidado à saúde da pessoa idosa, e está incluída na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) – abordagem padrão para diagnóstico clínico que é recomendada pelas principais sociedades de geriatria, incluindo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)². Em 2022, a Academia Brasileira de Neurologia publicou o consenso diagnóstico e de tratamento para as demências, sugerindo a abordagem diagnóstica nas atenções primária e secundária, além de sugestões relativas ao encaminhamento para a atenção especializada terciária (disponibilizado online em <https://www.scielo.br/j/dn/i/2022.v16n3suppl1/>).

O diagnóstico pode, muitas vezes, constituir-se numa tarefa árdua frente aos desafios encontrados em países de baixa e média renda, sobretudo quanto à escassez de recursos, o que limita treinamento especializado, tempo adequado de consulta e acesso a exames subsidi-

ários para a investigação etiológica. Barreiras socioculturais, como o estigma e a percepção do declínio cognitivo e funcional como parte natural do processo de envelhecimento, dificultam o levantamento de queixas – processo frequentemente negligenciado pelo paciente, familiares e por profissionais de saúde³. Ainda, a indisponibilidade de tratamentos modificadores de doença para as demências pontua a necessidade crítica de abordagens preventivas e diagnóstico oportuno. Isso permite intervenções nos estágios iniciais da síndrome demencial, retardando sua progressão e prolongando os anos vividos com maior funcionalidade.

A identificação de sintomas prodrômicos em fases pré-clínicas, por meio de biomarcadores da doença de Alzheimer (DA), ainda não está padronizada e não há indicação para o seu uso rotineiro na prática clínica⁴. Diante disso, nos indivíduos sob risco de desenvolver DA, o controle adequado, e até mesmo a eliminação de alguns fatores de risco (p. ex., inatividade física, obesidade), associado à promoção de fatores protetores (p. ex., maior escolaridade), ganham importância, dado o potencial de reduzir a prevalência da demência, com consequente impacto favorável e substancial no sistema de saúde.

Em que pese os esforços para o desenvolvimento de tratamentos potencialmente modificadores de demência, alguns dos quais em fase de desenvolvimento e alguns já aprovados para uso preliminar em outros países⁵, estes devem ser utilizados em fases pré-clínicas, de comprometimento cognitivo leve, ou no mais tardar, no estágio de demência leve. Percebe-se, portanto, que qualquer raciocínio empregado no desenvolvimento de estratégias para reduzir o impacto da demência na sociedade, reforça a necessidade inevitável de concentrar esforços e recursos a fim de garantir o diagnóstico em fases iniciais.

A avaliação cognitiva, realizada por meio de anamnese, exame neuropsiquiátrico e testagem cognitiva, constitui um dos principais pilares do cuidado à saúde da pessoa idosa, e está incluída na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).

4.2.1 O Subdiagnóstico

O rápido envelhecimento da população brasileira contribui para projeções indicando que o número de indivíduos com demência no país triplicará até 2050⁶. Entretanto, mesmo após mais de um século da primeira descrição de DA, as demências permanecem subdiagnosticadas em todo o mundo.

O subdiagnóstico pode ser elucidado ao comparar os resultados de uma investigação diagnóstica em uma amostra populacional com o diagnóstico formalizado previamente (por meio de registros médicos ou autorrelato)⁷. Em outras palavras, uma taxa de subdiagnóstico de 50% significa que metade das pessoas detectadas com demência não haviam recebido o respectivo diagnóstico. Essa mensuração é complexa porque os casos não diagnosticados não podem ser diretamente encontrados nos dados disponibilizados pelo sistema de saúde. Além disso, muitas vezes encontramos dificuldade no acesso aos dados requeridos para o cômputo de estimativas mais precisas, tanto do sistema público quanto do privado. Nesse sentido, uma possível alternativa é utilizar-se de dados indiretos, tomando as prevalências de demência obtidas em amostras representativas de determinado local como a que seria esperada e compará-las com as respectivas taxas de diagnóstico encontradas.

No mundo, as taxas de subdiagnóstico podem chegar a 53,7% na Europa, 62,9% na América do Norte (Canadá e Estados Unidos) e 93,2% na Ásia (Tailândia e China)⁷. Essa última estimativa é corroborada com outro estudo que encontrou uma taxa de 90% de subdiagnóstico na Índia⁸. Há poucos estudos em países de baixa e média renda, inclusive no Brasil. Dispomos de evidência indicando que a taxa de subdiagnóstico em São José dos Campos, cidade de médio porte do interior paulista⁹, é estimada em 77%. Outro estudo, que analisou 248 pacientes acima de 65 anos, acompanhados por médicos generalistas em ambulatório da Universidade de São Paulo (USP), revelou que apenas 6 dos 21 indivíduos identificados com demência já possuíam o diagnóstico, isto é, 71,4% de subdiagnóstico¹⁰.

No mundo, as taxas de subdiagnóstico podem chegar a

53,7% na Europa,
62,9% na América do Norte
(Canadá e Estados Unidos) e
93,2% na Ásia
(Tailândia e China)

O presente estudo pretende contribuir para reduzir as lacunas do conhecimento científico sobre o tema, estimando e analisando as taxas de subdiagnóstico de demência nas cinco macrorregiões brasileiras, inclusive para ambos os sexos e diferentes faixas etárias.

4.3 Métodos

Para a estimativa das taxas de subdiagnóstico no país, foram utilizados os dados de dispensação de anticolinesterásicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença de Alzheimer, promulgado pelo Ministério da Saúde¹¹, é oferecida, gratuitamente, para todos os pacientes diagnosticados com DA nos estágios leve e moderado. Os dados objeto da presente análise foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (<ftp://ftp.datasus.gov.br>), em outubro de 2020, usando SABELS ETL *tool*¹².

Com isso, os dados extraídos permitiram identificar todos os pacientes com o diagnóstico de DA, conforme documentado em laudo médico e codificado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10 = G30 e F00), nos estágios leve e moderado. Portanto, todos os pacientes de interesse deram entrada no processo para retirada de medicamento anticolinesterásico em farmácias de alto custo. Considerando a menor ocorrência de demência abaixo de 60 anos e a limitação ainda maior de dados sobre essa população mais jovem com demência, as análises deste relatório serão detalhadas apenas para a população com 60 anos ou mais.

Para a estimativa das taxas de subdiagnóstico, seguimos as etapas enumeradas abaixo.

ETAPA 1: Estimativa do número de pessoas diagnosticadas com doença de Alzheimer (DA)

1. Inicialmente, identificamos o número total de pessoas com 60 anos ou mais que retiraram medicação no SUS em 2022. Na sequência, extraímos os dados de todas as pessoas com DA acima de 60 anos para as quais havia o fornecimento gratuito pelo SUS dos seguintes anticolinesterásicos: donepezila, galantamina e rivastigmina.
2. Assumiu-se que todas as pessoas identificadas no item (1) eram casos leves e moderados, seguindo as diretrizes do PCDT de Alzheimer publicado em 2017¹¹, os quais representam 80% de todos os casos de DA (leve+moderado+grave). Esta premissa tem respaldo em dois estudos populacionais brasileiros que estimaram a proporção de DA leve e moderada em 76% e 86%^{13,14}, respectivamente.
3. Assumiu-se uma segunda premissa, de acordo com a qual 20% dos indivíduos diagnosticados nos estágios leve e moderado de demência não fazem uso de anticolinesterásicos. Esta premissa tem fundamento em duas fontes. A primeira provém dos dados do “Relatório Nacional sobre a Demência no Brasil (ReNaDe) – Necessidades de cuidado, custos, produção científica e investimento em pesquisa¹⁵” indicando que 17,4% das 84 pessoas nos estágios leve e moderado de demência (CDR 1 e CDR 2) não recebiam tratamento farmacológico com anticolinesterásicos. A segunda baseia-se em informações obtidas por meio de uma solicitação realizada aos pesquisadores de uma coorte brasileira composta por 1.434 indivíduos diagnosticados com DA¹⁶, na qual foi estimada a porcentagem de pacientes que não estavam sob tratamento com anticolinesterásicos, resultando em uma proporção de 16,5% para os casos leves e moderados.
4. Para a estimativa total de pessoas diagnosticadas com DA, assumiu-se dois cenários diferentes (Cenário 1: 70%; Cenário 2: 40%) em relação à proporção das pessoas nos estágios leve e moderado que retiram anticolinesterásicos no SUS. Esse procedimento mostrou-se necessário devido a inconsistências na evidência disponível.

Cenário 1 (70%): Este cenário, mais otimista, assume que 70% das pessoas diagnosticadas com DA retiram o medicamento anticolinesterásico no SUS. Em um estudo conduzido em ambulatório universitário especializado do HC-USP¹⁷, envolvendo 156 pacientes diagnosticados com demência, foi demonstrado que apenas 7,6% dos indivíduos com demência leve e moderada utilizam apenas o meio privado para adquirir os mesmos. Considerando a premissa contida no item 3 acima de que 20% das pessoas com DA tomam anticolinesterásico e os dados desse estudo prévio¹⁷ de que cerca de 10% compram o medicamento com os recursos próprios, chegamos a uma estimativa de que cerca de 70% das pessoas com demência leve e moderada retiram os anticolinesterásicos no SUS ou fazem uso do SUS e do privado de maneira combinada.

Cenário 2 (40%): Em um segundo cenário, menos otimista, assume-se que apenas 40% retiram o medicamento no SUS. Para este cenário, os dados do Projeto ReNaDe¹⁵, que documentou a utilização de anticolinesterásicos em uma amostra de 140 pessoas com demência (acompanhadas no SUS) de todas as cinco macrorregiões do Brasil, revelaram que 64,3% sempre compravam o medicamento. Portanto, assumiu-se aqui que aproximadamente 40% das pessoas com demência retiram anticolinesterásicos no SUS ou fazem uso do SUS e do sistema privado de maneira combinada.

Etapa 2: Estimativa do número total de pessoas com demência diagnosticadas

Para estimar o número total de pessoas com demência e diagnosticadas, foi considerada a proporção de DA em relação às demais demências no Brasil, o que corresponde a cerca de 59,8% e 60,3% nos estudos populacionais^{13,14}. Para os propósitos das análises aqui apresentadas, optou-se pelo valor de 60%. Considerando então que o número obtido na Etapa 1 corresponde a 60% de todos os casos de demência, obteve-se o número total correspondente a 100%.

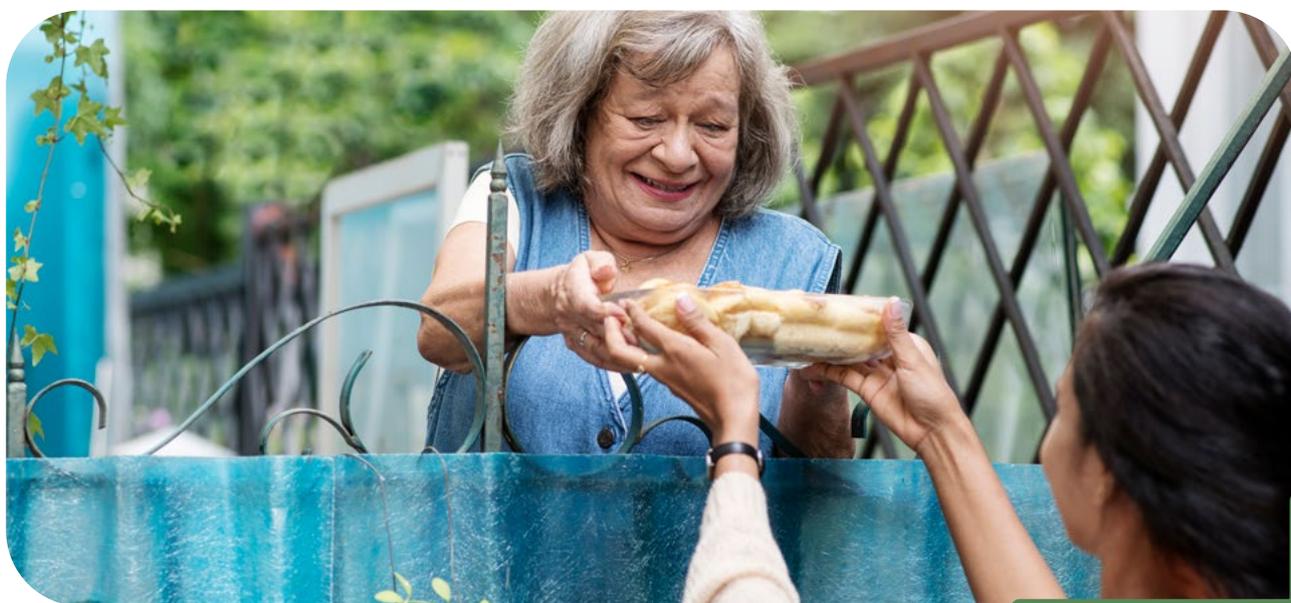
Etapa 3: Número total de pessoas com demência (diagnosticadas e não diagnosticadas)

Para esta etapa, foram utilizadas as prevalências de demência no Brasil para cada região geográfica, sexo e faixas etárias, conforme os dados do Consenso Delphi apresentados anteriormente

(Capítulo 1). Essas taxas de prevalência foram aplicadas à população na mesma faixa etária, no ano de 2022, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁸.

Etapa 4: Proporção de pessoas sem diagnóstico

Para esta etapa, o número total de pessoas com demência e diagnosticadas (Etapa 2) foi subtraído do número total de pessoas com demência (Etapa 3) para obter o número de pessoas com demência sem o diagnóstico. O número total de pessoas com demência sem o diagnóstico foi então dividido pelo número total de pessoas com demência. Finalmente, as estimativas foram estratificadas por sexo, faixas etárias (60+, 60-64 anos, 65-69 anos, 70-74 anos, 75-79 anos, 80-84 anos, 85-89 anos, 90+), para cada região brasileira (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul) e para o país como um todo, considerando 2022 como ano-base. Esta etapa se repetiu usando os dois cenários descritos na Etapa 1 (item 4).



4.4 Resultados

Identificamos 111.928 pessoas que retiraram anticolinesterásicos no SUS em 2022 (Tabela 19), sendo que destas, 65,3% eram mulheres e 34,6% homens. A Região Sudeste apresentou o maior número de pessoas beneficiadas pela dispensação de anticolinesterásicos no SUS ($n = 69.512$), seguida pelo Sul ($n = 20.174$), Nordeste ($n = 16.389$), Centro Oeste ($n = 4.471$) e Norte ($n = 1.382$).

Tabela 19 - Número de pessoas que tiram anticolinesterásicos por sexo e região geográfica

		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro- -oeste	Total geral
faixa etária	sexo						
40-59a	Mulheres	15	171	739	221	50	1196
	Homens	11	154	624	240	54	1083
	Total	26	325	1363	461	104	2279
60-64a	Mulheres	23	249	1.078	403	106	1859
	Homens	31	213	996	353	105	1698
	Total	26	462	2.074	756	211	3557
65-69a	Mulheres	60	671	2.586	891	207	4415
	Homens	51	407	1.994	681	182	3315
	Total	26	1078	4.580	1572	389	7730
70-74a	Mulheres	113	1.423	5.414	1.819	399	9168
	Homens	93	823	3.598	1.217	244	5975
	Total	26	2.246	9.012	3.036	643	15143
75-79a	Mulheres	189	2.249	8.981	2.801	570	14790
	Homens	104	1.122	5.141	1.667	362	8396
	Total	26	3.371	14.122	4.468	932	23186
80-84a	Mulheres	196	2.779	11.079	3.176	657	17887
	Homens	107	1.238	5.688	1.683	348	9064
	Total	26	4.017	16.767	4.859	1005	26951
85-89a	Mulheres	181	2.203	9.830	2.353	559	15126
	Homens	61	850	4.028	1.056	257	6252
	Total	26	3.053	13.858	3.409	816	21378
90a +	Mulheres	112	1.384	5.789	1.175	265	8725
	Homens	35	453	1.947	438	106	2979
	Total	26	1.837	7.736	1.613	371	11704
Total geral		1382	16389	69512	20174	4471	111928

Fonte: DataSUS.

Abaixo apresentamos os resultados das taxas de subdiagnóstico, já estimadas de acordo com as etapas descritas na metodologia e repetidas para os dois cenários da proporção de pessoas que retiram o medicamento gratuitamente no SUS: Cenário 1 = 40%; Cenário 2 = 70%.

Como podemos observar na Tabela 20, as taxas de subdiagnóstico no Brasil são altas e podem oscilar entre 80,2% e 88,7% a depender do cenário adotado. De acordo com nossas estimativas, as taxas mais elevadas concentram-se na Região Norte, seguida pelo Nordeste e Centro-Oeste. Por outro lado, as menores taxas nacionais concentram-se na Região Sudeste, seguida pela Região Sul. O Cenário 2, ao considerar que uma maior porcentagem de pessoas com demência retira anticolinesterásicos no SUS, resulta em taxas mais elevadas.

Tabela 20 - Taxas totais de subdiagnóstico de demências na população acima dos 60 anos por região geográfica

Região	Cenário 1 (IC 95%) (%)	Cenário 2 (IC 95%) (%)
Norte	95,6 (95,5 - 95,7)	97,5 (97,4 - 97,5)
Nordeste	90,0 (89,9 - 90,0)	94,2 (94,2 - 94,3)
Centro-Oeste	88,6 (88,4 - 88,7)	93,5 (93,3 - 93,6)
Sul	74,8 (74,7 - 74,9)	85,6 (85,5 - 85,7)
Sudeste	72,9 (72,8 - 73,0)	84,5 (84,4 - 84,6)
Brasil	80,2 (80,1 - 80,2)	88,7 (88,6 - 88,7)

Nota: No Cenário 1, assume-se que 70% das pessoas com demência retiram medicação anticolinesterásica no Sistema Único de Saúde (SUS); no Cenário 2, assume-se que essa proporção é de apenas 40%.

Fonte: DataSUS.

A Tabela 21 apresenta as mesmas taxas, porém separadas por sexo. Podemos observar que, para todas as regiões e para os dois cenários sob análise, as taxas de subdiagnóstico são mais altas nos homens que nas mulheres, sendo que, para o Brasil como um todo, as taxas oscilam entre 82,2% (Cenário 1) e 89,8% (Cenário 2) para os homens e superam o subdiagnóstico nas mulheres a partir dos 60 anos, estimado entre 78,1% (Cenário 1) e 87,4% (Cenário 2). Essa tendência entre os sexos é observada em todas as regiões do país e apresenta maior disparidade na Região Sudeste. Adotando o Cenário 1, os homens com 60 anos ou mais, no Sudeste, podem ser até 5,4% menos diagnosticados que as mulheres (76% versus 70,6%).

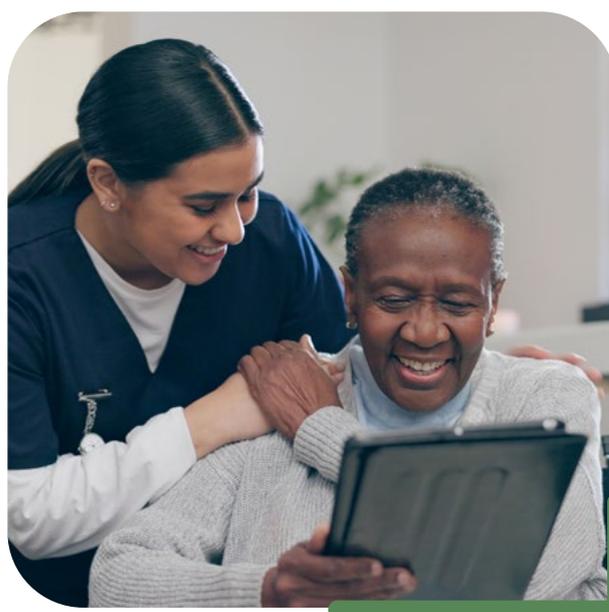


Tabela 21 - Taxas de subdiagnóstico de demências na população com 60 anos ou mais por sexo

Região	Cenário 1 (IC 95%)		Cenário 2 (IC 95%)	
	Homem (%)	Mulher (%)	Homem (%)	Mulher (%)
Norte	96,5 (96,3 - 96,6)	94,9 (94,7 - 95,0)	98,0 (97,9 - 98,1)	97,1 (96,9 - 97,2)
Nordeste	91,9 (91,8 - 92,0)	88,6 (88,5 - 88,7)	95,3 (95,3 - 95,4)	93,5 (93,4 - 93,5)
Centro-Oeste	90,2 (90,0 - 90,5)	87,4 (87,2 - 87,6)	94,4 (94,2 - 94,6)	92,8 (92,6 - 93,0)
Sul	77,1 (76,9 - 77,3)	73,2 (73,0 - 73,4)	86,9 (86,7 - 87,0)	84,7 (84,5 - 84,8)
Sudeste	76,0 (75,9 - 76,1)	70,6 (70,5 - 70,8)	86,3 (86,2 - 86,4)	83,2 (83,1 - 83,3)
Brasil	82,2 (82,1 - 82,3)	78,1 (78,0 - 78,1)	89,8 (89,7 - 89,9)	87,4 (87,4 - 87,5)

Nota: No Cenário 1, assume-se que 70% das pessoas com demência retiram medicação anticolinesterásica no Sistema Único de Saúde (SUS); no Cenário 2, assume-se que essa proporção é de apenas 40%.

Fonte: DataSUS.

A Tabela 22 revela que as taxas de subdiagnóstico no Brasil, para ambos os sexos, a partir dos 60 anos, podem variar em função da faixa etária, sendo mais elevadas nos extremos de idade. As maiores taxas são observadas na faixa etária dos 60 aos 64 anos (Cenário 1: 90,7%; Cenário 2: 94,6%), diminuem com a idade até a faixa etária dos 85 a 89 anos (Cenário 1: 72,6; Cenário 2: 84,3%) e voltam a aumentar nas pessoas com 90 anos ou mais (Cenário 1: 84,5; Cenário 2: 91,1%).

Tabela 22 - Taxas de subdiagnóstico de demências em 2022 na população com 60 anos ou mais por faixas etárias no Brasil

Faixa Etária	Cenário 1 (IC 95%) %	Cenário 2 (IC 95%) %
60-64 anos	90,7 (90,5 - 90,8)	94,6 (94,5 - 94,7)
65-69 anos	86,9 (86,8 - 87,06)	92,5 (92,4 - 92,6)
70-74 anos	81,8 (81,7 - 81,9)	89,6 (89,5 - 89,7)
75-79 anos	77,7 (77,6 - 77,8)	87,2 (87,1 - 87,3)
80-84 anos	73,6 (73,5 - 73,7)	84,9 (84,8 - 85,0)
85-89 anos	72,6 (72,5 - 72,8)	84,3 (84,2 - 84,4)
90+	84,5 (84,4 - 84,6)	91,1 (91,0 - 91,2)

Nota: No Cenário 1, assume-se que 70% das pessoas com demência retiram medicação anticolinesterásica no Sistema Único de Saúde (SUS); no Cenário 2, assume-se que essa proporção é de apenas 40%.

Fonte: DataSUS.

A Tabela 23 descreve as taxas por faixa etária, separadas para os homens e para as mulheres. O padrão se mantém em ambos os sexos, com as maiores taxas de subdiagnóstico na faixa etária dos 60 aos 64, diminuindo até a faixa etária dos 85 aos 89 e voltando a aumentar nas pessoas com 90 anos ou mais. Observa-se maior diferença, em ambos os cenários, na faixa etária dos 85 aos 89 anos (9,1% maior em homens no Cenário 1 e 5,1% maior no Cenário 2), seguida pela faixa dos 80 aos 84 anos (7,2% maior em homens no Cenário 1 e 4,1% maior no Cenário 2). A menor diferença ocorreu na faixa etária dos 60 aos 64 anos, em que os homens apresentaram taxas apenas 0,1% maiores que as mulheres, independentemente do cenário adotado.

Tabela 23 - Taxas de subdiagnóstico de demências em 2022 na população a partir dos 60 anos, por sexo e faixa etária no Brasil

Faixa Etária	Cenário 1 (IC 95%)		Cenário 2 (IC 95%)	
	Homem (%)	Mulher (%)	Homem (%)	Mulher (%)
60-64 anos	90,8 (90,7 - 91,0)	90,9 (90,7 - 91,1)	94,7 (94,6 - 94,9)	94,8 (94,6 - 94,9)
65-69 anos	87,9 (87,8 - 88,1)	85,9 (85,8 - 86,1)	93,1 (92,9 - 93,2)	91,9 (91,8 - 92,1)
70-74 anos	84,0 (83,8 - 84,2)	80,0 (79,8 - 80,1)	90,8 (90,7 - 91,0)	88,5 (88,4 - 88,7)
75-79 anos	81,2 (81,0 - 81,4)	75,0 (74,9 - 75,2)	89,2 (89,1 - 89,4)	85,7 (85,6 - 85,8)
80-84 anos	78,0 (77,8 - 78,1)	70,8 (70,7 - 71,0)	87,4 (87,2 - 87,5)	83,3 (83,2 - 83,4)
85-89 anos	78,4 (78,2 - 78,6)	69,3 (69,2 - 69,5)	87,6 (87,5 - 87,8)	82,5 (82,3 - 82,6)
90+	87,6 (87,4 - 87,8)	83,1 (83,0 - 83,2)	92,9 (92,8 - 93,0)	90,3 (90,2 - 90,4)

Nota: CNo Cenário 1, assume-se que 70% das pessoas com demência retiram medicação anticolinesterásica no Sistema Único de Saúde (SUS); no Cenário 2, assume-se que essa proporção é de apenas 40%.

Fonte: DataSUS.



4.5 Considerações Finais

Até onde sabemos, este é o primeiro estudo que provê estimativas referentes às taxas de subdiagnóstico de demência para todo o Brasil. Os resultados são preocupantes e revelam que as taxas nacionais podem estar entre as maiores do mundo e acima de 80%. Esses resultados são superiores às taxas encontradas em países europeus (53,7%) e na América do Norte (62,9%), porém abaixo das estimativas dos países asiáticos (90% e 93,2%)^{7,8}. As taxas nacionais aqui estimadas são levemente superiores às taxas encontradas em estudos publicados anteriormente e conduzidos no Estado de São Paulo, os quais encontraram percentuais de 77% e 71,4%^{9,10}.

Na análise regional, houve relevante diferença. Ao que tudo indica, a Região Norte apresenta a maior porcentagem de pessoas com demência que não estão diagnosticadas, seguida pelo Nordeste e Centro-Oeste. Já as menores taxas parecem ocorrer no Sudeste, seguido pela Região Sul.

A fim de comparar essas taxas com possíveis estimativas encontradas em estudos populacionais, estabelecemos contato com autores de estudos populacionais de prevalência de demência no Brasil para verificar a proporção de pessoas identificadas com demência nesses estudos e que não possuíam diagnóstico anteriormente à implementação da pesquisa. Em um estudo da Região Norte, incluindo 163 indivíduos representantes da popu-

Ao que tudo indica, a Região Norte apresenta a maior porcentagem de pessoas com demência que não estão diagnosticadas, seguida pelo Nordeste e Centro-Oeste. Já as menores taxas parecem ocorrer no Sudeste, seguido pela Região Sul.



lação da Bacia Amazônica¹⁹, das 8 pessoas acima de 65 anos identificadas com demência, nenhuma referiu diagnóstico prévio, o que corresponde a 100% de subdiagnóstico. Em outro estudo da Região Nordeste²⁰, em Pindoretama no Ceará, das 43 pessoas acima dos 60 anos identificadas com demência, apenas três referiram diagnóstico prévio, correspondendo a 93% de subdiagnóstico. Na Região Sudeste, mais particularmente no Estudo Pietá²¹, realizado em Caeté (MG), da amostra total de participantes do estudo ($n = 639$), 176 acima dos 75 anos foram identificadas com demência e apenas 39 referiram diagnóstico prévio, o que equivale à taxa de 77,8% de subdiagnóstico. Em outro estudo do Sudeste, em Tremembé²², no Estado de São Paulo, dos 630 participantes com 65 anos ou mais, 21 foram identificados com demência e apenas seis referiram diagnóstico prévio, correspondendo a 76,4% de subdiagnóstico.

Conjuntamente, pode-se considerar que esses estudos populacionais corroboram as estimativas apresentadas neste capítulo. Notadamente, quando se analisam as disparidades regionais (documentadas na seção de resultados), as taxas de subdiagnóstico dos estudos paulistas podem não refletir a realidade das outras regiões do país.



Entre os sexos, foram encontradas taxas mais elevadas de subdiagnóstico para os homens. Entre outros fatores, essa diferença pode estar relacionada à maior prevalência de demência em mulheres, o que está parcialmente associado à maior expectativa de vida das mulheres²³ e do comportamento de buscar por ajuda (particularmente no que se refere à própria saúde), em geral, diferente entre os sexos²⁴. Compreender melhor as interferências do sexo é um passo importante para a redução de iniquidades e o aprimoramento do rastreio.

Nas análises por faixa etária, observaram-se taxas elevadas de subdiagnóstico dos 60 aos 69 anos que são superiores à taxa estimada para o país (86,9%). Isso parece estar na contramão da ideia de que há maior necessidade de diagnóstico oportuno em fases iniciais. Menores taxas de diagnóstico em idades mais jovens podem estar relacionadas à percepção do declínio cognitivo como parte natural do processo de envelhecimento e ao estigma, além do fato de que há maior dificuldade de diagnóstico nos estágios iniciais da síndrome demencial. Já as taxas elevadas em idades avançadas podem refletir, de fato, menores proporções de diagnóstico devido à re-

levância dada pelo profissional de saúde a outras questões de saúde em detrimento daquelas relacionada à cognição e à demência, mas também possivelmente ao efeito de uma menor prescrição de anticolinesterásicos nessa faixa etária.

É importante destacar que a metodologia aqui empregada possui limitações importantes, embora esforços tenham sido envidados para a correção parcial das estimativas apresentadas. Inicialmente nos valem da dispensação de anticolinesterásicos no SUS como medida indireta para estimar o diagnóstico de DA, o que é bastante limitado em relação ao diagnóstico formal feito para propósito de pesquisa. Posteriormente, ajustamos as taxas de dispensação para considerar a proporção de pessoas que não fazem uso dessa categoria de medicamento, em relação à proporção daquelas que compram e retiram no SUS ou somente compram. No entanto, essas proporções foram retiradas de estudos que não foram desenhados para este propósito e não são representativos da população com demência.

Segundo, assumiu-se a premissa de que a dispensação ocorre apenas para casos leves e moderados, conforme preceitua o PCDT de Alzheimer do Ministério da Saúde¹¹. No entanto, muitas vezes o medicamento é mantido em estádios mais avançados, seja para controle de comportamento ou devido à demora em considerar a desprescrição. Nesse sentido, o número de pessoas com DA diagnosticada nos estágios leve e moderado pode estar superestimado no presente estudo e, neste caso, as taxas de subdiagnóstico seriam ainda maiores, uma vez que consideramos a retirada de anticolinesterásico como representando 80% dos casos de DA (leves e moderados). Ainda, a proporção de casos leves e moderados objeto de nossas análises, em relação à totalidade de casos, baseou-se em estudos populacionais conduzidos no Estado de São Paulo; no entanto, as diferentes regiões podem apresentar proporções distintas no número casos leves e moderados.

Terceiro, para estimar o subdiagnóstico das demências em sua totalidade, foi utilizada a proporção de DA em relação às demais demências. No entanto, as taxas de subdiagnóstico provavelmente são diferentes nos diversos subtipos da síndrome demencial. Por exemplo, uma pessoa com demência vascular de grandes vasos, após um acidente vascular cerebral, pode ter maior possibilidade de receber o diagnóstico por ser mais facilmente reconhecida, diferentemente da DA e de outras demências com início insidioso.

Essas limitações reforçam a necessidade premente de mais estudos de prevalência, incidência e subdiagnóstico em todas as cinco macrorregiões do Brasil, além da necessidade de uma plataforma unificada para vigilância e monitora-

mento dessas taxas. Com base nos dados apresentados neste capítulo, pode-se concluir que as taxas de subdiagnóstico no Brasil são alarmantes. Países de alta renda e países de baixa e média renda apresentam diferentes possibilidades e obstáculos para aumentar o rastreamento e reduzir o subdiagnóstico. Considerando ainda a especificidade de cada uma das cinco regiões geográficas do Brasil, deve-se pensar em estratégias regionalizadas. A ampliação e o aprimoramento de políticas públicas de enfrentamento adaptadas ao cenário nacional são urgentes e essenciais para aumentar as taxas de diagnóstico e proporcionar adequado suporte aos 2,4 milhões de brasileiros com demência (conforme estimado pelo Consenso Delphi e apresentado anteriormente neste relatório).

4.6 Recomendações

- **Ampliar o conhecimento da população sobre o reconhecimento de sinais** e sintomas iniciais da demência e reduzir crenças de que a demência faz parte do processo de envelhecimento normal.
- **Expandir e aprimorar o treinamento dos profissionais de saúde** (desde a graduação) para o reconhecimento oportuno e manejo adequado das demências.
- **Garantir acesso a serviços especializados e exames subsidiários** para diagnóstico e investigação etiológica.
- **Adaptar as estratégias que visam ao aumento das taxas de diagnóstico**, considerando o contexto local e as diferenças regionais, étnicas e socioeconômicas.
- **Reforçar a importância de uma plataforma digital unificada** com o objetivo de manter vigilância e monitorar as taxas de diagnóstico nas diversas regiões do país.

Referências

1. PRINCE, M.; BRYCE, R.; FERRI, C. **World Alzheimer Report 2011**: The benefits of early diagnosis and intervention. London: Alzheimer's Disease International, 2011. Disponível em: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2011.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.
2. FREITAS, E. V.; PY, L. (ed.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. [s. l.]: Guanabara Koogan, 2013. Disponível em: <https://framontmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.
3. FERRI, C. P.; JACOB, K. S. Dementia in low-income and middle-income countries: Different realities mandate tailored solutions. **PLoS Med.**, [s. l.], v. 14, n. 3, 2017. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002271.
4. ENGELHARDT, E. *et al.* Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuropsiquiatr.**, [s. l.], v. 63, n. 4, p. 1104-1112, 2005.. doi:10.1590/s0004-282x2005000600035
5. JEREMIC, D.; JIMENEZ-DIAZ, L.; NAVARRO-LOPEZ, J. D. Past, present and future of therapeutic strategies against amyloid-beta peptides in Alzheimer's disease: a systematic review. **Ageing Res. Rev.**, [s. l.], v. 72, 2021. DOI: 10.1016/j.arr.2021.101496.
6. GBD 2019 DEMENTIA FORECASTING COLLABORATORS. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet Public Health**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. e105-e125, 2022. DOI: 10.1016/s2468-2667(21)00249-8.
7. LANG, L. *et al.* Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. **BMJ Open**, [s. l.], v. 7, n. 2, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011146.
8. Dias A, Patel V. Closing the treatment gap for dementia in India. **Indian J. Psychiatry**, v. 51, p. S93-97, 2009. Suppl. 1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21416026>. Acesso em: 26 ago. 2024.
9. NAKAMURA, A. E. *et al.* Dementia underdiagnosis in Brazil. **Lancet**, [s. l.], v. 385, n. 9966, p. 418-419, 2015. DOI: 10.1016/s0140-6736(15)60153-2.
10. JACINTO, A. F. *et al.* Detection of cognitive impairment in the elderly by general internists in Brazil. **Clinics**, Sao Paulo, v. 66, n. 8, p. 1379-1384, 2011. DOI: 10.1590/s1807-59322011000800012.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2020/portaria-conjunta-13-pcdt-alzheimer-atualizada-em-20-05-2020.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.

12. FERRÉ, F. *et al.* Sala de Situação aberta com dados administrativos para gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas de tecnologias providas pelo SUS. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMPUTAÇÃO APLICADA À SAÚDE, 20., 2020, [s. l.]. **Anais do [...]**. Porto Alegre: SBC, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5753/sbcas.2020.11530>. Acesso em: 26 ago. 2024.
13. HERRERA JR, E. *et al.* Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002. DOI: 10.1097/00002093-200204000-00007.
14. BOTTINO, C. M. *et al.* Estimate of dementia prevalence in a community sample from Sao Paulo, Brazil. **Dement. Geriatr. Cogn. Disord.**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 291-299, 2008. DOI: 10.1159/000161053.
15. FERRI, C. P. *et al.* **Sumário Executivo ReNaDe: Relatório Nacional sobre a Demência: necessidades de cuidado, custos, produção científica e investimento em pesquisa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2023?]. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2023/12/pesquisa-cuidados-demencia.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.
16. QUEIROZ, E. M. *et al.* Clinical profile and survival analysis of Alzheimer's disease patients in a Brazilian cohort. **Neurol. Sci.**, [s. l.], v. 45, n. 1, p. 129-137, 2024. DOI: 10.1007/s10072-023-06937-z
17. FERRETTI, C. *et al.* An assessment of direct and indirect costs of dementia in Brazil. **PLoS One**, v. 13, n. 3, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0193209.
18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população das Unidades da Federação por sexo e idade simples.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/27470-projecao-da-populacao-das-unidades-da-federacao-por-sexo-e-idade-simples.html>. Acesso em: 26 ago. 2024.
19. BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R. Cognitive impairment in individuals with low educational level and homogeneous sociocultural background. **Dement. Neuropsychol.**, v. 8, n. 4, p. 345-350, 2014. DOI: 10.1590/S1980-57642014DN84000007.
20. FEITOSA, R. R. P. **Utilização do questionário de mudança cognitiva por agentes comunitários de saúde como método para rastreamento de demência.** 28f. 2023. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de Fortaleza. Disponível em: <https://biblioteca.sophia.com.br/terminalri/9575/acervo/detalhe/129598>. Acesso em: 26 ago. 2024.
21. Caramelli P, Barbosa MT, Sakurai E, *et al.* The Pieta study: epidemiological investigation on successful brain aging in Caete (MG), Brazil. Methods and baseline cohort characteristics. **Arq. Neuropsiquiatr.**, [s. l.], v. 69, n. 4, p. 579-584, 2011. DOI: 10.1590/s0004-282x2011000500002.
22. CESAR, K. G. *et al.* Prevalence of Cognitive Impairment Without Dementia and Dementia in Tremembe, Brazil. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 264-271, 2016. DOI: 10.1097/WAD.0000000000000122.
23. HEBERT, L. E. *et al.* Is the risk of developing Alzheimer's disease greater for women than for men? **Am. J. Epidemiol.**, [s. l.], v. 153, n. 2, p. 132-136, 2001. DOI: 10.1093/aje/153.2.132.
24. MORAIS, J. A. Chapter 20: Sex, gender and cultural factors. In: GAUTHIER, S. *et al.* **World Alzheimer Report 2021.** London: Alzheimer's Disease International, 2021. Disponível em: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/>. Acesso em: 26 ago. 2024.



5

Estigma

5.1 Pontos Principais

- **Os dados sobre o estigma** relacionado à demência são muito escassos, não apenas no Brasil, mas em toda a América Latina e Caribe.
- **Semelhantemente aos estudos** de prevalência e incidência, no Brasil as pesquisas sobre estigma estão concentradas no Estado de São Paulo e, em sua quase totalidade, focadas em avaliar o conhecimento da população geral sobre demência.
- **Entre os participantes brasileiros** que compuseram a amostra do estudo conduzido pela Alzheimer's Disease International (ADI), analisados neste relatório, dois de cada três profissionais de saúde acreditavam equivocadamente que a demência é consequência do envelhecimento natural.
- **A demência é comumente percebida** como parte natural do envelhecimento e os cuidadores relataram baixos níveis de conhecimento sobre os quadros demenciais.
- **Ao mesmo tempo em que coincidiram** com uma forte vontade de cuidar bem, as atitudes estigmatizantes dos cuidadores acabavam por despersonalizar, infantilizar e restringir a liberdade das pessoas com demência.
- **Na sociedade em geral e nos profissionais de saúde**, duas principais formas de estigma e discriminação foram identificadas. A primeira caracteriza-se por forte estereótipo de despersonalização em que a pessoa com demência passa a ser considerada “anormal”, supostamente não vivenciando os sentimentos como as demais pessoas. A segunda expressa-se por meio da “necessidade” de segregar e sedar a pessoa sob cuidado utilizando-se de medicamentos, como forma de controlar comportamentos e atitudes indesejáveis resultantes da demência.
- **Os cuidados à pessoa que vive com demência** parecem ter caráter indefinido, subjetivo, e focado nos medicamentos e sintomas, com pouca atenção centrada na pessoa e seus direitos.
- **Sabemos pouco sobre o estigma** relacionado à demência e existem poucas iniciativas que visam à redução do estigma no Brasil.

5.2 Introdução

Globalmente, o estigma e a discriminação são considerados forças contra a cidadania social e determinantes importantes de doenças em grupos estigmatizados e discriminados¹. São fenômenos complexos que envolvem múltiplos setores da sociedade, perpassando desde relações interpessoais até abordagens culturais e políticas². O estigma acontece quando um rótulo associado a algo negativo é “ligado” a uma característica de alguma pessoa ou grupo de pessoas (p. ex., transtorno mental), fazendo com que esta pessoa ou grupo sejam vistos como separados ou inferiores aos demais membros da sociedade, gerando uma série de atitudes negativas e discriminação³.

Grande parte das pesquisas existentes nesta área investiga experiências e formas de combater o estigma e a discriminação entre pessoas que vivem com algum transtorno mental (p. ex. esquizofrenia, depressão), alguma doença infecciosa (p. ex., HIV), ou devido ao grupo étnico de alguém (racismo), identidade de gênero/sexualidade (p. ex., homofobia, transfobia), idade (idadismo), sexo (sexismo), e contexto social (p. ex., profissionais do sexo, pessoas privadas de

liberdade, ou em situação de rua). Em contrapartida, há globalmente menos pesquisas sobre as experiências de estigma e discriminação entre pessoas que vivem com demência, e uma grande escassez de dados provenientes da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil⁴. Investir em estratégias de redução do estigma e da discriminação relacionados à demência é uma prioridade de saúde global⁵.

Na demência, o estigma acontece quando visões negativas a respeito das manifestações clínicas (perda de memória, mudanças de comportamento, dependência para atividades de vida diária) são associadas às pessoas que vivem com o transtorno. Isso leva as pessoas a sentir, pensar, referir-se e comportar-se de maneira negativa em relação às pessoas que vivem com demência; alternativamente, isso também pode ocorrer por meio de sentimentos, atitudes e comportamentos que demonstrem pena ou condescendência. O Quadro 3 descreve os principais tipos de estigma e discriminação existentes na literatura e elenca exemplos comuns de suas manifestações na área da demência².



**Quadro 3 – Tipos e definições de estigma e discriminação
(reproduzido com autorização dos autores de um estudo prévio ²)**

Tipos	Definição	Exemplos
Estigma social ou público (incluindo a mídia)	Preconceito (estereótipos e atributos negativos) e atitudes negativas advindos das pessoas do público e/ou sociedade	<p>“Pessoas que vivem com demência não são confiáveis e/ou são agressivas”</p> <p>“Pessoas que vivem com demência são uma sobrecarga para as famílias e para a sociedade”</p> <p>“Pessoas que vivem com demência não sentem mais nada”</p>
Estigma percebido	Percepções de como grupos estigmatizados são tratados por outras pessoas e/ou sociedade	<p>“Pessoas que vivem com demência são isoladas da sociedade”</p>
Auto estigma ou estigma internalizado	Pessoas estigmatizadas passam a concordar e/ou aceitar atitudes estigmatizantes ou discriminatórias como sendo naturais e válidas, desenvolvendo, assim, autopercepções negativas e sentimentos de vergonha	<p>“Eu não sei o que eu estou falando”</p> <p>“Eu sou incapaz de fazer qualquer coisa”</p> <p>“Eles não vêm visitar porque eu sou difícil”</p> <p>“Sou um peso para a minha família”</p>
Estigma antecipado	Expectativa de receber ou vivenciar estigma e/ou discriminação por parte de outras pessoas e/ou da sociedade	<p>“Não vou perguntar porque provavelmente ficarão bravos comigo”</p> <p>“Não vou procurar ajuda porque eu vou atrapalhar”</p>
Estigma vivenciado ou propagado (<i>enacted stigma</i> , em inglês)	Experiências de ser estigmatizado(a), discriminado(a), e/ou hostilizado(a) por outras pessoas da sociedade	<p>Pessoas que vivem com demência passam a ser vistas como sendo de menor valor que as demais, perdendo seu status social e credibilidade. Têm suas vidas e corpos objetificados e/ou desumanizados</p>
Estigma por associação (<i>courtesy stigma</i> , em inglês)	Quando uma pessoa sofre estigma por ser próxima de uma pessoa que faz parte de um grupo estigmatizado	<p>Cuidadores e cuidadoras familiares de pessoas que vivem com demência sofrem exclusão social indireta ou abandono por meio da exclusão social sofrida pela pessoa que vive com demência</p>
Estigma estrutural	Estigma presente em leis e políticas (também representado pela falta delas), procedimentos, estruturas sociais e institucionais, e normas culturais que restringem direta ou indiretamente as oportunidades de grupos estigmatizados	<p>Falta de leis, políticas e serviços de cuidado de qualidade e equitativos; leis que desfavorecem a voz, cidadania e autonomia da pessoa que vive com demência; sobrecarga e dependência do setor público sobre as famílias; regras que separam ou excluem pessoas que vivem com demência de pesquisas e participação social (incluindo a participação no trabalho, política, grupos da comunidade, etc.)</p>
Discriminação ou tratamento injusto	O resultado comportamental do estigma	<p>Opressão; controle e expectativa de obediência; isolamento, exclusão, distanciamento, ou diferenciação social; abuso verbal, físico, político, emocional, financeiro; hostilização; abandono; culpabilização; dentre outros.</p>
Múltiplos estigmas ou estigma intersetorial	Convergência de múltiplas identidades estigmatizadas em uma mesma pessoa ou grupo	<p>Uma pessoa ou grupo de pessoas que vivem com algum transtorno mental e que também são pobres, idosas e/ou negras</p>

O estigma e a discriminação são praticados diariamente, tanto por aqueles próximos da pessoa que vive com demência (incluindo familiares e amigos), quanto por profissionais de saúde e assistência social, mídia, políticas públicas (ou falta delas), e modelos econômicos que as desvalorizam e restringem suas oportunidades⁶.

É comum que o estigma e a discriminação também ocorram de forma menos evidente (velada); por exemplo, evitar contato com a pessoa, não se referir a ela quando falando sobre a mesma, ignorar ou não levar a sério as suas opiniões, e usar termos derogatórios para se referir à pessoa, incluindo expressões como “demenciado” ou “dementado”; isso pode ocorrer tanto na prática clínica quando entre membros do público^{6,7}. As pessoas que vivem com demência e seus familiares são levados, tanto pelo estigma quanto por experiências de discriminação, a afastarem-se de outras pessoas e a esconder a sua condição clínica, o que prejudica a busca por ajuda profissional. Isso leva ao diagnóstico tardio (ou inclusive subdiagnóstico) e à falta de assistência a outras condições de saúde, contribuindo assim para uma pior evolução do quadro clínico e pior qualidade de vida⁸. Por outro lado, ocorre também o afastamento de outras pessoas do entorno, que passam a não mais visitar a pessoa com demência e seus familiares.

As pessoas que vivem com demência e seus familiares são levados, tanto pelo estigma quanto por experiências de discriminação, a afastarem-se de outras pessoas e a esconder a sua condição clínica, o que prejudica a busca por ajuda profissional.



Informar a sociedade sobre a demência e como ela afeta as pessoas que vivem com a condição e suas famílias configura uma necessidade premente. Em especial, a capacitação de profissionais de saúde para prevenir, detectar, diagnosticar e tratar a demência, assim como para dar apoio e informação de qualidade às pessoas que vivem com demência e suas famílias, é fundamental para garantir o direito ao cuidado que lhes é devido⁵. No entanto, os estudos mostram que “educar” sobre a demência muitas vezes não é suficiente para reduzir o estigma e a discriminação, e pode até gerar efeitos opostos não intencionais, já que pode provocar o medo da doença e sentimentos de pena, causando ainda maior separação social^{9,10}. De acordo com a Comissão Lancet sobre estigma e discriminação na saúde mental¹⁰, uma revisão guarda-chuva, que incluiu 216 artigos de revisão, pontua que as intervenções baseadas no princípio do contato social (pessoal ou virtualmente, ou indireto), adaptadas a diferentes contextos e culturas, são as formas mais eficazes de reduzir a estigmatização e a discriminação relacionadas a transtornos mentais globalmente¹⁰.

Com relação ao conhecimento da população brasileira sobre a demência, um estudo conduzido online com mais de 1.400 pessoas no Brasil mostrou que os níveis de conhecimento são baixos mesmo entre cuidadores e cuidadoras familiares, e principalmente entre aqueles com menor escolaridade e pessoas de maior idade¹¹. Notoriamente, 70% não conheciam os fatores de risco relacionados à demência. Outro estudo envolvendo 994 pessoas idosas de Santos (SP) mostrou que, embora 95% dos participantes já tivessem ouvido falar sobre a doença de Alzheimer (DA), 75% deles de fato sabiam o que era¹². Com relação ao estigma, um estudo com uma amostra representativa de 500 indivíduos de 18 a 65 anos, residentes na cidade de São Paulo (SP), mostrou que 41,6% tinham estereótipos negativos sobre a demência, 43,4% expressaram preconceito, e 35,5% discriminação¹³. Aqueles com menor escolaridade apresentavam 2,32 vezes mais chances de expressar estigma direcionado às pessoas com DA.

Esses estudos representam algumas das escassas iniciativas existentes (concentradas no Estado de São Paulo) que buscaram conhecer o panorama sobre o tema no Brasil. Apesar de os seus achados mostrarem baixo conhecimento sobre demência e a presença de estigma na população brasileira, não existe nenhuma intervenção antiestigma relacionada à demência implementada no país. Diante do contexto atual, este capítulo apresenta os resultados de uma pesquisa global sobre estigma e discriminação relacionados à demência, incluindo dados inéditos sobre o Brasil. Este capítulo também descreve os resultados de um estudo qualitativo com pessoas que vivem com demência, cuidadores familiares, membros do público e profissionais da atenção básica em saúde.



5.3 Estigma e discriminação relacionados à demência no Brasil

5.3.1 Estudo global sobre estigma relacionado à demência

A primeira e maior pesquisa global sobre o estigma relacionado à demência, conduzida até o momento, foi realizada pela ADI em 2019¹⁴. Este foi também o primeiro estudo global que se dedicou a ouvir o que pessoas que vivem com demência têm a dizer sobre os desafios enfrentados no dia a dia e, especificamente, sobre o estigma. Utilizou-se um questionário de autopreenchimento online, com questões de múltipla escolha e abertas. Participaram quase 70.000 pessoas de 155 países e territórios, incluindo o Brasil, contando no total com 1.446 indivíduos que vivem com demência (2,4%), 18.377 cuidadores familiares (30,2%), 14.124 profissionais da saúde (23,2%) e 26.913 pessoas do público em geral (44,2%)¹⁴.

5.3.2 Dados do Brasil

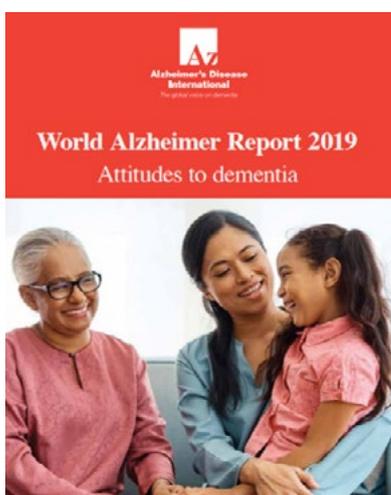
Parte dos dados apresentados aqui compõe uma dissertação de mestrado apresentada na Unifesp^{15,16}. Foi realizada uma análise secundária das respostas de 2.907 brasileiros(as) que se autoidentificaram entre quatro grupos: 108 (3,7%) pessoas vivendo com demência, 1.004 (34,3%) familiares cuidadores, 862 (29,4%) profissionais de saúde e 933 (31,8%) indivíduos do público em geral. A maior parte possuía ensino superior completo ou acima (76,9%) e eram mulheres (82,4%). Os dados referentes ao estigma, apresentados brevemente na sequência, foram organizados em três blocos: (1) conhecimento, (2) atitudes e (3) intenções de comportamento (o que faria em situações hipotéticas de contato com pessoas que vivem com demência).

5.3.3 Conhecimentos e crenças

O público com a maior proporção de pessoas que acreditam que a demência é consequência do envelhecimento natural é composto por indivíduos que vivem com demência (65,0%), seguido do público em geral (52,7%), familiares cuidadores (46,8%) e profissionais da saúde (33,2%). Mais de um terço dos cuidadores e profissionais da saúde acreditam que faltam fontes confiáveis de informações sobre demência (43,2% e 35,1%, respectivamente). Em relação às pessoas que concordam com a frase “não há nada que possa ser feito para prevenir a demência”, o maior grupo é de familiares cuidadores (19,1%), seguido de pessoas que vivem com demência (12%).

Conhecimentos e crenças

- **43,2%** dos familiares cuidadores consideram que faltam fontes confiáveis de informação sobre demência.
- **1/3** dos profissionais da saúde acreditam que a demência é consequência do processo de envelhecimento natural.
- **Cerca de 6%** dos profissionais de saúde e **19%** dos familiares cuidadores concordaram que nada pode ser feito para prevenir a demência.



World Alzheimer Report 2019, ADI

<https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2019/>

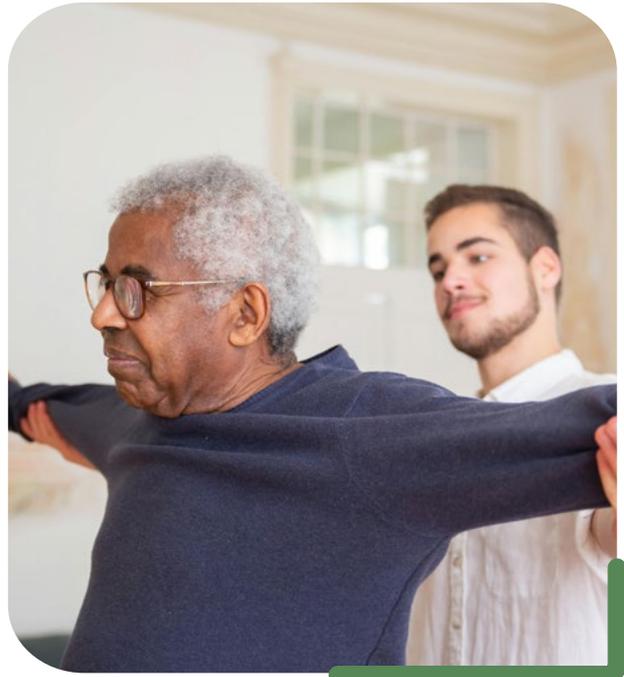
5.3.4 Atitudes

Mais de 60% dos participantes de todos os grupos creem que é importante uma pessoa que vive com demência receber o diagnóstico formal/explicito de seu médico: 88% do público em geral, 86% dos cuidadores, 75% dos profissionais de saúde e 60% das pessoas que vivem com demência. Cerca de 32% dos familiares cuidadores acreditam que pessoas que vivem com demência oferecem perigo para outras pessoas, e 72% acreditam que estas oferecem perigo para si mesmas.

O grupo com a maior proporção de pessoas que concordam com a afirmação de que “a comunicação com indivíduos que vivem com demência é difícil” é formado por membros do público em geral (37%), seguido dos profissionais da saúde (25%). Quando indagados se se sentiriam envergonhados(as) caso saíssem em público com um parente ou amigo(a) com demência, a maior parte dos que concordaram com a afirmativa eram do público em geral (7,4%), seguido dos profissionais da saúde (4,1%).

Atitudes

- **75,4%** dos profissionais de saúde acreditam que é importante para a pessoa que vive com demência receber um diagnóstico formal/explicito de seu médico.
- **Cerca de 1/3** dos familiares cuidadores acreditam que pessoas que vivem com demência representam perigo para outras pessoas.
- **Cerca de 36%** do público em geral e **24%** dos profissionais de saúde acreditam que a comunicação com pessoas que vivem com demência é difícil.



5.3.5 Intenção de comportamento

Pouco mais da metade do público geral (52,4%), seguido dos profissionais da saúde (42,8%), acredita que, em geral, as pessoas não querem ser amigas de quem vive com demência. A maioria dos profissionais de saúde e do público geral acreditam que, caso vivessem com demência, o respeito dos colegas provavelmente mudaria, ao passo que 12,6% do público em geral e 10,4% dos profissionais da saúde afirmaram que o respeito provavelmente permaneceria o mesmo. Sobre considerar importante retirar responsabilidades familiares da pessoa que vive com demência para não a estressar, menos pessoas do grupo de familiares cuidadores (31,3%) concordaram com a frase quando comparadas com o público geral (44,2%).

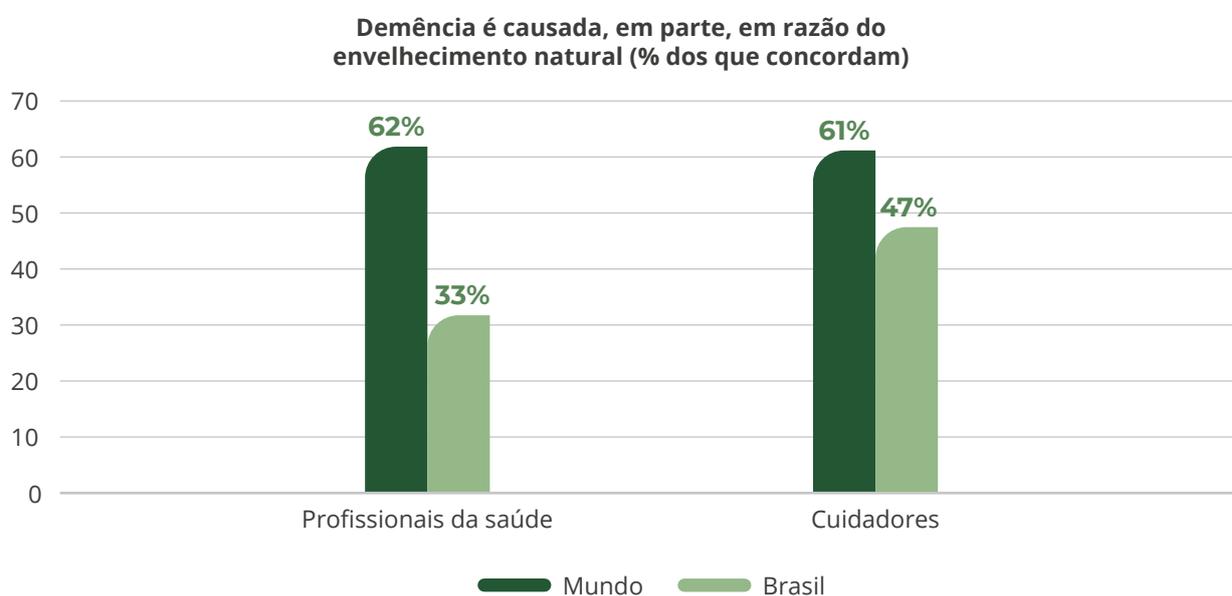
Intenção de comportamento

- **42,8%** dos profissionais de saúde concordaram que as pessoas não querem ser amigas de pessoas que vivem com demência.
- **Quase 45%** do público em geral acredita que é importante remover responsabilidades da pessoa que vive com demência para não a estressar.

5.3.6 Como os dados do Brasil se comparam com os dados mundiais?

Participantes do Brasil possuíam alto nível educacional e, portanto, não representam as características gerais da população brasileira. Apesar disso, os dados sobre conhecimento e atitudes em relação à demência se assemelham aos encontrados em outros países, onde, assim como no Brasil, duas em cada três pessoas pensam que a demência é consequência do envelhecimento natural¹⁴ (Figura 32). Com proporções semelhantes às dos participantes do Brasil (87,6%), a maior parte do público em geral (88,1%) de outros países considera importante receber um diagnóstico formal/explicito. Em contrapartida, à medida que no mundo todo 25,2% do público em geral acredita que nada pode ser feito para prevenir a demência, no Brasil esta porcentagem é bem menor (9,1%).

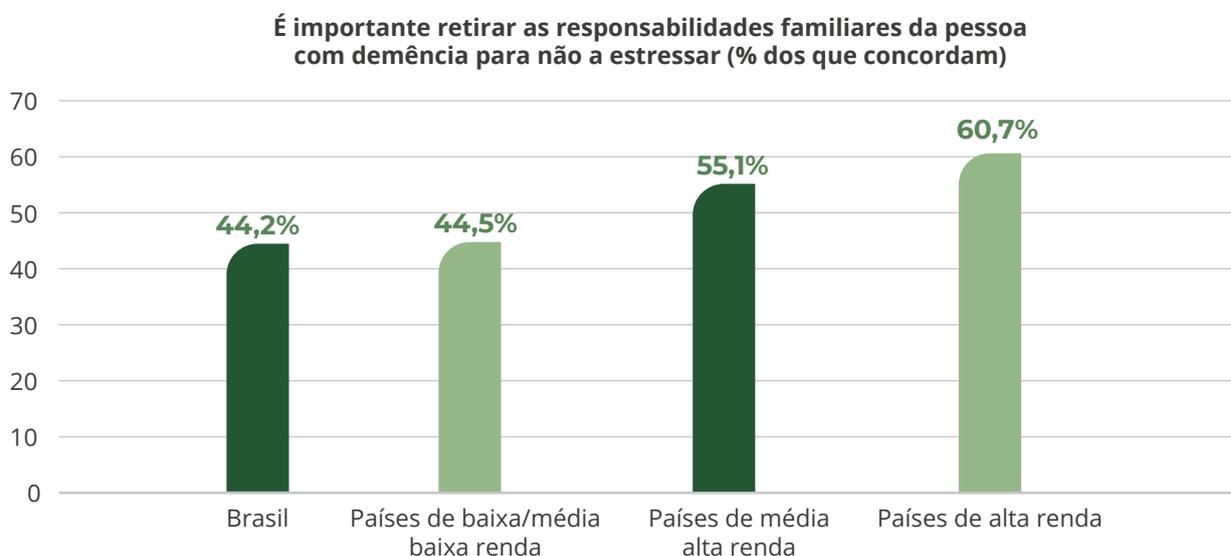
Figura 32 - Comparação entre a proporção mundial e brasileira de profissionais de saúde e cuidadores que concordam com a afirmação de que a demência é parte natural do envelhecimento



Fonte: elaboração própria.

Quando indagados se consideravam importante retirar responsabilidades familiares das pessoas que vivem com demência, o(a)s brasileiro(a)s apresentaram uma menor porcentagem em comparação com o(a)s participantes de outros países (Figura 32), nos quais os participantes foram organizados com base na renda. Semelhante ao que se verificou nas respostas analisadas pela ADI¹⁴ (independentemente do país), os participantes brasileiros incluídos na pesquisa emitiram uma opinião mais positiva sobre o seu próprio comportamento. Entretanto, ao serem indagados sobre o comportamento de terceiros, os participantes apresentaram uma tendência a acreditar que terceiros provavelmente adotariam comportamentos estigmatizantes em relação às pessoas com demência.

Figura 33 – Comparação entre o público geral brasileiro e o público geral de países de baixa/média renda, países de média alta renda e países de alta renda que concordam com a afirmação “é importante retirar as responsabilidades familiares da pessoa que vive com demência para não a estressar”



Nota: Os dados do Brasil estão incluídos no grupo de países de média e alta renda.

Fonte: elaboração própria.

5.4 Projeto STRiDE: Fortalecendo respostas à demência em países de médio poder econômico

Financiado pelo *UK Research and Innovation's Global Challenges Research Fund* (ES/P010938/1), o Projeto STRiDE (www.stride-dementia.org) teve como objetivo contribuir para a melhora dos sistemas de cuidado, tratamento e suporte em demência no Brasil e em outros sete países de médio poder econômico (Brasil, Índia, Indonésia, Quênia, Jamaica, México e África do Sul), visando possibilitar que pessoas com demência possam viver bem e assegurar que seus familiares cuidadores não arquem com custos excessivos do cuidado, nem corram risco de entrar em estado de vulnerabilidade econômica ou de saúde.

Um dos objetivos principais do STRiDE foi investigar o estigma e a discriminação direcionados às pessoas que vivem com demência. Na Etapa

1 (exploratória), buscou-se primeiro entender o contexto do estigma e da discriminação relacionados à demência no Brasil, por meio de entrevistas e grupos de discussão com pessoas que vivem com demência, cuidadores familiares, membros do público e profissionais da atenção primária à saúde^{6,17}. Na Etapa 2, desenvolveu-se uma intervenção para melhorar as atitudes e reduzir comportamentos discriminatórios direcionados às pessoas que vivem com demência. A proposta, atualmente em fase de teste, postula que os agentes comunitários de saúde (ACS) administrem a intervenção¹⁸.

5.4.1 ETAPA 1: Como se dá o estigma relacionado à demência no Brasil?

Por meio de entrevistas e grupos focais incluindo 6 pessoas que vivem com demência, 15 familiares cuidadores, 8 membros do público e 14 profissionais da atenção primária à saúde, buscou-se entender os conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação a pessoas que vivem com demência e familiares cuidadores, experiências de estigma e discriminação, bem como expressões idiomáticas de estigma e discriminação específicas da cultura local. Todos os participantes eram residentes do Estado de São Paulo (Campinas, São José dos Campos, São Bernardo do Campo e São Paulo).

Em breve descrevemos aqui as características dos quatro grupos estudados. A idade das pessoas que vivem com demência estava entre 73 e 87 anos (média 80), dos familiares entre 46 e 86 (média= 58), do público geral entre 41 e 66 (média de 51.6) e dos profissionais da UBS entre 23 e 60 (media de 42.2). Houve predominância das mulheres em todos os grupos, variando de 66,7% entre os familiares a 87,5% no público geral. A maioria das pessoas com demência (83,3%), dos familiares cuidadores (80%) e do público geral (75%) eram brancos, enquanto apenas 35,7% dos profissionais das UBS se identificaram como pessoas brancas. Todos os membros do público geral, assim como todos os profissionais das UBSs tinham 9 ou mais anos de escolaridade, enquanto apenas 50% dos familiares cuidadores tinham esta escolaridade, e entre as pessoas com demência todas tinham 8 ou menos anos de escolaridade, sendo que um terço nunca foi a escola.

5.4.2 Experiências e opiniões das pessoas que vivem com demência e dos familiares cuidadores

A demência é comumente vista pelas pessoas afetadas como sendo parte do envelhecimento natural. Os familiares cuidadores relataram baixos níveis de conscientização sobre a demência, o que parece retardar a suspeita de haver provável problema de saúde e buscar por ajuda profissional. Os familiares cuidadores percebem a existência de uma barreira social para falar sobre a demência, e a maioria têm crenças errôneas sobre suas causas. Por exemplo, alguns acreditavam que o cérebro da pessoa não se desenvolveu, ou que a pessoa não usou o cérebro suficientemente e, por isso, foi acometida pela demência.

“Parece que existia uma barreira – a gente nunca chegou para conversar nem entre as irmãs e nem com ela [sobre o diagnóstico]. (...) Acho que a gente não aceitava muito a ideia de que a minha mãe teria Alzheimer. Outra coisa também: a gente não tinha conhecimento – até a minha mãe ter o diagnóstico e começar a viver com isso, a gente não tinha noção do que era o Alzheimer. Então acho que tudo isso complicou para a gente demorar a entender que a minha mãe estava com Alzheimer.”

Filha de mulher que vive com demência

“E antes ela [mãe que vive com demência] costurava, mas agora ela não enxerga, então não consegue costurar, e ficou parada. E é como um ferro, né? – enferruja [se não usa].” *Filha de mulher que vive com demência*

“Eu acho que ela [esposa que vive com demência] ficava sozinha em casa (...) ela foi sempre assim, calma, e não desenvolveu a mente. Para mim, foi isso.” *Marido de mulher que vive com demência*

As pessoas que vivem com demência percebem as atitudes e comportamentos discriminatórios de outras pessoas, como impaciência, afastamento social, e ser visto(a) como não confiável ou como uma pessoa que dá trabalho. Como forma de evitar tais atitudes e comportamentos negativos direcionados a elas, as pessoas com demência passam a minimizar e normalizar a condição; por exemplo, ao reforçar a capacidade que lhes resta de viver uma vida ativa, de cumprir com suas responsabilidades, e ao enfatizar os impactos positivos da demência em suas vidas. Tal estratégia parece também ser um esforço inconsciente para manter sua credibilidade social, evitar comportamentos e falas negativas direcionadas a elas e sobre elas, bem como a manutenção de seus direitos.

“É difícil você detectar que a pessoa está [com demência], então às vezes as pessoas acham que é apenas um esquecimento e fala: ‘é de idade mesmo’, que ‘pessoa de idade esquece’.” *Nora de mulher que vive com demência*

“Aqui [no bairro] tem várias senhoras que também não andam boas, ficam meio esquecidas. São todas velhas – a gente vê que todo velho faz essas coisas!” *Pessoa que vive com demência (Mulher)*



Outras formas de enfrentamento e autoproteção contra o estigma e a discriminação incluíram o estabelecimento de certas práticas para compensar a perda de memória (p. ex., fazer anotações sobre tudo) e o compartilhamento seletivo do diagnóstico (ou manutenção do mesmo em segredo), na tentativa de evitar situações de vergonha e constrangimento durante os momentos de socialização.

“Eu dei aula por muitos anos (...) então minha cabeça funciona muito, né? E hoje é assim, por exemplo, eu faço aquilo que tenho vontade. Eu não faço, por exemplo: ‘ah, vamos fazer tal coisa’ que eu não quero fazer – não vou fazer.” *Pessoa que vive com demência (Mulher)*

“Eu vou para a cidade, faço minhas coisas, vou pagar conta, vou para a hidroginástica, vou à igreja – faço todas as minhas coisas normal[mente]. Pago minhas contas direitinho, não fico devendo nada para ninguém (...). Agora, esquecer, eu esqueço mesmo. Se eu falar para você que não esqueço, eu minto. Mas eu não queimo panela.” *Pessoa que vive com demência (Mulher)*

“Se fosse para fazer [alguma coisa], [eu] faria melhor agora do que de primeira [quando não tinha demência].” *Pessoa que vive com demência (Homem)*

“(...) Tudo que é importante, a gente marca para não esquecer. Então, assim, nós não ficamos cutucando todo mundo: ‘você lembra disso? você lembra disso?’.” *Pessoa que vive com demência (Mulher)*

“Eu acho que as pessoas ficam um pouquinho afastadas, não fica[m]? (...) a gente [pensa] assim ‘nossa, eu estou esquecida, como eu vou entrar no meio dos outros? É chato!’, né? De uma pessoa às vezes perguntar e a gente não saber responder, né?” *Pessoa que vive com demência (Mulher)*

“Quando a gente encontra algum parente que entende e não briga [fala sobre o diagnóstico] (...) Tem gente que fica nervosa, tudo, né?” *Pessoa que vive com demência (Mulher)*



Entre familiares cuidadores, atitudes e comportamentos estigmatizantes coincidiram com o desejo de cuidar bem, de proteger a pessoa que vive com demência, bem como de compreender e validar as suas próprias experiências de cuidado e não causar algum mal à pessoa sob cuidado. Ao fazê-lo, no entanto, os familiares acabam por gerar e propagar estigma e discriminação, conforme mostrado a seguir. Familiares acreditam que a síndrome demencial “transforma” a pessoa, que vive a morte ainda em vida, e que então “deixa de ser” quem ela sempre foi e “de sentir” como as outras pessoas, refletindo uma visão estereotipada de perda de humanidade e de objetivação da pessoa que vive com demência. Além disso, muitos familiares vivenciam as mudanças de comportamento como algo de que a pessoa tem controle, levando os momentos de melhor performance cognitiva a serem vistos como manipulação. É muito comum também que familiares passem a infantilizar a pessoa que vive com demência, tratando-a ou referindo-se a ela com atitudes e comportamentos infantis.

“É um choque você saber que aquela pessoa vai perder aquela vida independente, que ela vai deixar de ser aquela pessoa, porque o Alzheimer transforma a pessoa, né? (...) A pessoa, com o passar do tempo, vai deixar de ser, né?” *Nora de mulher que vive com demência*

“Elas desaprendem as ações todas, mas eu sinto que tem um sentimento. Ela não pode me ver chorando porque ela entra em desespero.” *Nora de mulher que vive com demência*

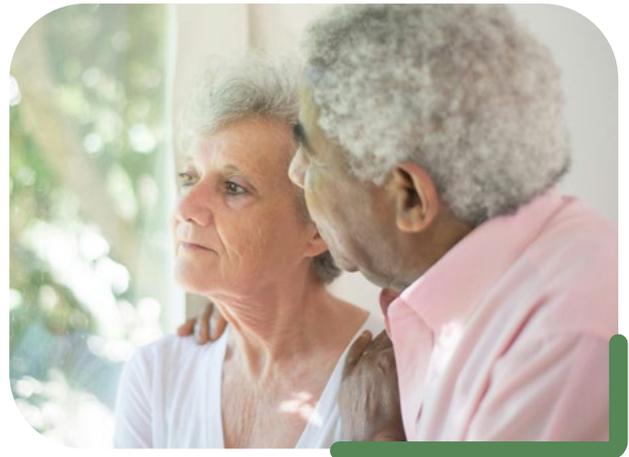
“Você assiste uma pessoa que você quer bem morrendo todos os dias.” *Sobrinha de mulher que vive com demência*



“Na frente do médico, a pessoa parece que ela muda, né, parece que ela até tem ainda a memória. Quando ela conversava com ele, ela não demonstrava que ela tinha tanta ausência.” *Filha de mulher que vive com demência*

“Um mês atrás faleceu um cunhado meu e a minha irmã resolveu contar [para os pais] direitinho, igual conta para criança, ‘Foi para o Papai do Céu.’” *Filha de pais que vivem com demência*

A presença do estereótipo no imaginário social parece levar as pessoas a duvidarem da informação do diagnóstico em estágios iniciais, já que a pessoa que vive com demência supostamente não se “encaixa” nos padrões esperados para alguém que vive com esta condição. O descrédito do diagnóstico leva muitos familiares a sentirem a necessidade de exacerbar sua preocupação com a pessoa diagnosticada por meio da diminuição de suas capacidades, além de restringir sua liberdade como forma de proteção.



“Várias vizinhas falavam: ‘sua sogra não tem nada, ela está super bem’.” *Nora de mulher que vive com demência*

“A gente explicava [ao porteiro do prédio] o que era [a demência], falava que ela não tinha orientação, que ela achava que estava bem, mas na verdade não estava; [que] ela parecia uma pessoa de posse das faculdades [mentais] dela, mas não era. Então, não era para deixar sair, não era para abrir o portão – mesmo que ela brigasse, era para chamar a gente.” *Filho de mulher que vive com demência*

“[Filhos] acharam por bem que era melhor tirar o cartão de débito dela e o talão de cheque.” *Nora de mulher que vive com demência*

“Ela sempre fazia um café, então era muito perigoso. A gente pediu para ele não deixar ela fazer mais nada.” *Nora de mulher que vive com demência*

Em muitos casos, a necessidade de cuidar e proteger resulta na expectativa de obediência, em que a pessoa que vive com demência deveria se comportar e agir conforme as regras impostas pelo familiar que cuida. Além disso, as exigências do cuidado físico muitas vezes geram a necessidade de certa invasão de privacidade, o que parece ser notado pelos familiares, mas ao mesmo tempo compreendido como algo necessário e parte da função de cuidar, incluindo o exercício da força física como forma de realizar as tarefas básicas da vida diária conforme o esperado.

“Primeiro eu tinha que tirar a roupa, e ela sempre foi uma pessoa recatada (...) aí a gente já passou a deixar ela sem a calcinha, passamos a usar fralda.” *Sobrinha de mulher que vive com demência*

“(...) na hora de comer era gritaria, ‘come!’, e aí ela olhava assim: ‘mas eu... mas eu...’, ‘come!’, e aí punha com violência a comida na boca, [por]que era naquele horário que tinha que comer (...) Na hora de vestir a mesma coisa, no banheiro a mesma coisa.” *Sobrinha de mulher que vive com demência*

“[Eles] não obedecem a gente, entendeu? Precisam de atenção.” *Filha de pais que vivem com demência*

A exclusão e o afastamento social parecem ser formas comuns de discriminação sofridas por pessoas que vivem com demência e seus familiares, tanto no ambiente familiar quanto no ambiente social mais amplo.

“Chegou uma época que, no clube, ele começou a agarrar as meninas dentro da água, e uma das senhoras não aceitou bem, e aí a professora falou: ‘(nome), acho que agora não dá mais para você trazê-lo enquanto ele estiver nessa fase’.” *Filha de homem que vive com demência*

“A nossa vida mudou por completo (...) no sentido de que os amigos que nós visitávamos, e alguns amigos que vinham na nossa casa, a coisa meio que parou, tá?” *Filho de mulher que vive com demência*

Muitos familiares justificam o processo de discriminação como sendo uma consequência natural das mudanças comportamentais e cognitivas, culpabilizando de maneira injusta a pessoa que vive com demência pelo afastamento dos demais. Outros familiares percebem com tristeza essa discriminação advinda de outros familiares, principalmente as atitudes e os comportamentos que objetificam e desumanizam a pessoa sob cuidado.

“[As pessoas] se afastam, porque já aconteceu de ela ligar, em um mesmo dia, 22 vezes em casa, para perguntar a mesma coisa – 22. Não é fácil você responder educadamente, com paciência, 22 vezes a mesma coisa.” *Nora de mulher que vive com demência*

“Eu acho que, quando a pessoa está boa, eles [familiares] têm interesse até de conversar um pouquinho; mas percebe que já está um pouquinho, assim sabe, já nem liga. Já não presta atenção. [pausa] É muito como um móvel que você muda ali, muda aqui, não presta atenção.” *Filha de mulher que vive com demência*

“Os netos de fora também não vêm [visitar]. Quando o avô estava vivo ainda eles vinham de vez em quando, no aniversário, no Natal, porque o avô era muito carinhoso, ligava todo dia para todo mundo, era muito de conversar. Conseguia conversar desde o pequenininho até o maior. Era muito diferente da avó [vive com demência] que não tem mais papo.” *Nora de mulher que vive com demência*



5.4.3 Experiências e opiniões dos membros do público e profissionais de saúde

Entre membros do público e profissionais de saúde (enfermeiras e ACS)¹⁷, nenhum participante sabia definir o que era demência. Muitos entendiam a demência como sendo um “estado” ou um “processo” em que o cérebro está com mau funcionamento por idade avançada, por consequência do uso de álcool ou de outras drogas, ou por predisposição individual, e não como consequência de uma doença. Também havia a percepção de que as pessoas da sociedade têm dificuldades em falar sobre o assunto, havendo um silêncio generalizado a respeito.

“No Brasil, precisa-se criar uma cultura para isso, porque não se fala nisso.” *Mulher, membro do público*

“Acho que é muito próximo a demência do Alzheimer e a gente fica meio assim, até onde é um e até onde começa o outro.” *Mulher, profissional de UBS*

“Eu acho que é a falha nos neurônios. Começa a falhar em algum ponto e você começa a embaralhar as coisas. Acho que é um mau funcionamento mesmo da mente. Por acidente ou por idade.” *Homem, membro do público*

“Acho que a demência pode ser uma consequência de droga.” *Mulher, profissional de UBS*



Há duas principais formas de estigma e discriminação identificadas em ambos os grupos de participantes. A primeira diz respeito a um forte estereótipo de desumanização direcionado à pessoa que vive com demência. Esta pessoa passa a ser percebida como alguém “anormal”, supostamente não vivenciando os sentimentos como as outras pessoas, habitando, assim, um mundo paralelo ao das demais pessoas. Outros exemplos incluem a percepção de que a pessoa com demência tem a aparência física transformada, está fora de controle (agitada, agressiva, perigosa ou não confiável), é incapaz ou “difícil” (incapaz de se comunicar e de coordenar pensamentos; é difícil de lidar ou trabalhosa), e não quer ser ajudada (é manipuladora e busca atenção). Inclusive, os seguintes termos depreciativos eram usados a todo tempo durante as discussões em grupo para se referir àqueles que vivem com demência: “demente”, “dementado”, “demenciado”, “caduco”, “fora da casinha”, “louco”, dentre outros. Além disso, houve referências às pessoas que vivem com demência como sendo “outros” membros da sociedade e de menor valor, refletindo separação social e inferioridade.



“Quanto ao sentimento, ela [pessoa que vive com demência] não demonstrava ter. Você dizia [a ela] quem era, perguntava se lembrava das conversas, de fazer algumas coisas, e ela era indiferente. Não mostrava reação nenhuma: ‘ah que legal. Já passamos tempo juntas e era gostoso’. Era totalmente indiferente, então eu acho que não [tem sentimentos].” *Mulher, membro do público*

“Eu acho que [o diagnóstico] muda tudo para ela [pessoa que vive com demência], mas ela não sabe que mudou. Ela está naquela situação da demência e enxerga as coisas de outra maneira.” *Mulher, membro do público*

“Se for uma pessoa com demência, uma pessoa louca mesmo, que pode ser agressiva, machucar outras pessoas o tempo todo, não sei para onde você pode [levá-la]. Acho que você tem que estudar e tentar trazer essa pessoa para a normalidade.” *Homem, membro do público*

“Tem a esposa de um senhor de [bairro] que tem [demência]. A gente vê a pessoa definhando, porque ela tem Alzheimer, trava a boca, muito magra, sabe? Eu acho que o que eles têm de doença, eles têm de físico forte. São pessoas que não tem pressão alta, nada desse tipo. É sempre o Alzheimer que complica a vida.” *Mulher, membro do público*



A segunda principal forma de estigma e discriminação que foi identificada, caracteriza-se pelo relato dos participantes sobre a “necessidade” de segregar e sedar a pessoa que vive com demência como forma de controlar comportamentos e atitudes indesejáveis. Relataram também saber de práticas discriminatórias por parte de terceiros ou familiares, traduzidas em impaciência, abuso físico e emocional e negligência. Tanto entre membros do público geral quanto entre os profissionais da atenção básica, foram compartilhadas experiências que mostram que os cuidados prestados à pessoa que vive com demência são muito indefinidos, subjetivos, e focados nos medicamentos e sintomas, havendo pouca ou nenhuma preocupação para com a pessoa acometida e sua cidadania. Identificamos também grande dificuldade de comunicação com a pessoa que vive com demência e apoio à família no serviço de saúde.

“Essa senhora não conversa muito, fica mais no canto dela, tem época que está mais agressiva, tem época que está mais calma. Na verdade, a conversa mais é com a família, né? A família vai me ligando, aí não entende e acha que medicando vai retornar ao normal.” Mulher, profissional de UBS

“Eu acho que a gente não vê esses casos graves justamente porque os dementes estão escondidos da sociedade. É tão difícil lidar com eles, é tão árduo o trabalho. E eu não sei também como eu ficaria perante uma pessoa que tem tão intenso esse grau de demência – se é que existem mais – que o jeito é a internação. E eu penso que seja o sedativo que acalme essa pessoa diariamente para que ela fique calma, tranquila e não faça tantas coisas, digamos, erradas. Igual ficar desligando o gás, ficar tomando conta daquilo porque ela não pode mexer aqui ou ali. Qual é o jeito de você acalmar uma pessoa dessa? Acho que é a sedação. Eu acho que a gente não vê esses dementes porque eles já estão internados, porque dentro de casa não teriam como lidar com eles.” Mulher, membro do público

5.5 Considerações Finais

Embora este tenha sido um estudo pequeno, realizado em uma região geográfica delimitada do território brasileiro, foi possível identificar diversas formas de estigma e discriminação nos discursos de profissionais da atenção básica, membros do público e profissionais cuidadores. Cabe pontuar que as formas de estigma e discriminação ora em discussão são vivenciadas e percebidas pelas pessoas que vivem com demência no seu dia a dia. Em todos os grupos encontramos baixo nível de conscientização sobre a demência e sobre como esta condição afeta as pessoas com esse diagnóstico, além de muitas crenças e mitos sobre o assunto, tal como considerar a demência como sendo parte do envelhecimento biológico natural. Foram também reportadas barreiras sociais para falar sobre o tema. Em resumo, as principais formas de estigma e discriminação direcionadas às pessoas que vivem com demência estão elencadas abaixo.

- **Estereótipos e atitudes negativas:** desumanização, ênfase na perda da capacidade funcional e mental, descredibilização (p. ex., considerar a pessoa como não confiável, duvidar do diagnóstico), uso de terminologia negativa (p. ex., demente, “dementado”, “demenciado”), culpabilização, e considerar a pessoa como sendo difícil de lidar, custosa ou manipuladora.
- **Abuso de poder nas relações de cuidado:** exercício de controle (químico, físico, financeiro, emocional), impaciência, exigência de obediência, e limitação da liberdade para ir, vir e ser.
- **Abandono, afastamento,** exclusão e segregação social.
- **Cuidados indefinidos e focados** em medicamentos e sintomas, sem considerar as visões, desejos e cidadania da pessoa que vive com demência.

As pessoas que vivem com demência sentem os efeitos negativos das práticas estigmatizantes e discriminatórias, expressam medo de reações negativas e vergonha, e passam a estabelecer práticas para tentar lidar mais efetivamente com tais experiências negativas, como, por exemplo:

- **Compartilham de forma seletiva** o diagnóstico e suas experiências;
- **Tentam minimizar e normalizar a demência** e os sintomas;
- **Enfatizam a capacidade de viver** uma vida ativa, apesar dos sintomas da demência;
- **Expressam os impactos positivos** da demência em suas vidas.

Tais formas de enfrentamento e manejo das práticas discriminatórias por parte das pessoas que vivem com demência foram muitas vezes vistas pelos profissionais e familiares cuidadores como “negação” do diagnóstico.

Sabemos pouco sobre o estigma relacionado à demência na população brasileira. É necessário um melhor entendimento para que possamos criar estratégias para reduzi-lo. Existem poucas iniciativas focadas na redução do estigma relacionado à demência. Baseada na experiência do projeto STRiDE, descrito acima, foi criada uma ferramenta online para ser usada em diversos contextos e população-alvo. O [kit de ferramentas antiestigma](#) é um recurso online disponível em português, de acesso e uso gratuito, que fornece estratégias e exemplos práticos provenientes de sete países de baixo e médio poder econômico (Brasil, Índia, Indonésia, Quênia, Jamaica, México e África do Sul). O intuito é ajudar a sociedade a pensar sobre o impacto do estigma e sobre como desafiar as práticas discriminatórias contra pessoas que vivem com demência e seus familiares cuidadores.

5.6 Recomendações

- **Treinar os profissionais de saúde** a respeito dos impactos do estigma e da discriminação relacionados à demência, ressaltando a importância de cuidados centrados na pessoa.
- **Conscientizar os profissionais de saúde, familiares e outros cuidadores** quanto à necessidade de individualizar o cuidado da pessoa com demência, considerando suas percepções, desejos e relatos de desafios encontrados nas atividades da vida cotidiana.
- **Elaborar estratégias visando ao aumento da acessibilidade**, criação de espaços e adaptações de locais e serviços para as necessidades das pessoas que vivem com demência.
- **Formular e ampliar a oferta de materiais** sobre demência que sejam focados na pessoa, e não na doença, e com linguagem acessível para pessoas que não são da área da saúde.
- **Estimular o contato social das pessoas** que vivem com demência com outros grupos, garantindo assim a manutenção de seu papel social e autonomia.
- **Investir em pesquisas na área** para que seja possível o desenvolvimento de ações que reduzam o estigma, baseadas em evidências e sensíveis culturalmente.
- **Promover ações que possam contribuir** para o aumento do conhecimento da sociedade em geral sobre a demência



Referências

1. O'CONNOR, D.; MANN, J.; WIERSMA, E. Stigma, discrimination and agency: Diagnostic disclosure as an everyday practice shaping social citizenship. **J. Aging Stud.**, [s. l.], v. 44, p. 45-51, 2018. DOI: 10.1016/j.jaging.2018.01.010.
2. OLIVEIRA, D. Estigma e discriminação relacionados à demência. In: APRAHAMIAN, I.; BRUCKI, S. M. D. (ed.). **Doença de Alzheimer: Diagnóstico e Tratamento**. [s. l.], Manole, 2023.
3. LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing Stigma. **Annu. Ver. Sociol.**, v. 27, p. 363-385, 2001. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2678626>. Acesso em: 26 ago. 2024.
4. FARINA, N. *et al.* Perceptions of dementia amongst the general public across Latin America: a systematic review. **Aging Ment. Health**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 787-796, 2021. DOI: 10.1080/13607863.2020.1725738.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on the public health response to dementia**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>. Acesso em: 9 maio 2022.
6. OLIVEIRA, D. *et al.* Experiences of stigma and discrimination among people living with dementia and family carers in Brazil: Qualitative study. **Ageing Soc.**, [s. l.], v. 43, n. 2, p. 447-468, 2023. DOI: 10.1017/s0144686x21000660.
7. OLIVEIRA, D. A linguagem acadêmica e o estigma na longevidade. **Geriatr. Gerontol. Aging**, v. 13, n. 3, p. 177-179, 2019. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_boletim_2006/GGA_v.13_n.3.pdf. Acesso em: 26 ago. 2024.
8. LION, K. M. *et al.* Do people with dementia and mild cognitive impairments experience stigma? A cross-cultural investigation between Italy, Poland and the UK. **Aging Ment. Health**, v. 26, n. 6, p. 947-955, 2020. DOI: 10.1080/13607863.2019.1577799.
9. CORRIGAN, P. **The Stigma Effect: Unintended Consequences of Mental Health Campaigns**. [s. l.]: Columbia University Press, 2019. Disponível em: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.7312/corr18356/html#contents>. Acesso em: 26 ago. 2024.
10. THORNICROFT, G. *et al.* The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. **Lancet**, v. 400, n. 10361, p. 1438-1480, 2022. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2.
11. AMADO, D. K.; BRUCKI, S. M. D. Knowledge about Alzheimer's disease in the Brazilian population. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 76, n. 11, p. 775-782, 2018. DOI: 10.1590/0004-282x20180106.

12. MATIOLI, M. *et al.* Worries about memory loss and knowledge on Alzheimer's disease in community-dwelling elderly from Brazil. **Dement. Neuropsychol.**, v. 5, n. 2, p. 108-113, 2011. DOI: 10.1590/s1980-57642011dn05020009.
13. BLAY, S. I.; PELUSO, E. T. P. Public stigma: the community's tolerance of Alzheimer disease. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 18, n. 2, p. 163-171, 2010. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181bea900.
14. ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. **World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia**. [s. l.]: Alzheimer's Disease International, 2019. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2019>. Acesso em: 26 ago. 2024.
15. GODOY, C. *et al.* Dementia-related stigma among health professionals, family carers, people with dementia, and the general public in Brazil. **Stigma and Health**, [s. l.], 2023. DOI: 10.1037/sah0000488.
16. GODOY, C. **Estigma relacionado à demência no Brasil: conhecendo para intervir**. 2023. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/0f647e4e-dcea-4fc8-abe8-7f061e2c6f99>. Acesso em: 26 ago. 2024.
17. OLIVEIRA, D. *et al.* Experiences of stigma and discrimination among people living with dementia and family carers in Brazil: Qualitative study. **Ageing Soc.**, v. 43, n. 2, p. 447-468, 2023.
18. OLIVEIRA, D. *et al.* Reducing dementia-related stigma and discrimination among community health workers in Brazil: protocol for a randomised controlled feasibility trial. **BMJ Open**, v. 12, n. 7, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-060033.

**Conte-nos o que pensa
sobre esta publicação.**



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

