LUMEN ET VIRTUS
ISSN: 2177-2789

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DOENÇA DE ALZHEIMER NO NORDESTE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE DAS DESIGUALDADES ESTRUTURAIS EM SAÚDE

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND ALZHEIMER'S DISEASE IN NORTHEASTERN BRAZIL: AN ANALYSIS OF STRUCTURAL HEALTH INEQUALITIES

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL NORDESTE DE BRASIL: UN ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES ESTRUCTURALES EN SALUD

https://doi.org/10.56238/levv17n58-083

Data de submissão: 01/03/2026 **Data de publicação:** 31/03/2026

Maria Laura Magalhães Monte Salustiano
Graduada em Enfermagem
Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)
Endereço: Alagoas, Brasil
E-mail: marialauraa.mms@gmail.com
Lattes: https://lattes.cnpq.br/4652610903275747
Orcid: https://orcid.org/0009-0009-5136-4588

Maria Giulia Castro Santos
Graduanda em Educação Física
Instituição: Universidade Federal do Pernambuco (UFPE)
Endereço: Pernambuco, Brasil
E-mail: giulia.castro@ufpe.br
Lattes: https://lattes.cnpq.br/4512097505572758

Ismael Rodrigues da Silva
Graduando em Farmácia
Instituição: Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI)
Endereço: Santa Catarina, Brasil
E-mail: ismaelrodriguesir4@gmail.com
Lattes: https://lattes.cnpq.br/0185422798669960
Orcid: https://orcid.org/0009-0007-8806-6643

Juarez Coimbra Ormonde Junior
Doutor em Enfermagem
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Endereço: Mato Grosso, Brasil
E-mail: juarezormondejr@gmail.com
Lattes: https://lattes.cnpq.br/2530045048593183
Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8032-5419

Ivani Ramos do Carmo
Mestre em Ensino da Ciência
Instituição: Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL)
Endereço: São Paulo, Brasil
E-mail: livcampos5@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1835502130957438
Orcid: https://orcid.org/0009-0005-2836-7597

Maria Thereza Santos Bandeira Salgado
Graduanda em Medicina
Instituição: Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMESE)
Endereço: Paraíba, Brasil
E-mail: mariatherezabandeira13@gmaillcom
Lattes: https://lattes.cnpq.br/0278722634637658
Orcid: https://orcid.org/0009-0001-6559-567X

Leandro de Freitas Peixoto
Graduando em Medicina
Instituição: Centro Universitário de Caratinga (UNEC)
Endereço: Minas Gerais, Brasil
E-mail: Leandro.freitas.ist@gmail.com
Lattes: https://lattes.cnpq.br/8276352664952124
Orcid: https://orcid.org/0009-0003-9493-820X

Ana Gabriela Brandão Silva
Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade Evangélica de Goiás (UNIEVANGÉLICA)
Endereço: Goiás, Brasil
E-mail: brandaoanagabriela@gmail.com
Lattes: https://lattes.cnpq.br/8841101095577295
Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4303-6268

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA) configura-se como importante problema de saúde pública, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais. Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre os determinantes sociais da saúde e a Doença de Alzheimer na Região Nordeste do Brasil, evidenciando como fatores socioeconômicos, territoriais e institucionais influenciam o acesso ao diagnóstico, tratamento e cuidado no período de 2020 a 2025. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, realizada a partir de buscas em bases de dados nacionais e internacionais, bem como em documentos normativos e legislações vigentes. Foram considerados estudos publicados entre 2020 e 2025 que abordassem a interface entre Alzheimer, desigualdades em saúde e organização do Sistema Único de Saúde. Os resultados indicam que a pobreza, a baixa escolaridade, a vulnerabilidade territorial, a desigual distribuição de serviços especializados e a fragilidade na articulação das redes de atenção configuram determinantes relevantes para o curso da doença no Nordeste. Observou-se que tais fatores contribuem para o diagnóstico tardio, descontinuidade terapêutica e sobrecarga familiar, especialmente entre mulheres cuidadoras. Embora o Brasil disponha de políticas públicas e protocolos clínicos específicos para o manejo das demências, persistem barreiras estruturais que limitam a efetivação do cuidado integral e equitativo. Conclui-se que a Doença de Alzheimer, no contexto nordestino, deve ser compreendida como fenômeno multifatorial, cuja expressão epidemiológica e social está intrinsecamente relacionada às iniquidades

em saúde. O enfrentamento desse cenário exige fortalecimento da Atenção Primária, integração das redes assistenciais e adoção de estratégias intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais.

Palavras-chave: Alzheimer. Desigualdades em Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Nordeste Brasileiro. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Alzheimer's Disease (AD) is a significant public health problem, especially in contexts marked by structural inequalities. This study aimed to analyze the relationship between the social determinants of health and Alzheimer's Disease in the Northeast Region of Brazil, highlighting how socioeconomic, territorial, and institutional factors influence access to diagnosis, treatment, and care between 2020 and 2025. This is a narrative literature review, with a qualitative approach, conducted through searches in national and international databases, as well as in normative documents and current legislation. Studies published between 2020 and 2025 that addressed the interface between Alzheimer's, health inequalities, and the organization of the Unified Health System (SUS) were considered. The results indicate that poverty, low education levels, territorial vulnerability, unequal distribution of specialized services, and weak articulation of care networks are relevant determinants for the course of the disease in the Northeast. It was observed that these factors contribute to late diagnosis, therapeutic discontinuation, and family burden, especially among female caregivers. Although Brazil has specific public policies and clinical protocols for the management of dementia, structural barriers persist that limit the effectiveness of comprehensive and equitable care. It is concluded that Alzheimer's Disease, in the Northeastern context, should be understood as a multifactorial phenomenon, whose epidemiological and social expression is intrinsically related to health inequities. Addressing this scenario requires strengthening Primary Care, integrating care networks, and adopting intersectoral strategies aimed at reducing social inequalities.

Keywords: Alzheimer's. Health Inequalities. Social Determinants of Health. Brazilian Northeast. Unified Health System.

RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer (EA) constituye un importante problema de salud pública, especialmente en contextos marcados por desigualdades estructurales. Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la enfermedad de Alzheimer en la Región Noreste de Brasil, destacando cómo los factores socioeconómicos, territoriales e institucionales influyen en el acceso al diagnóstico, tratamiento y atención entre 2020 y 2025. Se trata de una revisión narrativa de la literatura, con un enfoque cualitativo, realizada mediante búsquedas en bases de datos nacionales e internacionales, así como en documentos normativos y legislación vigente. Se consideraron estudios publicados entre 2020 y 2025 que abordaran la interrelación entre la enfermedad de Alzheimer, las desigualdades en salud y la organización del Sistema Único de Salud (SUS). Los resultados indican que la pobreza, los bajos niveles educativos, la vulnerabilidad territorial, la distribución desigual de los servicios especializados y la débil articulación de las redes de atención son determinantes relevantes para la evolución de la enfermedad en el Noreste. Se observó que estos factores contribuyen al diagnóstico tardío, la interrupción del tratamiento y la carga familiar, especialmente entre las cuidadoras. Aunque Brasil cuenta con políticas públicas y protocolos clínicos específicos para el manejo de la demencia, persisten barreras estructurales que limitan la efectividad de una atención integral y equitativa. Se concluye que la enfermedad de Alzheimer, en el contexto del noreste brasileño, debe entenderse como un fenómeno multifactorial, cuya expresión epidemiológica y social está intrínsecamente ligada a las inequidades en salud. Abordar este escenario requiere fortalecer la atención primaria, integrar las redes de atención y adoptar estrategias intersectoriales dirigidas a reducir las inequidades sociales.

Palabras clave: Alzheimer. Inequidades en Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Noreste Brasileño. Sistema Único de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) configura-se como um dos principais desafios contemporâneos em saúde pública, sobretudo em contextos marcados por profundas desigualdades sociais e estruturais. Trata-se de uma enfermidade neurodegenerativa progressiva, caracterizada por declínio cognitivo, alterações comportamentais e comprometimento funcional, impactando não apenas o indivíduo, mas todo o núcleo familiar e a rede de cuidados (Peixoto; Brandão, 2025; Lopes; Figueiredo Júnior, 2024). No Brasil, o envelhecimento populacional acelerado, associado às iniquidades regionais, tem ampliado a magnitude da doença, especialmente em territórios historicamente vulnerabilizados, como a Região Nordeste.

A análise da mortalidade por doenças do sistema nervoso na Região Nordeste evidencia crescimento expressivo nas últimas décadas, revelando tanto o aumento da incidência quanto fragilidades no diagnóstico e no acesso ao tratamento especializado (Andrade *et al.,* 2025). Em âmbito nacional, estudo epidemiológico demonstra tendência ascendente da mortalidade por Alzheimer entre 2010 e 2019, com diferenças regionais relevantes (Matos *et al*., 2021). Esses achados reforçam a necessidade de compreender a doença para além da dimensão biomédica, incorporando os determinantes sociais da saúde como categoria analítica central.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, define que:

> As iniquidades em saúde são produto das condições sociais em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o funcionamento do sistema de saúde. Essas condições são moldadas pela distribuição desigual de poder, renda, bens e serviços.

Tal perspectiva é corroborada pela Organização Mundial da Saúde, que, na Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, afirma que:

> A redução das iniquidades em saúde exige ação intersetorial coordenada, com foco na melhoria das condições de vida, no enfrentamento da pobreza e na promoção da equidade social.

No Nordeste brasileiro, as desigualdades estruturais expressas em baixos indicadores de renda, escolaridade, infraestrutura sanitária e acesso a serviços especializados produzem impactos diretos e indiretos sobre o curso da Doença de Alzheimer. A pobreza, conforme discutem Pessoa, Guilherme e Antunes (2024), compromete o acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento farmacológico e às políticas de proteção social, aprofundando vulnerabilidades e ampliando o sofrimento das famílias cuidadoras.

Além disso, as desigualdades regionais no desempenho do sistema de saúde influenciam a capacidade de resposta às demandas da população idosa com demência. Matias (2024) evidencia

disparidades significativas na oferta de serviços especializados entre regiões brasileiras, destacando que o Nordeste apresenta desafios persistentes na consolidação de redes integradas de cuidado. Santos *et al*. (2025) reforçam que barreiras estruturais, como subfinanciamento, escassez de profissionais capacitados e dificuldades de regulação assistencial, comprometem o acesso equânime ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), considerada porta de entrada do sistema, a prevalência de demência na rede básica demanda qualificação profissional e protocolos específicos (Silva *et al*., 2025). Os Cadernos de Atenção Básica orientam que o cuidado à pessoa com doença crônica deve ser longitudinal, centrado na família e articulado em rede (Brasil, 2014). Contudo, a realidade nordestina frequentemente revela lacunas na detecção precoce e no acompanhamento contínuo de pacientes com comprometimento cognitivo.

O Lei nº 14.878 representa avanço normativo ao instituir a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências, estabelecendo diretrizes para diagnóstico precoce, cuidado multiprofissional e apoio aos cuidadores (Brasil, 2024). Entretanto, a efetividade dessa política depende da superação de entraves históricos relacionados à desigual distribuição de recursos e à fragilidade das redes de atenção. Nesse contexto, a Portaria nº 3.088, ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial, já sinalizava a importância da articulação entre níveis assistenciais (Brasil, 2011), embora sua implementação seja heterogênea entre os estados nordestinos.

Do ponto de vista clínico e terapêutico, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer estabelece critérios diagnósticos e orientações para o tratamento medicamentoso no SUS (Brasil, 2017; atualizado em 2022). Mendes (2024) destaca que, embora exista previsão de fornecimento de medicamentos, persistem dificuldades logísticas e burocráticas que limitam o acesso regular, sobretudo em municípios de pequeno porte. Assim, o direito constitucional à saúde revela-se tensionado pelas desigualdades territoriais.

A dimensão social da doença também envolve marcadores como gênero, escolaridade e inserção socioeconômica. Souza, Monteiro e Gonçalves (2022) discutem como as diferenças de gênero atravessam tanto a incidência quanto o cuidado, uma vez que mulheres são majoritariamente acometidas e também assumem o papel de cuidadoras. Franklin *et al.* (2024), ao analisarem o Alzheimer precoce, evidenciam impactos sociais intensos, incluindo afastamento laboral e estigmatização. Sobre esse aspecto, os autores afirmam:

> O diagnóstico precoce da Doença de Alzheimer em indivíduos em idade produtiva desencadeia rupturas significativas na dinâmica familiar, com repercussões econômicas e psicossociais que extrapolam o campo estritamente clínico.

A produção audiovisual e acadêmica também tem problematizado a experiência da doença em contextos periféricos. Gomes (2022), ao analisar o documentário “Alzheimer na periferia”, evidencia

que o cuidado, nesses territórios, é frequentemente sustentado por redes informais e pela solidariedade comunitária, diante da insuficiência estatal. Tal realidade explicita como os determinantes sociais moldam a trajetória da doença, desde o reconhecimento dos sintomas até o cuidado em estágios avançados.

Portanto, compreender a Doença de Alzheimer no Nordeste brasileiro implica reconhecer que sua expressão epidemiológica e seus desfechos não são neutros, mas atravessados por desigualdades históricas, econômicas e institucionais. A articulação entre políticas públicas, organização das redes de atenção e enfrentamento das iniquidades sociais constitui elemento central para a promoção da equidade em saúde. Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre os determinantes sociais da saúde e a Doença de Alzheimer na Região Nordeste do Brasil, evidenciando como as desigualdades estruturais influenciam o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e às políticas de cuidado, bem como seus impactos sobre indivíduos, famílias e o sistema de saúde.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, cujo objetivo foi compreender a relação entre os determinantes sociais da saúde e a Doença de Alzheimer na Região Nordeste do Brasil, com ênfase nas desigualdades estruturais e seus impactos no acesso ao diagnóstico, tratamento e cuidado. A escolha pela revisão narrativa fundamenta-se na possibilidade de integrar diferentes perspectivas teóricas, epidemiológicas, sociais e normativas, permitindo uma análise interpretativa e contextualizada da produção científica recente sobre a temática.

A investigação foi orientada pela seguinte pergunta norteadora: Como os determinantes sociais da saúde influenciam o acesso ao diagnóstico, tratamento e cuidado das pessoas com Doença de Alzheimer na Região Nordeste do Brasil no período de 2020 a 2025? Tal questionamento direcionou a busca, seleção e análise das evidências, assegurando coerência entre os objetivos propostos e o percurso metodológico adotado.

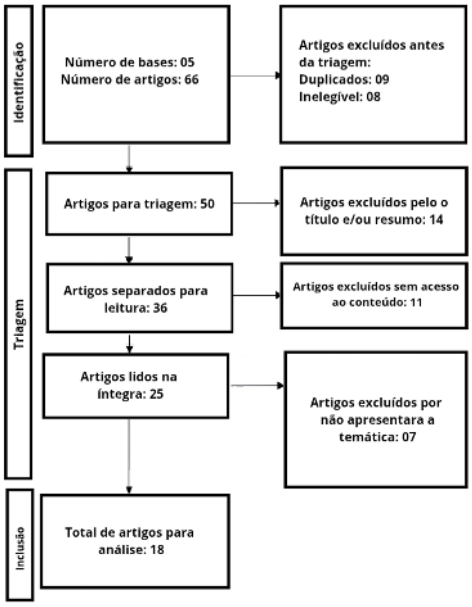
A busca bibliográfica foi realizada contemplando publicações produzidas no período de 2020 a 2025, com o intuito de garantir atualização científica e alinhamento com os debates contemporâneos acerca do envelhecimento populacional, das demências e das desigualdades em saúde. Foram consultadas as seguintes bases de dados e fontes eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed/MEDLINE, Google Acadêmico e Portal de Periódicos da CAPES. Também foram incluídos documentos oficiais, protocolos clínicos, portarias e legislações federais relacionadas à política de cuidado às demências e à organização do Sistema Único de Saúde.

Os descritores utilizados foram selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), combinados por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”. Empregaram-se os seguintes termos: “Doença de Alzheimer”, “Demência”, “Determinantes Sociais da Saúde”, “Desigualdades em Saúde”, “Iniquidade em Saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde”, “Região Nordeste” e “Vulnerabilidade Social”. As estratégias de busca foram estruturadas de forma combinada, como, por exemplo: (“Doença de Alzheimer” OR “Demência”) AND (“Determinantes Sociais da Saúde” OR “Desigualdades em Saúde”) AND (“Nordeste” OR “Brasil”).

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos científicos publicados entre 2020 e 2025; estudos realizados no Brasil ou que abordassem a realidade brasileira; pesquisas que discutissem determinantes sociais, desigualdades estruturais, acesso aos serviços de saúde ou políticas públicas relacionadas à Doença de Alzheimer; publicações nos idiomas português, inglês ou espanhol; e documentos oficiais pertinentes ao tema. Como critérios de exclusão, consideraram-se: estudos publicados antes de 2020; produções duplicadas nas bases consultadas; resumos simples sem disponibilidade do texto completo; estudos estritamente laboratoriais ou experimentais sem interface com aspectos sociais; e trabalhos que não dialogassem com a temática dos determinantes sociais ou com a realidade brasileira.

O processo de seleção ocorreu em etapas sequenciais. Inicialmente, realizou-se a identificação dos estudos nas bases de dados previamente definidas. Em seguida, procedeu-se à exclusão de duplicatas. Posteriormente, foi realizada a triagem por meio da leitura dos títulos e resumos, a fim de verificar a pertinência temática. Os estudos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura na íntegra, etapa na qual se aplicaram rigorosamente os critérios de inclusão e exclusão. Ao final, constituiu-se o corpus da revisão narrativa, composto pelas produções consideradas relevantes para responder à pergunta norteadora.

Figura 1 - Fluxograma para seleção seleção dos estudo



Fonte: Autoria própria (2026)

Os estudos selecionados foram organizados em instrumento próprio contendo informações sobre autoria, ano de publicação, objetivos, delineamento metodológico, principais resultados e contribuições para a compreensão da interface entre Doença de Alzheimer e determinantes sociais da saúde. A análise foi conduzida de forma interpretativa e temática, buscando identificar categorias recorrentes, tais como: desigualdades regionais, barreiras de acesso ao diagnóstico, fragilidades na Atenção Primária à Saúde, impacto socioeconômico da doença, gênero e cuidado, e implementação de políticas públicas voltadas às demências.

A síntese dos achados foi construída de maneira argumentativa, articulando evidências empíricas recentes com documentos normativos e políticas públicas vigentes, permitindo uma leitura ampliada do fenômeno investigado. Assim, a revisão narrativa possibilitou compreender a Doença de Alzheimer não apenas como condição clínica, mas como expressão de processos sociais, econômicos e estruturais que configuram as iniquidades em saúde na Região Nordeste do Brasil.

3 RESULTADOS

A Doença de Alzheimer (DA), enquanto condição neurodegenerativa progressiva, apresenta crescimento significativo no Brasil, acompanhando o envelhecimento populacional e revelando disparidades regionais marcantes. No Nordeste, os dados de mortalidade por doenças do sistema nervoso indicam tendência ascendente, evidenciando não apenas o aumento da carga epidemiológica, mas também fragilidades estruturais no diagnóstico e no manejo clínico (Andrade et al., 2025). De forma convergente, a caracterização epidemiológica nacional demonstra incremento das taxas de mortalidade por Alzheimer na última década, com diferenças expressivas entre regiões, refletindo desigualdades socioeconômicas e assistenciais (Matos *et al.,* 2021).

A compreensão desses achados exige análise à luz dos determinantes sociais da saúde. Conforme estabelecido pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, as iniquidades decorrem das condições em que os indivíduos nascem, vivem e envelhecem, sendo moldadas por desigualdades na distribuição de renda, poder e acesso a bens e serviços (Brasil, 2008). Essa perspectiva dialoga com a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, que reconhece que a redução das desigualdades requer ação intersetorial e políticas públicas orientadas pela equidade (Organização Mundial da Saúde, 2011). No contexto nordestino, marcado por vulnerabilidades históricas, tais determinantes influenciam diretamente o acesso ao diagnóstico precoce, à continuidade do cuidado e à proteção social das pessoas com demência.

Do ponto de vista clínico-epidemiológico, a DA apresenta maior prevalência entre idosos, com impacto funcional progressivo e comprometimento da autonomia (Peixoto; Brandão, 2025; Lopes; Figueiredo Júnior, 2024). Entretanto, a prevalência de demência na Atenção Primária à Saúde (APS) aponta para a necessidade de qualificação das equipes e fortalecimento do cuidado longitudinal (Silva *et al*., 2025). Os Cadernos de Atenção Básica orientam que o manejo das doenças crônicas deve ocorrer de forma integrada e centrada na pessoa (Brasil, 2014), contudo, na prática, a implementação dessas diretrizes sofre limitações decorrentes do subfinanciamento e da desigual distribuição de recursos.

Quadro 1 – Determinantes sociais da saúde associados à Doença de Alzheimer no Nordeste brasileiro

Dimensão Analítica	**Determinantes Sociais Identificados**	**Implicações para o Curso da Doença e para o Cuidado**	**Autor/Ano**
Condições socioeconômicas	Pobreza estrutural; baixa renda familiar; inserção em trabalho informal; insegurança alimentar	Restrição ao acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento; limitação na aquisição de insumos e medicamentos; maior dependência de políticas públicas e benefícios assistenciais	Pessoa; Guilherme; Antunes,2024; Brasil, 2008
Escolaridade e capital cultural	Baixo nível de escolaridade; analfabetismo funcional; reduzida reserva cognitiva	Dificuldade na identificação precoce dos sintomas; menor adesão às orientações terapêuticas; vulnerabilidade ampliada diante da progressão da doença	Peixoto; Brandão, 2025; Lopes; Figueiredo Júnior, 2024

Acesso e utilização dos serviços de saúde	Escassez de profissionais especializados; barreiras geográficas; demora na realização de exames diagnósticos	Diagnóstico tardio; início tardio da terapêutica; agravamento funcional e maior sobrecarga familiar	Silva *et al.,* 2025; Mendes, 2024
Organização e financiamento do sistema de saúde	Desigualdade regional na oferta de serviços; subfinanciamento do SUS; fragilidade na coordenação do cuidado	Fragmentação da assistência; descontinuidade do acompanhamento longitudinal; comprometimento da integralidade do cuidado	Matias, 2024; Santos *et al*., 2025
Gênero e divisão social do cuidado	Predominância feminina no papel de cuidadora; sobrecarga física e emocional; invisibilização do trabalho informal de cuidado	Risco aumentado de adoecimento entre cuidadoras; perpetuação de desigualdades de gênero; impacto psicossocial no núcleo familiar	Souza; Monteiro; Gonçalves, 2022
Contexto territorial e vulnerabilidade social	Residência em áreas periféricas; precariedade habitacional; insuficiência de equipamentos públicos	Dependência de redes informais de apoio; limitação na efetivação de políticas públicas estruturadas	Gomes, 2022; Brasil, 2008

Fonte: Autoria própria (2026)

A análise dos estudos evidencia que fatores como baixa escolaridade, pobreza, moradia precária, dificuldade de acesso a serviços especializados e fragilidade das redes de apoio familiar configuram determinantes estruturais relevantes. Pessoa, Guilherme e Antunes (2024) discutem que a pobreza intensifica barreiras ao exercício do direito à saúde, dificultando tanto o acesso ao tratamento medicamentoso quanto aos benefícios socioassistenciais. Esse cenário é agravado quando se observa a heterogeneidade regional do desempenho do sistema de saúde brasileiro, com o Nordeste apresentando desafios persistentes na organização e oferta de serviços especializados (Matias, 2024).

No âmbito das políticas públicas, a instituição da Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências representa avanço normativo relevante (Brasil, 2024). Todavia, sua efetivação depende da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011) e da incorporação das diretrizes do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer (Brasil, 2017; atualizado em 2022). Mendes (2024) ressalta que, embora haja previsão de

oferta de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde, persistem entraves administrativos e logísticos que comprometem a regularidade do tratamento, especialmente em municípios de menor porte.

Além das dimensões estruturais e assistenciais, a discussão sobre Alzheimer no Nordeste brasileiro deve considerar marcadores sociais como gênero. Mulheres são mais frequentemente diagnosticadas com a doença e também assumem majoritariamente o papel de cuidadoras informais, o que reforça desigualdades de gênero no campo da saúde (Souza; Monteiro; Gonçalves, 2022). Esse duplo ônus — adoecimento e cuidado — evidencia a interseccionalidade entre gênero, envelhecimento e vulnerabilidade social.

O impacto social da doença também se manifesta de forma expressiva nos casos de Alzheimer precoce. Franklin *et al.* (2024) destacam que o diagnóstico em indivíduos em idade produtiva provoca rupturas econômicas e psicossociais significativas, afetando a renda familiar e ampliando a dependência de políticas públicas. No Nordeste, onde parte considerável da população está inserida em contextos de informalidade laboral, tais repercussões tendem a ser ainda mais severas.

Quadro 2 – Barreiras estruturais no acesso ao diagnóstico e ao cuidado da Doença de Alzheimer no Nordeste brasileiro

Eixo Estrutural	**Barreiras Identificadas**	**Repercussões na Assistência e na Qualidade do Cuidado**	**Autor/Ano**
Diagnóstico e rastreio	Insuficiente capacitação das equipes da Atenção Primária; falhas na regulação para consulta especializada; acesso restrito a exames complementares	Retardo na confirmação diagnóstica; pior Prognóstico clínico; comprometimento da intervenção precoce	Silva *et al*., 2025; Peixoto; Brandão, 2025
Tratamento farmacológico	Irregularidade no Fornecimento de medicamentos pelo SUS; exigências burocráticas para obtenção terapêutica	Interrupção ou descontinuidade do tratamento; progressão acelerada dos sintomas cognitivos e funcionais	Mendes, 2024; Brasil, 2017
Integração das redes de atenção	Fragilidade na articulação entre Atenção Primária, atenção especializada e Rede de Atenção Psicossocial	Fragmentação do cuidado; ausência de acompanhamento multiprofissional contínuo; redução da integralidade assistencial	Brasil, 2011; Brasil, 2014

Desigualdades regionais	Concentração de recursos humanos e tecnológicos em regiões mais desenvolvidas do país	Iniquidade no acesso a especialistas e tecnologias diagnósticas; ampliação das disparidades territoriais	Matias, 2024; Andrade *et al.,* 2025
Proteção social e direitos	Dificuldade de acesso a benefícios socioassistenciais; desconhecimento de direitos garantidos por lei	Sobrecarga financeira das famílias; aprofundamento da vulnerabilidade socioeconômica	Pessoa; Guilherme; Antunes, 2024; Brasil, 2024
Impacto socioeconômico do Alzheimer precoce	Afastamento laboral; perda de renda familiar; ausência de políticas específicas para indivíduos em idade produtiva	Instabilidade econômica; dependência ampliada do Estado e da rede familiar de apoio	Franklin *et al*., 2024; Matos *et al.,* 2021

Fonte: Autoria própria (2026)

As barreiras estruturais identificadas incluem demora no diagnóstico, escassez de especialistas, dificuldade de acesso a exames complementares, descontinuidade do fornecimento de medicamentos e fragilidade na articulação entre níveis de atenção. Santos *et al.* (2025) argumentam que as desigualdades no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde refletem determinantes sociais mais amplos, como concentração de recursos em regiões mais desenvolvidas e limitações no financiamento público. Nesse sentido, a DA revela-se não apenas um problema clínico, mas expressão de desigualdades estruturais que atravessam o sistema de saúde.

A produção cultural também evidencia tais disparidades. Gomes (2022), ao analisar narrativas sobre Alzheimer em territórios periféricos, demonstra que o cuidado é frequentemente sustentado por redes comunitárias e familiares, diante da insuficiência estatal. Tal constatação reforça a centralidade do suporte social como elemento protetivo, mas também expõe a sobrecarga imposta às famílias em contextos de vulnerabilidade.

Assim, a discussão evidencia que a Doença de Alzheimer no Nordeste brasileiro não pode ser compreendida de forma isolada da realidade socioeconômica regional. Os dados epidemiológicos (Andrade *et al.,* 2025; Matos *et al.,* 2021), as análises sobre desigualdades regionais (Matias, 2024) e os debates sobre políticas públicas (Brasil, 2024; Santos *et al*., 2025) convergem para a compreensão de que as iniquidades estruturais moldam tanto o risco de adoecimento quanto o acesso ao cuidado. A efetivação do direito à saúde, nesse contexto, exige fortalecimento da Atenção Primária, integração das redes assistenciais, ampliação do financiamento público e adoção de estratégias intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais.

4 DISCUSSÃO

A Doença de Alzheimer (DA), enquanto enfermidade neurodegenerativa progressiva e de elevada carga social, impõe desafios crescentes ao sistema de saúde brasileiro, especialmente em regiões marcadas por desigualdades estruturais históricas, como o Nordeste. A análise da literatura recente evidencia que a expansão das taxas de mortalidade por doenças do sistema nervoso nessa região não pode ser compreendida apenas pelo envelhecimento populacional, mas também pela interação entre determinantes sociais e fragilidades institucionais (Andrade *et al*., 2025). Ao caracterizarem a mortalidade por Alzheimer no Brasil, Matos *et al*. (2021) demonstram tendência ascendente entre 2010 e 2019, com diferenças regionais significativas, reforçando a hipótese de que desigualdades territoriais influenciam o risco de adoecimento e os desfechos clínicos.

Sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, Brasil (2008) sustenta que as iniquidades são produzidas pelas condições sociais nas quais os indivíduos vivem e envelhecem, sendo moldadas por desigualdades na distribuição de renda, poder e acesso a bens e serviços. Essa compreensão amplia o olhar sobre a DA, deslocando-a de um fenômeno exclusivamente biomédico para uma condição atravessada por fatores socioeconômicos, culturais e institucionais. De forma convergente, a Organização Mundial da Saúde (2011) defende que a redução das desigualdades em saúde requer ação intersetorial e fortalecimento das políticas públicas orientadas pela equidade, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

No Nordeste brasileiro, a presença de baixos indicadores socioeconômicos, associada a desigualdades históricas no acesso a serviços especializados, repercute diretamente na trajetória da doença. Pessoa, Guilherme e Antunes (2024) argumentam que a pobreza constitui elemento central na análise do Alzheimer, pois limita o acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento medicamentoso e à proteção social, comprometendo a efetivação do direito à saúde. Tal cenário é agravado quando se considera que o cuidado à pessoa com demência exige acompanhamento contínuo, suporte multiprofissional e recursos materiais que nem sempre estão disponíveis em territórios periféricos.

Do ponto de vista clínico e epidemiológico, Peixoto e Brandão (2025) destacam que a DA representa a principal causa de demência no mundo, com impacto progressivo na autonomia e na funcionalidade do idoso. Lopes e Figueiredo Júnior (2024) acrescentam que os aspectos sociais da doença são indissociáveis de sua evolução clínica, uma vez que o suporte familiar e o acesso aos serviços influenciam diretamente a qualidade de vida do paciente. Nessa perspectiva, a prevalência de demência na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) aponta para a necessidade de qualificação das equipes e fortalecimento da capacidade diagnóstica nos territórios (Silva *et al.,* 2025).

Entretanto, embora os Cadernos de Atenção Básica orientem que o cuidado às condições crônicas seja longitudinal, integral e centrado na pessoa (Brasil, 2014), a implementação dessas diretrizes enfrenta obstáculos estruturais. Mendes (2024) observa que, apesar da previsão de

fornecimento de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), persistem entraves burocráticos e logísticos que comprometem a regularidade do tratamento, especialmente em municípios de pequeno porte. Assim, o que se observa é uma dissonância entre o arcabouço normativo e a realidade assistencial.

A análise das políticas públicas recentes revela avanços importantes. A instituição da Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências representa marco normativo relevante ao reconhecer a necessidade de diagnóstico precoce, cuidado multiprofissional e apoio aos cuidadores (Brasil, 2024). Contudo, conforme argumentam Santos et al. (2025), a existência de políticas não garante, por si só, a superação das desigualdades, pois estas estão enraizadas em questões estruturais como subfinanciamento do sistema de saúde, concentração de recursos em regiões mais desenvolvidas e fragilidade na coordenação das redes de atenção.

Matias (2024), ao analisar o desempenho do sistema de saúde brasileiro sob a ótica das desigualdades regionais, demonstra que o Nordeste apresenta desafios persistentes na organização da oferta de serviços especializados. Essa realidade impacta diretamente o cuidado à pessoa com Alzheimer, sobretudo na fase diagnóstica, que depende de avaliação clínica qualificada e, muitas vezes, de exames complementares não amplamente disponíveis em todos os municípios. A fragmentação da assistência também é evidenciada na articulação entre a Atenção Primária, a atenção especializada e a Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011), cuja implementação ocorre de forma heterogênea no território nacional.

Outro aspecto central na discussão refere-se às desigualdades de gênero. Souza, Monteiro e Gonçalves (2022) enfatizam que a produção científica sobre Alzheimer ainda reproduz invisibilizações relacionadas às diferenças de gênero, tanto no que se refere à maior prevalência da doença entre mulheres quanto à sobrecarga feminina no cuidado informal. Tal dinâmica evidencia que o impacto da DA extrapola o indivíduo acometido, atingindo de forma expressiva as cuidadoras, que assumem responsabilidades físicas, emocionais e financeiras, muitas vezes sem suporte institucional adequado.

A situação torna-se ainda mais complexa nos casos de Alzheimer precoce. Franklin *et al.* (2024) ressaltam que o diagnóstico em indivíduos em idade produtiva provoca rupturas significativas na dinâmica familiar, com repercussões econômicas e psicossociais relevantes. No contexto nordestino, caracterizado por elevada informalidade laboral, tais impactos podem resultar em perda abrupta de renda e dependência ampliada de políticas públicas e redes familiares de apoio.

A análise cultural e social da doença também contribui para a compreensão das desigualdades. Gomes (2022), ao examinar narrativas sobre o Alzheimer em territórios periféricos, evidencia que o cuidado é frequentemente sustentado por redes comunitárias, diante da insuficiência de políticas estruturadas. Esse cenário reforça a centralidade da solidariedade social, mas também revela a precarização do cuidado quando este não é acompanhado por suporte estatal consistente.

Portanto, a discussão aponta que a Doença de Alzheimer no Nordeste brasileiro constitui fenômeno multifacetado, cuja compreensão exige articulação entre dimensões epidemiológicas, sociais, econômicas e políticas. Os dados de mortalidade (Andrade *et al*., 2025; Matos *et al*., 2021), as análises sobre desigualdades regionais (Matias, 2024) e os debates acerca dos determinantes sociais (Brasil, 2008; Organização Mundial da Saúde, 2011) convergem para a constatação de que as iniquidades estruturais moldam tanto o risco de adoecimento quanto o acesso ao cuidado. Assim, enfrentar o Alzheimer no Nordeste demanda mais do que ampliação de serviços especializados: requer políticas intersetoriais, fortalecimento da Atenção Primária, garantia de financiamento adequado e estratégias de redução das desigualdades sociais que sustentam a vulnerabilidade em saúde.

5 CONCLUSÃO

A análise desenvolvida ao longo deste estudo permitiu compreender que a Doença de Alzheimer, no contexto do Nordeste brasileiro, ultrapassa a dimensão estritamente biomédica, configurando-se como fenômeno profundamente atravessado por determinantes sociais da saúde. As desigualdades estruturais historicamente presentes na região relacionadas à renda, escolaridade, condições de moradia, acesso a serviços especializados e proteção social influenciam diretamente tanto o risco de adoecimento quanto os desfechos clínicos e sociais da doença. Dessa forma, o Alzheimer revela-se expressão concreta das iniquidades em saúde que persistem no território nordestino.

Em resposta à pergunta norteadora, conclui-se que tais determinantes atuam como condicionantes estruturais que modulam todas as etapas da trajetória da doença. Eles impactam o reconhecimento precoce dos sintomas, dificultam o acesso a exames diagnósticos e especialistas, interferem na continuidade do tratamento medicamentoso e ampliam a sobrecarga familiar, especialmente entre mulheres cuidadoras. Assim, as desigualdades sociais não apenas acompanham a doença, mas participam ativamente da sua configuração e de seus desfechos.

Observou-se, ainda, que embora o Brasil disponha de arcabouço normativo consistente incluindo protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e políticas nacionais voltadas às demências a efetividade dessas medidas depende da capacidade de organização e financiamento do Sistema Único de Saúde em âmbito regional e municipal. No Nordeste, persistem desafios relacionados à fragmentação da assistência, à desigual distribuição de recursos e à insuficiente articulação entre níveis de atenção, o que compromete a integralidade do cuidado e a equidade no acesso aos serviços.

Ademais, a discussão evidenciou que fatores como pobreza, informalidade laboral, baixa escolaridade e vulnerabilidade territorial intensificam os impactos sociais do Alzheimer, especialmente nos casos de diagnóstico precoce. A ausência de suporte social estruturado e a dependência de redes informais de cuidado reforçam a sobrecarga familiar e ampliam a vulnerabilidade socioeconômica.

Nesse sentido, enfrentar a Doença de Alzheimer no Nordeste exige abordagem intersetorial, com integração entre saúde, assistência social, previdência e políticas de redução das desigualdades.

Como sugestão para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de estudos empíricos de abordagem mista (quantitativa e qualitativa) que investiguem, em nível municipal, a relação entre indicadores socioeconômicos, cobertura da Atenção Primária à Saúde e tempo médio para diagnóstico da Doença de Alzheimer. Tal investigação poderá produzir evidências concretas sobre o impacto dos determinantes sociais na trajetória assistencial, subsidiando o planejamento de políticas públicas mais equitativas e territorialmente sensíveis às especificidades do Nordeste brasileiro.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Thiago Vaz *et al*. Perfil da mortalidade por doenças do sistema nervoso na região Nordeste do Brasil. Research, Society and Development, v. 14, n. 12, p. e114141250368, 2025.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Lei nº 14.878, de 4 de junho de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 5 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: atenção à pessoa com doença crônica na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Atualizado em 2022.

FRANKLIN, M. E. A.; SOARES, I. V. A.; ALMEIDA, G. S. G. P.; DUARTE, A. J. G.; MIRANDA, M. C. L. B.; SIQUEIRA, B. de A. G.; CABRAL, L. I. A.; SAMPAIO, M. G.; JÚNIOR, L. R. de A.; MARTUSCELLI, A. R.; MILHOMEM, J. V. B.; SOBRINHO, A. A. P.; AZEVEDO, L. F. Alzheimer precoce e o impacto social. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 2, p. 1436–1446, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n2p1436-1446.

GOMES, Victória das Graças. Documentário “Alzheimer na periferia” e as (possíveis) formas de cuidado. Revista Longeviver, 2022.

LOPES, M. H.; FIGUEIREDO JÚNIOR, H. S. de. Aspectos clínicos e sociais da doença de Alzheimer em idosos. Revista Eletrônica Acervo Médico, v. 24, p. e18091, 2024.

MATIAS, Rebeca de Almeida Souza Meneses. Desigualdades regionais e avaliação do desempenho do sistema de saúde no Brasil. 2024. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2024.

MATOS, Dalton Ferreira *et al.* Caracterização epidemiológica da mortalidade por Alzheimer no Brasil entre 2010 e 2019. Research, Society and Development, v. 10, n. 11, p. e74101119316, 2021.

MENDES, L. F. Doença de Alzheimer: tratamento através do Sistema Único de Saúde. Arquivos de Saúde do UniSantaCruz, v. 2, n. 1, p. e387, 2024. DOI: 10.55905/asuscv2n1-001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

PEIXOTO, Thabata Takano; BRANDÃO, Jéssica Daniella Damasceno. Transtornos neurodegenerativos: aspectos clínicos e epidemiologia da doença de Alzheimer. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 11, n. 12, p. 5106–5118, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i12.22991.

PESSOA, Elisângela Maia; GUILHERME, Rosilaine Coradini; ANTUNES, Ana Carolina Fonseca. Pobreza e doença de Alzheimer: o direito à saúde e o acesso à proteção social em debate. Serviço Social e Saúde, v. 22, n. 00, p. e023008, 2024. DOI: 10.20396/sss.v22i00.8674323.

SANTOS, Antonio Nacílio Sousa *et al*. Políticas de saúde e desigualdade: determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Aracê, v. 7, n. 4, p. 17006–17039, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-082.

SILVA, M. V. F. da; COSTA, H.; FELIPE, A. G. B.; MOREIRA, S. F. da C.; MARTINS, C. L. Prevalência de demência na rede de atenção primária. Revista Delos, v. 18, n. 63, p. e3874, 2025. DOI: 10.55905/rdelosv18.n63-210.

SOUZA, Érica Rodrigues de; MONTEIRO, Marina; GONÇALVES, Fernanda Ribeiro. Doença de Alzheimer, gênero e saúde: reflexões sobre o lugar da diferença na produção neurocientífica. Saúde e Sociedade, v. 31, n. 2, p. e220048, 2022. DOI: 10.1590/S0104-12902022220048pt.