

DECLÍNIO COGNITIVO E DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE A DIFERENCIAÇÃO ENTRE PROCESSOS FISIOLÓGICOS E PATOLÓGICOS POR MEIO DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: <https://doi.org/10.31692/2764-3433.v6i1.313>

¹MARCELA DA CRUZ ANTUNES

Discente de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, marcela.antunes@ufpe.br

²MARIA CLARA ALONSO DE ARAÚJO

Discente de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco

³CAIO VICTOR BARROS GONÇALVES DA SILVA

Biomédico, Mestrando em Ciências Biológicas, Universidade Federal de Pernambuco

⁴ISVÂNIA MARIA SERAFIM DA SILVA LOPES

Biomédica, Doutora em Tecnologias Energéticas Nucleares, Docente do Departamento de Biofísica e Radiobiologia, Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional, fenômeno crescente no Brasil e no mundo, representa um dos principais desafios da saúde pública contemporânea, especialmente em relação ao declínio cognitivo. A diferenciação entre o declínio fisiológico, característico do envelhecimento, e o patológico, como o observado na Doença de Alzheimer (DA), é essencial para a prática clínica, pois orienta estratégias diagnósticas, terapêuticas e de cuidado. **Objetivo:** Investigar, por meio de uma revisão integrativa, as diferenças entre o declínio cognitivo fisiológico e o patológico, com foco na DA, considerando suas implicações clínicas, neurofisiológicas e psicossociais. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada entre março e abril de 2025, nas bases PubMed, SciELO e BVS-LILACS. Utilizaram-se descritores controlados em português e inglês, combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*: Doença de Alzheimer, Declínio Cognitivo, Envelhecimento, Comorbidades e Sexo. Foram incluídos artigos publicados entre 2010 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol, totalizando 39 estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade. **Resultados e Discussão:** Os estudos demonstram que o declínio cognitivo fisiológico envolve alterações discretas em funções como memória episódica, atenção e velocidade de processamento, sem prejuízo funcional significativo. Em contrapartida, a DA caracteriza-se por um curso neurodegenerativo progressivo e irreversível, marcado por déficits em memória operacional, linguagem e funções executivas. Fatores como idade avançada, baixa escolaridade, comorbidades e histórico familiar aumentam o risco de evolução para quadros patológicos. A sobrecarga dos cuidadores e a desigualdade no acesso a serviços especializados emergem como questões psicossociais críticas. **Conclusão:** A distinção entre declínio cognitivo fisiológico e patológico é fundamental para o diagnóstico precoce, a elaboração de estratégias preventivas e o fortalecimento das políticas públicas de atenção ao idoso. Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas futuras que explorem marcadores clínicos, neurofisiológicos e psicossociais capazes de aprimorar a acurácia diagnóstica e promover um envelhecimento digno e humanizado.

Palavras-Chave: Neurodegeneração; envelhecimento cerebral; plasticidade neural; biomarcadores neurológicos; saúde do idoso.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que se intensifica de forma acelerada no Brasil e no mundo, representando um dos maiores desafios de saúde pública das últimas décadas (Rizzi, Rosset & Roriz-Cruz, 2014; Ng *et al.*, 2014). Esse cenário histórico, marcado pelo aumento da expectativa de vida, traz consigo implicações clínicas, sociais e econômicas que demandam atenção crescente (Ngandu *et al.*, 2015). Entre os desafios mais relevantes, destaca-se o declínio cognitivo, que pode manifestar-se tanto como parte de processos fisiológicos do envelhecimento quanto como expressão de condições patológicas, em especial a Doença de Alzheimer (DA) (Jack *et al.*, 2018; Dubois *et al.*, 2021). A diferenciação entre esses processos é crucial, pois define estratégias diagnósticas, terapêuticas e de cuidado, além de orientar políticas públicas voltadas à saúde da pessoa idosa (Vasconcelos & Campos, 2016; Petersen *et al.*, 2018).

Do ponto de vista social e econômico, o declínio cognitivo ocupa posição central entre os problemas associados ao envelhecimento, uma vez que repercute diretamente na autonomia dos indivíduos, na sobrecarga dos cuidadores e nos custos para os sistemas de saúde. Cuidadores familiares, em sua maioria mulheres, enfrentam estresse emocional, limitações financeiras e exaustão física, evidenciando o impacto coletivo da doença e a necessidade de suporte institucionalizado (Zimmerman *et al.*, 2005; Brodaty & Donkin, 2009).

O declínio cognitivo pode ser compreendido como uma alteração progressiva das funções mentais superiores, manifestando-se de duas formas principais: como parte de um processo fisiológico do envelhecimento ou como expressão de condições patológicas, especialmente a DA (Petersen *et al.*, 2018; Jack *et al.*, 2018). Diferenciar esses dois processos é essencial, pois orienta estratégias diagnósticas, terapêuticas e políticas públicas voltadas ao cuidado da pessoa idosa (Cachioni & Yassuda, 2010).

No âmbito fisiopatológico, o declínio cognitivo fisiológico caracteriza-se por alterações discretas e graduais em funções como memória episódica, atenção dividida e velocidade de processamento, geralmente sem comprometimento da autonomia. Já a DA configura-se como uma condição neurodegenerativa de evolução progressiva e irreversível, marcada por déficits cognitivos amplos, incluindo memória operacional, linguagem, funções executivas e orientação temporal-espacial, impactando profundamente a funcionalidade global. Apesar dessas distinções, a prática clínica demonstra que os sinais iniciais de ambos os processos frequentemente se sobrepõem, dificultando a diferenciação precoce e atrasando intervenções adequadas (Masters *et al.*, 2015; Frisoni *et al.*, 2010).

As evidências também apontam fatores de risco que modulam a progressão do declínio

fisiológico para o patológico, como idade avançada, baixa escolaridade, sexo feminino, histórico familiar de demência e comorbidades crônicas, incluindo hipertensão, diabetes e depressão (Vasconcelos & Campos, 2016; Kivipelto *et al.*, 2018). Esses elementos configuram marcadores relevantes para o rastreio clínico e o direcionamento de estratégias de prevenção (Dubois *et al.*, 2014; Petersen *et al.*, 2018).

Diante desse contexto, compreender as nuances entre o declínio cognitivo fisiológico e o patológico torna-se fundamental (Cachioni & Yassuda, 2010; Dubois *et al.*, 2021). Assim, este estudo, por meio de uma revisão integrativa da literatura, tem como objetivo reunir e analisar criticamente marcadores clínicos, neurofisiológicos, epidemiológicos e psicossociais que auxiliem na diferenciação entre esses processos, buscando subsidiar práticas clínicas mais sensíveis, fomentar intervenções multiprofissionais e fortalecer políticas públicas voltadas ao cuidado da população idosa.

METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi identificar, reunir, sintetizar e avaliar criticamente estudos científicos que abordam as diferenças entre o declínio cognitivo normal e o patológico, com ênfase na DA, em indivíduos dentro do recorte populacional e temporal definido. O desenvolvimento da revisão foi conduzido de forma sistemática e estruturada, seguindo etapas que asseguraram a qualidade e a fidedignidade dos achados.

BASES DE DADOS E DESCRITORES

As buscas foram realizadas entre 21 de março e 18 de abril de 2025, nas bases BVS (LILACS), SciELO e PubMed, com maior concentração de estudos relevantes nesta última. Foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês, combinados pelos operadores booleanos AND e OR: Doença de Alzheimer, envelhecimento, comorbidades, declínio cognitivo sexo.

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

A pergunta foi elaborada com base na estratégia PICO (População, Intervenção, Comparação e Desfecho):

- P (População): pessoas com 60 anos ou mais, residentes no Brasil;
- I (Intervenção): envelhecimento, comorbidades associadas e declínio cognitivo (normal e patológico);

- C (Comparação): idosos com declínio cognitivo normal versus patológico (Doença de Alzheimer e outras demências);
- O (Desfecho): diferenças nas características, prevalência e implicações clínicas dos tipos de declínio cognitivo.

A partir dessa estrutura, formulou-se a pergunta norteadora: “Em pessoas com 60 anos ou mais no Brasil, como as comorbidades associadas e as características do envelhecimento impactam o declínio cognitivo normal em comparação ao patológico, com ênfase na Doença de Alzheimer?”

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos estudos publicados entre 2010 e 2024, disponíveis em texto completo, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem indivíduos com 60 anos ou mais e tratassem do declínio cognitivo normal ou patológico, com foco na DA, no contexto brasileiro ou com aplicabilidade à realidade nacional.

Foram excluídos estudos duplicados entre bases, publicações anteriores a 2010, pesquisas centradas em doenças neurológicas não relacionadas ao Alzheimer, estudos com amostras fora da faixa etária ou do contexto geográfico definidos, trabalhos que não tratassem da diferenciação entre os tipos de declínio cognitivo e publicações sem acesso ao texto completo.

Procedimentos de busca e seleção dos estudos

A triagem dos estudos ocorreu em três etapas:

1. Leitura dos títulos, para eliminar artigos evidentemente fora do escopo;
2. Leitura dos resumos, com exclusão de textos sem relação direta com o tema;
3. Leitura na íntegra dos artigos potencialmente elegíveis, para confirmar a aderência aos critérios de inclusão.

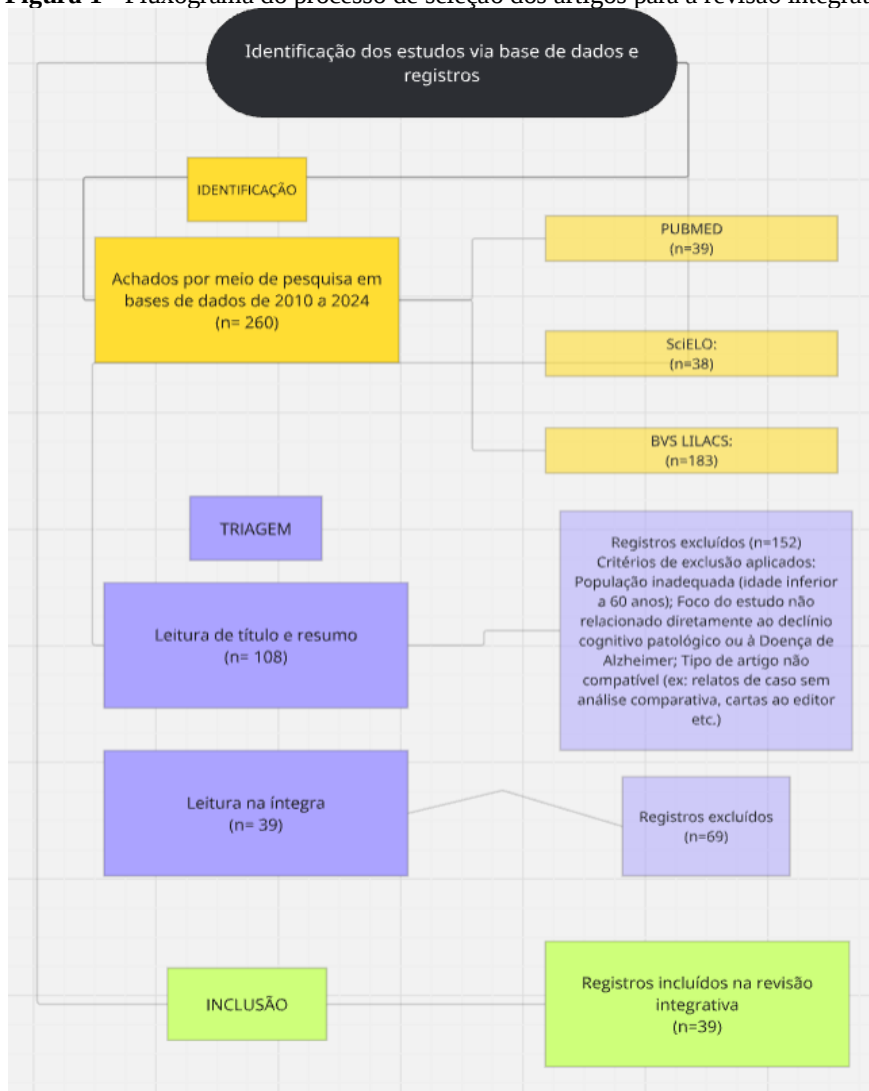
Após a coleta inicial, procedeu-se à extração padronizada dos dados, à análise qualitativa do conteúdo e à organização dos resultados de acordo com os objetivos da pesquisa. O processo de seleção foi representado por um fluxograma, elaborado conforme o modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA, 2020) (Page *et al.*, 2022), adaptado ao formato de revisão integrativa, garantindo transparência e rigor metodológico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na base PubMed, foram identificados 39 artigos; após a leitura de títulos e resumos, 10 foram selecionados, e 4 permaneceram após leitura integral. Na SciELO, 38 artigos foram

encontrados, 9 selecionados na triagem e 5 incluídos. Já na BVS-LILACS, foram identificados 183 artigos, dos quais 80 passaram pela triagem inicial e 30 foram mantidos após leitura completa. No total, 39 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a base analítica desta revisão integrativa (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos para a revisão integrativa.



Fonte: Autoral (2025).

Como supracitado, foram selecionados 39 artigos para compor a amostra desta revisão integrativa. As evidências encontradas apontam que o declínio cognitivo associado ao envelhecimento fisiológico se caracteriza predominantemente por alterações leves em funções como memória episódica, velocidade de processamento e atenção dividida, sem comprometimento significativo das atividades de vida diária (Gonzalez; Tolentino; Mendes, 2013; Guedes; Barbosa; Magalhães, 2013). No entanto, os estudos convergem ao indicar que, na DA, essas alterações assumem um padrão progressivo, irreversível e funcionalmente

incapacitante, afetando não apenas a memória recente, mas também a linguagem, a orientação espacial, as funções executivas e, em estágios mais avançados, as funções motoras e comportamentais (McKhann *et al.*, 2011; Dubois *et al.*, 2021).

Observa-se que a maioria dos estudos apresenta delineamento observacional, de natureza transversal ou longitudinal, com amostras compostas, em sua maior parte, por indivíduos com 60 anos ou mais, diagnosticados com Alzheimer ou em estágio de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) (Petersen *et al.*, 1999; Menezes; Andrade-Valença; Valença, 2013). Em relação aos fatores de risco, os artigos indicam evidências consolidadas na literatura, como a associação entre idade avançada, baixa escolaridade, sexo feminino, histórico familiar e presença de comorbidades, como hipertensão, diabetes e depressão, que aumentam a probabilidade de evolução do declínio cognitivo normal para o patológico (Vasconcelos; Campos, 2016).

Outro aspecto recorrente nos estudos refere-se aos desafios no diagnóstico diferencial entre o declínio cognitivo esperado no envelhecimento e o início de quadros patológicos. Os dados reforçam a importância de avaliações neuropsicológicas sensíveis, capazes de identificar, já nas fases iniciais, marcadores de conversão, especialmente nas áreas da memória operacional, linguagem e funções executivas, domínios frequentemente comprometidos de forma precoce na DA. Além dos aspectos clínicos, os estudos evidenciam os impactos psicossociais associados ao avanço da doença, com destaque para a sobrecarga emocional e física dos cuidadores, agravada pela progressão dos déficits cognitivos e funcionais dos pacientes (Rasmussen *et al.*, 2012; Wajman; Bertolucci, 2013).

Ademais, parte dos artigos, embora não se dedique exclusivamente à diferenciação formal entre o declínio cognitivo normal e o patológico, oferece contribuições relevantes para essa compreensão, ao descrever marcadores clínicos, epidemiológicos e psicossociais associados à progressão da DA (Alves; Jung; Muller, 2022; Sobral; Paúl, 2013). Diante desses achados, torna-se evidente que o reconhecimento precoce das manifestações cognitivas patológicas, aliado à análise dos fatores de risco e das repercussões psicossociais, é essencial para orientar intervenções, aprimorar o manejo clínico e contribuir para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos e de seus cuidadores (Cachioni; Yassuda, 2010; Forgerini; Mastroianni, 2020).

Os resultados desta revisão reafirmam a diferença fundamental entre o declínio cognitivo esperado no envelhecimento normal e aquele que caracteriza os quadros patológicos, particularmente a DA (Jack *et al.*, 2018; Petersen *et al.*, 2018). Enquanto o envelhecimento típico envolve alterações leves e graduais em domínios como a velocidade de processamento, a atenção e a memória episódica, sem comprometer significativamente a funcionalidade do indivíduo, o declínio patológico apresenta um curso altamente progressivo e incapacitante, com

impacto direto na qualidade de vida e na capacidade de autogerenciamento (Dubois *et al.*, 2021; Reisberg *et al.*, 2007).

Um dos aspectos mais sensíveis e criticamente apontados nos estudos refere-se à dificuldade no diagnóstico diferencial entre essas duas trajetórias cognitivas, dada a sobreposição de sinais iniciais, como queixas subjetivas de memória, esquecimentos específicos e lapsos atencionais, que frequentemente geram erros de diagnóstico e atrasos na intervenção (McKhann *et al.*, 2011; Dubois *et al.*, 2014). Tal cenário evidencia lacunas nos sistemas de saúde, marcadas pela insuficiência de instrumentos clínicos sensíveis capazes de captar as nuances das manifestações iniciais do declínio patológico (Menezes; Andrade-Valença; Valença, 2019; Guedes; Barbosa; Magalhães, 2019). Torna-se necessário, portanto, o aprimoramento do uso de avaliações neuropsicológicas e exames complementares que possibilitem a detecção precoce dos marcadores de conversão para a DA (Rasmussen *et al.*, 2012; Frisoni *et al.*, 2010).

No que se refere ao funcionamento cerebral, observam-se diferenças neurofisiológicas substanciais entre o envelhecimento típico e a DA, que se estendem desde o nível celular até alterações estruturais e funcionais (Holtzman; Mandelkow; Selkoe, 2012; Masters *et al.*, 2015). Enquanto o envelhecimento fisiológico está associado a modificações discretas, como leve redução do volume cerebral e da plasticidade sináptica, a DA caracteriza-se por um processo neurodegenerativo irreversível, com acúmulo de placas beta-amiloides e emaranhados neurofibrilares de proteína tau hiperfosforilada (Dubois *et al.*, 2021; Jack *et al.*, 2018). Tais alterações comprometem a comunicação neuronal, geram disfunção sináptica e promovem inflamação neuroglial e morte celular, diferenciando a patologia do envelhecimento saudável (Sattelle & Hawkes, 2005; Lowe *et al.*, 2010).

A degeneração inicia-se, predominantemente, em estruturas do sistema límbico, como o hipocampo e o córtex entorrinal, essenciais para a consolidação da memória episódica (Jack *et al.*, 2018; Dubois *et al.*, 2014). Essa característica explica por que os primeiros sintomas clínicos se manifestam como esquecimentos recorrentes e dificuldade de retenção de novas informações, sendo frequentemente percebidos pelos familiares, que desempenham papel relevante no rastreamento inicial (Zimmerman; Brodaty & Donkin, 2003; Brodaty & Donkin, 2009). Com a progressão da doença, há comprometimento do córtex parietal, temporal e frontal, acarretando prejuízos nas funções executivas, na linguagem e na percepção visual-espacial, reforçando a necessidade de avaliações multidimensionais que permitam acompanhar a evolução funcional do paciente (Frisoni *et al.*, 2010; Petersen *et al.*, 2018).

Os biomarcadores e as técnicas de neuroimagem mostram-se ferramentas fundamentais

para o diagnóstico diferencial precoce, uma vez que alterações estruturais no hipocampo e hipometabolismo nas regiões têmporo-parietais constituem marcadores consistentes de DA, ausentes no envelhecimento fisiológico (Jack *et al.*, 2018; Dubois *et al.*, 2021). Testes cognitivos tradicionais identificam déficits globais, porém instrumentos específicos, como baterias breves e protocolos adaptados, apresentam maior precisão para diferenciar o comprometimento cognitivo leve de quadros demenciais já estabelecidos (Menezes; Andrade-Valença; Valença, 2019; Wajman & Bertolucci, 2021; Morris, 1997).

Sob o ponto de vista clínico, os fatores de risco associados à progressão do declínio cognitivo são amplamente reconhecidos. Elementos como baixa escolaridade, sexo feminino, histórico familiar e presença de comorbidades, como hipertensão e diabetes, estão entre os principais determinantes de vulnerabilidade (Ng *et al.*, 2014; Vasconcelos & Campos, 2016). Registros de mortalidade demonstram um aumento expressivo de óbitos relacionados à DA, reflexo do envelhecimento populacional e da subnotificação diagnóstica, o que reforça a importância do diagnóstico precoce e da articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (Reisberg *et al.*, 2007; Finger *et al.*, 2014; Holtzman; Mandelkow; Selkoe, 2012; Masters *et al.*, 2015).

O diagnóstico diferencial precoce demanda uma abordagem clínica minuciosa, considerando tanto a dimensão neurofisiológica quanto às particularidades psicossociais. A análise das manifestações iniciais, aliada à investigação de marcadores biológicos e à anamnese detalhada, permite distinguir de forma mais segura o envelhecimento fisiológico das demências em estágio inicial (Jack *et al.*, 2018; Dubois *et al.*, 2021). Essa estratégia contribui para a construção de planos terapêuticos mais precoces e efetivos, reduzindo os impactos funcionais e emocionais sobre os pacientes e seus cuidadores.

A sobreposição de sintomas iniciais, como lapsos de memória, desorientação e lentificação cognitiva, constitui um dos maiores desafios para o diagnóstico clínico (Menezes; Andrade-Valença; Valença, 2013; Dubois *et al.*, 2014). Essas manifestações podem ser confundidas com sinais esperados do envelhecimento, atrasando intervenções e potencializando o sofrimento do paciente e da família (Dubois *et al.*, 2021; McKhann *et al.*, 2011). O investimento em protocolos de triagem cognitiva mais refinados e em capacitação de profissionais da atenção básica é uma estratégia necessária para aprimorar a detecção e o acompanhamento de casos suspeitos (Petersen *et al.*, 2018; Frisoni *et al.*, 2010).

Do ponto de vista neurofisiológico, o envelhecimento típico associa-se a mudanças sutis que não comprometem a autonomia, como leve redução do volume cerebral e declínio moderado na plasticidade sináptica (Jack *et al.*, 2018; Petersen *et al.*, 2018). Já na DA, o

processo é marcado por neurodegeneração irreversível, acúmulo extracelular de beta-amiloide e formação de emaranhados neurofibrilares de proteína tau hiperfosforilada, que comprometem a comunicação neuronal e podem culminar em perda sináptica e morte celular (Dubois *et al.*, 2021; Jack *et al.*, 2018).

A degeneração cerebral ocorre inicialmente no hipocampo e no córtex entorrinal, regiões responsáveis pela memória episódica e pela integração de novas informações (Jack *et al.*, 2018; Dubois *et al.*, 2014). Essa progressão explica a ocorrência de esquecimentos e a dificuldade de retenção de novos conteúdos, seguidas do envolvimento de áreas parietais, temporais e frontais, que acarretam déficits em funções executivas, linguagem e percepção visual-espacial (Frisoni *et al.*, 2010; Petersen *et al.*, 2018). As técnicas de neuroimagem estrutural e funcional, como ressonância magnética e tomografia por emissão de pósitrons (PET), demonstram atrofia hipocampal e hipometabolismo em regiões têmporo-parietais, ausentes no envelhecimento fisiológico (Jack *et al.*, 2018).

A utilização de biomarcadores tem se mostrado relevante para o diagnóstico precoce, com destaque para as alterações estruturais detectadas por exames de neuroimagem. Enquanto o envelhecimento saudável tende a apresentar mecanismos compensatórios, que ativam outras áreas cerebrais para manutenção do desempenho cognitivo, na DA há falência dessas estratégias compensatórias devido à agressividade do processo neurodegenerativo (Dubois *et al.*, 2021). Essa diferença explica, em parte, o rápido declínio funcional observado nos estágios iniciais da doença, mesmo em indivíduos com histórico de reserva cognitiva.

Do ponto de vista psicológico, essas distinções revelam implicações profundas. O envelhecimento fisiológico pode ser acompanhado por estratégias de estimulação cognitiva, psicoeducação e promoção da saúde mental, enquanto a DA exige uma abordagem psicossocial ampliada, considerando as perdas cognitivas, emocionais e relacionais (Cachioni; Yassuda, 2010; Santos *et al.*, 2020). A diferenciação precoce entre o declínio típico e o patológico permite intervenções que retardam a progressão da doença e melhoram o bem-estar dos envolvidos.

Os impactos psicossociais da DA são amplos e afetam não apenas os pacientes, mas também suas famílias. A sobrecarga emocional, física e financeira dos cuidadores, em sua maioria mulheres, é uma constante e está diretamente associada ao desgaste provocado pela convivência com o adoecimento progressivo de um ente querido (Brodaty & Donkin, 2009; Santos *et al.*, 2020; Flesch *et al.*, 2019). Esse fenômeno reforça a necessidade de reconhecer os cuidadores como parte integrante do processo terapêutico e de incorporar suporte psicológico e social às políticas de saúde voltadas à demência (Cachioni; Yassuda, 2010).

A dimensão social da DA atinge a estrutura dos sistemas de saúde. A expectativa de vida

crescente, aliada à prevalência de demências, pressiona redes de atenção básica e especializada, exigindo protocolos contínuos e suporte à família (Vasconcelos & Campos, 2016; Reisberg *et al.*, 2007). Dessa forma, medidas preventivas e intervenções baseadas em estilo de vida, como atividades cognitivas, lazer e educação continuada, estão associadas à menor progressão do declínio cognitivo e postergação da manifestação clínica da DA (Ngandu *et al.*, 2015; Sobral & Paúl, 2013; Frisoni *et al.*, 2010; Finger *et al.*, 2014; Vasconcelos & Campos, 2016).

No contexto brasileiro, observa-se a necessidade de ampliação das políticas públicas voltadas à saúde do idoso e ao enfrentamento da DA. Apesar de avanços em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, ainda existem lacunas na implementação dessas políticas, sobretudo na atenção primária, que é a principal porta de entrada do sistema (Sousa *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2021). A articulação entre os diferentes níveis de atenção e a formação continuada de profissionais são fundamentais para um cuidado efetivo e humanizado (Brodsky & Donkin, 2009; Cachioni; Yassuda, 2010).

As evidências apontam que a diferenciação entre declínio cognitivo fisiológico e patológico deve ser compreendida como prioridade em saúde pública e como uma questão ética, dada a relevância do diagnóstico precoce para a autonomia e a dignidade do idoso (Dubois *et al.*, 2021; Petersen *et al.*, 2018). A identificação oportuna dos sinais e a integração de suporte emocional e social potencializam intervenções mais eficazes, melhoram o prognóstico e promovem qualidade de vida (Jack *et al.*, 2018; Flesch *et al.*, 2019).

Por fim, compreender as distinções entre declínio cognitivo normal e patológico, especialmente na DA, implica adotar uma perspectiva ampliada e interdisciplinar, que considere o sujeito em sua totalidade biológica, psíquica e social. A intervenção deve integrar neurociência, psicologia, geriatria, serviço social e saúde pública, priorizando sempre a dignidade, a autonomia e a singularidade de cada pessoa (Vasconcelos & Campos, 2016; Reisberg *et al.*, 2007).

CONCLUSÕES

A diferenciação entre o declínio cognitivo fisiológico, associado ao envelhecimento, e o patológico, característico da Doença de Alzheimer, constitui um desafio clínico, científico e social de grande relevância diante do acelerado envelhecimento populacional. Este estudo evidenciou que o declínio cognitivo natural envolve alterações discretas e graduais como leves lapsos de memória, redução da velocidade de processamento e atenção dividida, enquanto a DA representa uma condição neurodegenerativa progressiva e incapacitante, que compromete múltiplos domínios cognitivos e impacta profundamente a autonomia, a funcionalidade e o

bem-estar do indivíduo e de sua rede de apoio.

No campo da prática clínica e da gestão em saúde, torna-se indispensável fortalecer estratégias voltadas ao diagnóstico precoce, à intervenção interdisciplinar e ao suporte psicossocial. A atuação integrada entre profissionais da atenção básica, geriatras, psicólogos e cuidadores é essencial para reconhecer sinais iniciais, retardar a progressão da doença e preservar a qualidade de vida dos pacientes. Para os gestores, os resultados reforçam a necessidade de políticas públicas que contemplem programas de rastreamento cognitivo, capacitação profissional e apoio estruturado a familiares e cuidadores, promovendo um envelhecimento mais digno e humanizado.

Apesar dos avanços, persistem lacunas significativas na literatura, especialmente quanto à distinção clínica entre o envelhecimento típico e os estágios iniciais da DA, o que contribui para diagnósticos tardios e intervenções insuficientes. Além disso, fatores sociodemográficos, como baixa escolaridade, sexo feminino, comorbidades crônicas e desigualdade no acesso a serviços especializados, influenciam tanto o risco quanto a qualidade do cuidado, particularmente em países marcados por vulnerabilidades sociais, como o Brasil.

Diante desse cenário, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas futuras com metodologias mais robustas e populações diversificadas, capazes de explorar marcadores clínicos, neurofisiológicos e psicossociais sob uma perspectiva contextual e regional. Esses estudos poderão subsidiar protocolos diagnósticos mais sensíveis e estratégias preventivas eficazes, contribuindo para a consolidação de um modelo de atenção integral ao idoso que responda de forma mais equitativa e humanizada aos desafios do envelhecimento populacional.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. A.; JUNG, M. S.; MULLER, S. D. Perfil clínico-epidemiológico-medicamentoso dos pacientes com Doença de Alzheimer em Estratégias de Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, v. 66, n. 4, p. 937–941, 2022.

ARAÚJO, E. L.; LACERDA, S. S. Psychosocial factors affected by burden in family caregivers of people with Alzheimer's disease. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 18, p. e20230115, 2024.

BAGYINSZKY, E.; et al. The genetics of Alzheimer's disease. **Clinical Interventions in Aging**, v. 9, p. 535–551, 2014.

BRODATY, H.; DONKIN, M. Family caregivers of people with dementia. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 11, n. 2, p. 217–228, 2009.

CACHIONI, M.; YASSUDA, M. S. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: benefícios cognitivos e emocionais. **Psicologia: Reflexão e**

Crítica, v. 23, n. 2, p. 347–352, 2010.

DUBOIS, B. et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. **The Lancet Neurology**, v. 13, n. 6, p. 614–629, 2014.

DUBOIS, B. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: recommendations of the International Working Group. **The Lancet Neurology**, v. 20, n. 6, p. 484–496, 2021.

FLESCH, L. D.; et al. Factors associated with the quality of life of elderly caregivers of other elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, 2019.

FORGERINI, M.; MASTROIANNI, P. C. Monitoramento do cumprimento do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Alzheimer. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 14, p. 24–27, 2020.

FRISONI, Giovanni B. et al. The clinical use of structural MRI in Alzheimer disease. **Nature Reviews Neurology**, v. 6, n. 2, p. 67–77, 2010.

GUEDES, D. V.; BARBOSA, A. J. G.; MAGALHÃES, N. C.. Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrelatos. **Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 1, p. 9–17, 2013.

JACK JR, Clifford R. et al. NIA-AA research framework: toward a biological definition of Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia**, v. 14, n. 4, p. 535–562, 2018.

KIVIPELTO, M.; MANGIALASCHE, F.; NGANDU, T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. **Nature Reviews Neurology**, v. 14, n. 11, p. 653–666, 2018.

LAZARUS, R. Stress, appraisal, and coping. **New York: Springer**, 1984.

MACKHANN, Guy M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia**, v. 7, n. 3, p. 263–269, 2011.

MASTERS, Colin L. et al. Alzheimer's disease. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 1, n. 1, p. 1–18, 2015.

MATTSON, M. P. Pathways towards and away from Alzheimer's disease. **Nature**, v. 430, n. 7000, p. 631–639, 2004.

MARYAM, Raden Siti et al. Common symptoms of Alzheimer's dementia that are easily recognizable by families. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 15, n. 2, p. 186–191, 2021.

MENEZES, T. L.; ANDRADE-VALENÇA, L. P. A.; VALENÇA, M. M. Magnetic resonance imaging study cannot individually distinguish individuals with mild cognitive impairment, mild Alzheimer's disease, and normal aging. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 71, n. 4, p. 207–212, 2013.

MORRIS, John C. Clinical dementia rating: a reliable and valid diagnostic and staging measure for dementia of the Alzheimer type. **International Psychogeriatrics**, v. 9, p. 173–176, 1997.

MORRIS, J. C. et al. Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. **Neurology**, v. 39, n. 9, p. 1159–1165, 1989.

NGANDU, Tiia et al. A 2-year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER). **The Lancet**, v. 385, n. 9984, p. 2255–2263, 2015.

PASCHALIDIS, Mayara et al. Tendência de mortalidade por doença de Alzheimer no Brasil, 2000 a 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, p. e2022886, 2023.

PETERSEN, Ronald C. et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. **Archives of Neurology**, v. 56, n. 3, p. 303–308, 1999.

PETERSEN, Ronald C. et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. **Neurology**, v. 90, n. 3, p. 126, 2018.

REISBERG, Barry et al.. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. **American Journal of Psychiatry**, v. 139, n. 9, p. 1136–1139, 1982.

RIZZI, L.; ROSSET, I.; RORIZ-CRUZ, M. Global epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. **BioMed Research International**, Article ID 908915, 2014.

SANTOS, J. G. et al. Conhecimentos e sobrecarga do familiar cuidador frente ao paciente com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 3, e200231, 2020.

SATLER, C.; TOMAZ, C. Cognitive anosognosia and behavioral changes in probable Alzheimer's disease patients. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 7, n. 2, p. 197–205, 2013.

SELKOE, D. J.; MANDELKOW, E.; HOLTZMAN, D. M. Deciphering Alzheimer disease. **Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine**, v. 2, n. 1, a011460, 2012.

SERRANO-POZO, A.; et al. Neuropathological alterations in Alzheimer disease. **Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine**, v. 1, art. a006189, 2011.

SOBRAL, M.; PAÚL, C.. Education, leisure activities and cognitive and functional ability of Alzheimer's disease patients: A follow-up study. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 7, n. 2, p. 181–189, 2013.

SPRINGATE, B. A.; TREMONT, G. Dimensions of caregiver burden in dementia: impact of demographic, mood, and care-recipient variables. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 294–300, 2014.

VASCONCELOS, E. M.; CAMPOS, E. F. Fatores de risco e prevenção da doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 52, n. 2, p. 102–110, 2016.

WAJMAN, J. R.; BERTOLUCCI, P. H. F. Brief cognitive assessment of Alzheimer's disease in advanced stages: proposal for a Brazilian version of the Short Battery for Severe Impairment (SIB-8). **Dementia & Neuropsychologia**, v. 7, n. 2, p. 164–170, 2013.

ZIMMERMAN, S. et al. Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. **The Gerontologist**, v. 45, Suppl. 1, p. 133–146, 2005. DOI: 10.1093/geront/45.suppl_1.133.

MENEZES, T. L.; ANDRADE-VALENÇA, L. P. A.; VALENÇA, M. M. Magnetic resonance imaging study cannot individually distinguish individuals with mild cognitive impairment, mild Alzheimer's disease, and normal aging. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 71, n. 4, p. 207–212, 2013.

NG, T. P. et al. Epidemiology of Alzheimer's disease: Global perspective. **Journal of Alzheimer's Disease**, v. 40, n. 2, p. 213–221, 2014.

MCKHANN, Guy M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia**, v. 7, n. 3, p. 263–269, 2011.

Submetido em: 15/06/2026

Aceito em: 31/07/2026

Publicado em: 31/08/2026

Avaliado pelo sistema *double blind review*