www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/c2a4p921

Doença de Alzheimer sob as perspectivas clínica, assistencial e das representações sociais

Alzheimer's disease from clinical, care, and social representation perspectives

Yasmin Rezende Costa[1]
Beatriz Marques Pereira[2]
Maria Eduarda Vilela Faria[3]
Thaissa Rayane Lemes Borges[4]
Emanuela Estevam Alves de Ávila[5]
Geovana Vaz Amaral[6]
Cleidiane Vasconcelos dos Santos[7]
Annanda Noleto Bastos Lopes[8]
Marcos Júnior Lopes Teixeira[9]
Kamila Noleto Bastos[10]
Paulo Cesar Moreira[11]
Humberto César Machado[12]

[1] Aluna do 10º período de medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser.
[2] Aluna do 10º período de medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser.
[3] Aluna do 10º período de medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser.
[4] Aluna do 10º período de medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser.
[5] Aluna do 10º período de medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser.
[6] Aluna do 10º período de medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser.
[7] Aluna do 7º período de medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser.
[8] Aluna do 8º período de medicina da Universidade Brasil - Campus Fernandopolis.
[9] Aluna do 8º período de medicina da Universidade Brasil - Campus Fernandopolis.
[10] Aluna do 10º período de medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser.
[11] Doutorado pela Universidade Federal de Minas Gerais; Mestrado pela Universidade Federal de Goiás; Especialização pelo Sírio-Libanês São Paulo; Graduado em Medicina; Graduado em Medicina Veterinária. É Professor Titular de Neuroanatomia e Anatomia Humana na Universidade Federal de Goiás, Graduação e Pós-graduação. Membro da Sociedade Brasileira de Anatomia, membro da Sociedade Brasileira de Bioestrutura Experimental. Editor da Revista Estudos Ciência e Vida; Tem experiência na área de Morfologia e Fisiologia, com ênfase em Neurociência Básica Clínica, Anatomia e Fisiologia Humana. Chefe do Departamento de Morfologia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Goiás. Integrante do Banco de Avaliadores do BASis-SINAES-MEC, de Cursos de Graduação (presenciais e EaD), Cursos Superiores de Tecnologia, Avaliador Institucional e do CONAES - Sistema ARCU-SUL. É Líder do Grupo de Pesquisas CNPq "Neurologia, Neurociência, Bioestrutura Experimental e Morfologia", vinculado à Universidade Federal de Goiás.
[12] Pós Doutor em Psicologia - PUC GO (2016); Dr. em Psicologia - PUC GO (2013); Ms. C. e em Psicologia - PUC GO (2006), Esp. em História - UFG (2002), Graduado em Direito - UNIFAN (2025), Graduado em Filosofia - UFG (1996), Graduado em Pedagogia - ISCECAP (2018), Graduado em Letras - FAFIBE (2019), Membro do Comitê de Ética e Pesquisa e Prof. Titular do Centro Universitário Alfredo Nasser - UNIFAN, Prof. da PUC - GO, Ator, Coreógrafo e Dançarino de Salão, Elemento Credenciado Fator Humano e Prevenção de Acidentes do CENIPA - Centro de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos.

RESUMO

A doença de Alzheimer constitui um problema complexo de saúde pública que ultrapassa a dimensão biomédica e alcança repercussões familiares, sociais, econômicas e jurídicas. Este estudo teve como objetivo analisar, de forma integrada, aspectos relacionados à proteção legal, ao cuidado em saúde e às representações sociais da doença, articulando-os aos impactos percebidos sobre pacientes, familiares, cuidadores e Estado. O material empírico compreendeu 100 participantes e incluiu variáveis sociodemográficas, questões de percepção e uma tarefa de evocação livre com cinco palavras ou expressões associadas ao Alzheimer. As evocações foram examinadas segundo a abordagem estrutural das representações sociais, mediante análise prototípica baseada na frequência e na ordem média de evocação. O provável núcleo central organizou-se principalmente em torno de "esquecimento", "memória", "demência", "medo" e "doença", evidenciando forte ancoragem cognitivo-mnésica acompanhada de conteúdo afetivo negativo. Também se observou baixo conhecimento declarado sobre novos exames e biomarcadores em 57% da amostra e percepção de pouca consideração das condições físicas e emocionais do cuidador em 49%. Os achados não autorizam generalizações populacionais nem confirmação definitiva de centralidade, mas indicam a necessidade de integrar comunicação em saúde, apoio ao cuidador, proteção de direitos e estratégias de educação científica.
Palavras-chave: doença de Alzheimer; representações sociais; núcleo central; cuidadores; proteção jurídica.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is a complex public health problem that extends beyond the biomedical dimension and produces family, social, economic, and legal repercussions. This study aimed to analyze, in an integrated manner, legal protection, health care, and social representations of the disease, relating them to perceived impacts on patients, families, caregivers, and the State. The empirical material comprised 100 participants and included sociodemographic variables, perception questions, and a free-evocation task with five words or expressions associated with Alzheimer's disease. Evocations were examined through the structural approach to social representations using prototypical analysis based on frequency and mean order of evocation. The

probable central core was mainly organized around “forgetfulness”, “memory”, “dementia”, “fear”, and “disease”, indicating a strong cognitive-memory anchoring accompanied by negative affective content. Low self-reported knowledge about new tests and biomarkers was observed in 57% of the sample, while 49% perceived caregivers’ physical and emotional conditions as receiving little consideration. These findings do not support population-level generalization or definitive confirmation of centrality, but they indicate the need to integrate health communication, caregiver support, rights protection, and scientific education strategies.
Keywords: Alzheimer’s disease; social representations; central core; caregivers; legal protection.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) constitui uma enfermidade neurodegenerativa progressiva e representa a causa mais frequente de demência, caracterizando-se pelo comprometimento gradual das funções cognitivas e pela consequente repercussão sobre a capacidade funcional e a autonomia do indivíduo. Embora a alteração da memória episódica seja uma de suas manifestações clínicas mais reconhecidas, a progressão da doença pode envolver prejuízos de linguagem, orientação, funções executivas, comportamento e desempenho nas atividades da vida diária. Trata-se, portanto, de uma condição cuja evolução não se restringe ao declínio cognitivo, mas modifica progressivamente a relação do paciente consigo mesmo, com sua família, com os cuidadores e com os serviços de saúde.

Nas últimas décadas, os avanços produzidos no campo das neurociências modificaram de maneira significativa a compreensão da doença. O diagnóstico, historicamente fundamentado sobretudo na avaliação clínica e neuropsicológica, passou a incorporar evidências relacionadas aos processos neuropatológicos e ao desenvolvimento de biomarcadores capazes de identificar alterações associadas à beta-amiloide e à proteína tau. Os critérios contemporâneos propõem, nesse sentido, uma compreensão biologicamente orientada da DA, distinguindo a presença do processo patológico de sua expressão clínica e reconhecendo a existência de um continuum que pode anteceder, por período considerável, o aparecimento de manifestações cognitivas mais evidentes (Jack *et al*., 2024).

Essa mudança assume particular importância diante do envelhecimento populacional e do impacto crescente das demências sobre os sistemas de saúde. Dados da Organização Mundial da

Saúde indicam que aproximadamente 57 milhões de pessoas viviam com demência no mundo em 2021, com quase 10 milhões de novos casos anualmente, sendo a doença de Alzheimer responsável por cerca de 60% a 70% dos casos. Além de constituir importante causa de incapacidade e dependência entre pessoas idosas, a demência produz repercussões assistenciais, familiares, sociais e econômicas que aumentam progressivamente à medida que se intensificam a perda funcional e a necessidade de cuidados continuados (World Health Organization, 2026).

A ampliação das possibilidades diagnósticas, entretanto, não elimina um dos principais desafios encontrados na prática clínica, a distância existente entre a produção do conhecimento científico e sua compreensão pela população. A incorporação de conceitos como biomarcadores, beta-amiloide, tau e alterações neurodegenerativas introduz novas possibilidades para a identificação e caracterização da doença, mas também exige estratégias adequadas de comunicação em saúde. O conhecimento sobre Alzheimer não se distribui de maneira uniforme entre os diferentes grupos sociais, e a forma como a doença é compreendida pode interferir no reconhecimento de sinais e sintomas, na procura por avaliação profissional, na compreensão do diagnóstico e na maneira como pacientes e familiares enfrentam a evolução clínica.

Essa questão torna-se ainda mais relevante porque a doença de Alzheimer não repercute exclusivamente sobre o indivíduo diagnosticado. A perda progressiva da independência funcional frequentemente amplia a participação de familiares e cuidadores nas atividades cotidianas, no acompanhamento clínico e na tomada de decisões relacionadas ao tratamento e ao cuidado. O processo pode produzir sobrecarga física, emocional, social e econômica, razão pela qual a avaliação das necessidades do cuidador deve integrar uma perspectiva assistencial ampliada. Cuidar do paciente com demência implica, nesse sentido, compreender também as condições concretas daqueles que participam de sua rede de apoio.

No Brasil, essa perspectiva de integralidade vem sendo progressivamente incorporada às políticas de saúde. A instituição da Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências, por meio da Lei nº 14.878/2024, e a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer reforçam a necessidade de organização do cuidado de maneira longitudinal e articulada. Diagnóstico, acompanhamento clínico, orientação familiar, atenção ao cuidador, assistência social e proteção dos direitos da pessoa com comprometimento cognitivo passam, assim, a ser compreendidos como dimensões complementares de uma mesma realidade assistencial (Brasil, 2024; Brasil, 2025).

A proteção jurídica integra esse contexto na medida em que a progressão do comprometimento cognitivo pode produzir situações de maior vulnerabilidade relacionadas à autonomia, à tomada de decisões, ao acesso aos serviços de saúde, à proteção patrimonial e à prevenção de negligência e violência. Entretanto, o diagnóstico de Alzheimer não deve ser interpretado como sinônimo automático de incapacidade. A avaliação deve considerar a condição clínica e funcional concreta da pessoa, preservando sua autonomia e participação na maior extensão possível e reconhecendo que proteção e autonomia não constituem dimensões necessariamente antagônicas.

Ao lado dos aspectos clínicos e assistenciais, compreender a doença exige considerar a maneira como ela é socialmente significada. Antes mesmo do contato com informações especializadas, pacientes, familiares e demais integrantes da sociedade constroem explicações sobre o Alzheimer a partir de experiências, informações, valores, afetos e conhecimentos compartilhados. Termos como esquecimento, memória, velhice, dependência, medo e sofrimento podem assumir papel importante na forma como o fenômeno é reconhecido e interpretado. É nesse ponto que a Teoria das Representações Sociais oferece suporte para investigar como conhecimentos científicos, experiências cotidianas e conteúdos afetivos se articulam na construção social da doença.

Particularmente, a abordagem estrutural e a Teoria do Núcleo Central permitem examinar não apenas quais conteúdos aparecem associados ao Alzheimer, mas como esses elementos se organizam no campo representacional. A análise das frequências e da ordem em que determinadas palavras ou expressões são evocadas possibilita formular hipóteses acerca dos conteúdos mais estáveis e compartilhados e daqueles mais relacionados às experiências particulares e ao contexto. Essa perspectiva torna-se especialmente pertinente quando se pretende compreender a distância ou a aproximação existente entre o conhecimento médico-científico disponível e a forma pela qual a doença é efetivamente percebida pelas pessoas (Abric, 2003; Vergès, 1992).

Diante desse cenário, o presente estudo busca analisar a doença de Alzheimer a partir da articulação entre suas dimensões clínico-assistenciais, as representações sociais construídas em torno do adoecimento e os mecanismos de proteção destinados ao paciente e àqueles envolvidos no cuidado. Para alcançar esse propósito, a investigação parte da caracterização sociodemográfica dos participantes e procura identificar a organização estrutural das evocações associadas à

doença, observando os elementos que se apresentam como candidatos ao núcleo central e aqueles distribuídos entre os sistemas periféricos e a zona de contraste. Paralelamente, examina o nível declarado de conhecimento sobre novos exames e biomarcadores e a percepção dos participantes acerca da atenção dispensada às condições físicas e emocionais dos cuidadores.

A análise procura, ainda, confrontar esses achados com o conhecimento médico-científico contemporâneo sobre diagnóstico, biomarcadores, progressão e cuidado na doença de Alzheimer, sem atribuir aos resultados relações causais que o desenho da pesquisa não permite demonstrar. Busca-se, dessa maneira, compreender como conhecimentos biomédicos, experiências de cuidado e conteúdos socialmente compartilhados se aproximam ou se distanciam na construção do significado atribuído à doença, preservando os limites metodológicos da investigação e evitando generalizações que ultrapassem a população efetivamente estudada.

2 FUNDAMENTOS CLÍNICOS, ASSISTENCIAIS E PSICOSSOCIAIS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer é marcada por alterações neuropatológicas associadas, entre outros processos, ao acúmulo de beta-amiloide e tau. Os critérios revisados da Alzheimer's Association propõem que a doença seja compreendida biologicamente e destacam biomarcadores centrais capazes de informar diagnóstico e estadiamento. Entre os biomarcadores de mudança precoce encontram-se PET amiloide, marcadores liquóricos validados e biomarcadores plasmáticos com desempenho adequado, com especial destaque para formas fosforiladas de tau, como p-tau217. Essa atualização é relevante para interpretar a presença, no campo representacional, de termos como "beta-amiloide", "neurônios", "cérebro" e "redução do hipocampo", sem pressupor que a evocação desses termos corresponda a conhecimento clínico aprofundado (Jack *et al.,* 2024).

A idade constitui importante fator de risco, mas demência não é sinônimo de envelhecimento normal. A distinção é central tanto para a educação em saúde quanto para a interpretação das representações sociais, porque associações automáticas entre velhice, senilidade e Alzheimer podem contribuir para normalização de sinais clínicos, atraso na procura por avaliação e reprodução de estigmas. Diretrizes recentes também reforçam a importância dos

fatores de risco modificáveis ao longo do curso de vida e de estratégias preventivas baseadas em evidências (World Health Organization, 2026).

O cuidado à pessoa com demência é longitudinal e envolve demandas clínicas, funcionais, emocionais e sociais. A progressiva dependência pode deslocar para familiares e cuidadores informais parcela relevante das atividades de supervisão e cuidado. Por isso, avaliar as condições de quem cuida não deve ser entendido como aspecto secundário. A literatura e as orientações internacionais reconhecem que o cuidado prolongado pode produzir repercussões físicas, emocionais, sociais e econômicas, recomendando informação, capacitação, apoio psicossocial e serviços de suporte adequados (World Health Organization, 2019; Tu *et al*., 2022).

No plano jurídico, a Constituição Federal de 1988 estabelece a dignidade da pessoa humana e a proteção da pessoa idosa como referências fundamentais. O Estatuto da Pessoa Idosa assegura direitos à vida, saúde, liberdade, respeito, dignidade, convivência familiar e comunitária e proteção contra negligência, discriminação e violência. A Lei nº 14.878/2024 acrescenta uma política nacional específica para Alzheimer e outras demências, com implementação multissetorial e orientação para o cuidado integral. Esse conjunto normativo exige leitura que preserve direitos e autonomia na maior extensão possível, evitando reduzir a pessoa ao diagnóstico.

A Teoria das Representações Sociais, inaugurada por Serge Moscovici, permite compreender formas de conhecimento elaboradas e compartilhadas socialmente, relacionadas à comunicação, à experiência cotidiana e às práticas. Na abordagem estrutural desenvolvida por Jean-Claude Abric, a representação organiza-se em torno de um núcleo central, relativamente estável e relacionado à memória coletiva, aos valores e às normas do grupo, e de um sistema periférico mais flexível, sensível ao contexto e às experiências individuais. A análise prototípica de evocações, difundida por Vergès, utiliza o cruzamento entre frequência e ordem de evocação como estratégia exploratória para formular hipóteses sobre essa organização (Abric, 2003; Vergès, 1992; Wachelke; Wolter, 2011).

Do ponto de vista metodológico, a posição de um termo no quadrante de alta frequência e baixa ordem média de evocação constitui indício de centralidade, mas não prova definitiva. A confirmação do núcleo central requer procedimentos complementares. Por essa razão, a expressão “provável núcleo central” é mais adequada aos resultados deste estudo. A mesma

cautela se aplica à zona de contraste, onde seus elementos podem indicar conteúdos valorizados por subgrupos, mas a existência desses subgrupos deve ser demonstrada por análises adicionais.

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, estruturado a partir de um banco com 100 registros válidos. A análise quantitativa foi empregada na caracterização sociodemográfica e nas questões categóricas; a vertente qualitativa-estrutural concentrou-se nas evocações livres associadas à doença de Alzheimer. A coleta de dados foi realizada presencialmente, entre janeiro e abril de 2026, com 100 participantes de diferentes localidades, abrangendo indivíduos da sociedade em geral, independentemente de profissão ou área de formação. A participação ocorreu de maneira voluntária e anônima, mediante aplicação de questionário estruturado, contemplando aspectos sociodemográficos, conhecimentos sobre a doença de Alzheimer, avanços diagnósticos e percepções relacionadas ao cuidado e à assistência aos pacientes e seus cuidadores. Após a coleta, os dados foram tabulados no Microsoft Excel e posteriormente processados e reorganizados por meio de aplicativo específico para análise das evocações. A pesquisa foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN), em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

As variáveis sociodemográficas coletadas foram idade, escolaridade e profissão/ocupação. As idades encontravam-se agrupadas em faixas, razão pela qual foram utilizadas frequências absolutas e relativas, sem cálculo artificial de média ou mediana a partir de pontos médios. As categorias de escolaridade foram preservadas tal como registradas. Na variável profissão/ocupação, realizou-se apenas padronização lexical conservadora de grafias equivalentes, sem criação de categorias profissionais não sustentadas pelo banco.

Na tarefa de evocação livre, cada participante forneceu cinco palavras ou expressões, totalizando 500 ocorrências. O tratamento seguiu a lógica da análise prototípica associada ao EVOC, cruzando frequência de evocação e ordem média de evocação (OME). A OME corresponde à média das posições em que cada termo foi lembrado: valores menores indicam evocação mais precoce. A limpeza lexical foi deliberadamente conservadora, evitando fusões baseadas apenas em proximidade semântica, de modo a não inflar artificialmente frequências.

Foram identificadas 50 formas lexicais distintas. Com frequência mínima fixada em cinco ocorrências, 38 termos permaneceram na análise prototípica e reuniram 467 das 500 evocações, equivalentes a 93,4% do *corpus*. O ponto de corte da OME foi 3,0. Para separar alta e baixa frequência, utilizou-se a mediana das frequências dos termos retidos, correspondente a 9,5; para operacionalização inteira, adotou-se frequência intermediária igual a 10. Assim, o provável núcleo central correspondeu aos termos com $f \geq 10$ e $OME < 3,0$; a primeira periferia, a $f \geq 10$ e $OME \geq 3,0$; a zona de contraste, a $5 \leq f < 10$ e $OME < 3,0$; e a segunda periferia, a $5 \leq f < 10$ e $OME \geq 3,0$.

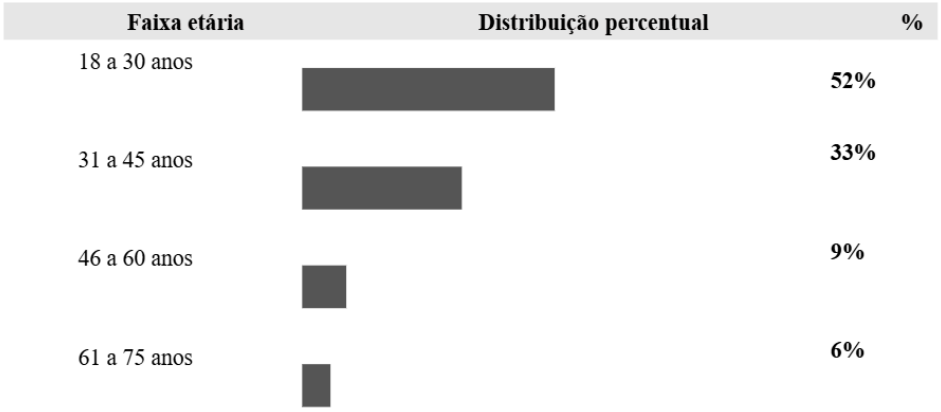
As questões sobre conhecimento de novos exames/biomarcadores e sobre consideração das condições físicas e emocionais do cuidador foram tratadas como variáveis categóricas ordinais e descritas por frequências absolutas e relativas.

A interpretação articulou os resultados empíricos à abordagem estrutural das representações sociais e à literatura técnico-científica atual sobre Alzheimer, biomarcadores, cuidado e proteção jurídica. A pesquisa bibliográfica complementar priorizou documentos oficiais, literatura revisada por pares e fontes de alta autoridade, incluindo Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, legislação federal, Alzheimer's Association e bases científicas abertas. Informações externas foram utilizadas para contextualização conceitual, e não para substituir ou modificar os resultados do banco.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil etário

Figura 1 – Distribuição dos participantes segundo a faixa etária

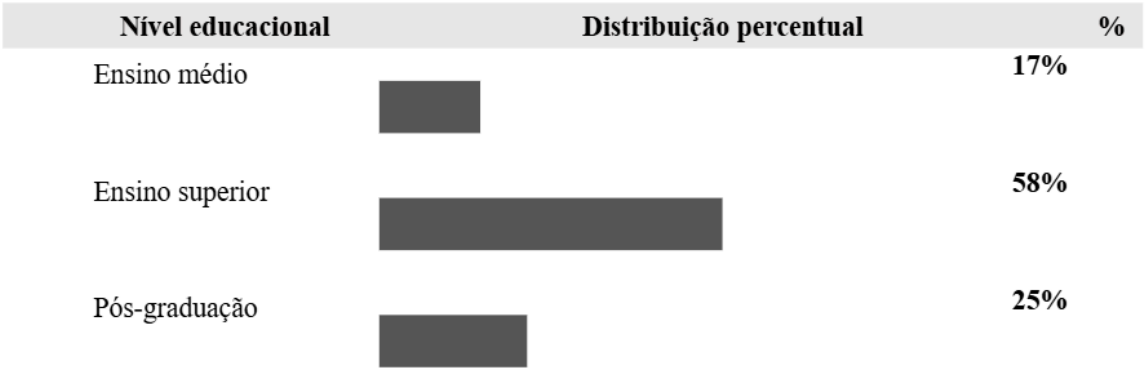


Fonte: dados da pesquisa (n = 100). Elaboração própria.

A distribuição etária evidencia concentração da amostra nas faixas mais jovens. Participantes entre 18 e 30 anos representam 52% do total e constituem a categoria modal. O grupo de 31 a 45 anos corresponde a 33%, enquanto as faixas de 46 a 60 anos e de 61 a 75 anos reúnem, respectivamente, 9% e 6%. Em conjunto, os participantes com até 45 anos perfazem 85% da amostra.

4.2 Nível educacional

Figura 1 – Distribuição dos participantes segundo o nível educacional



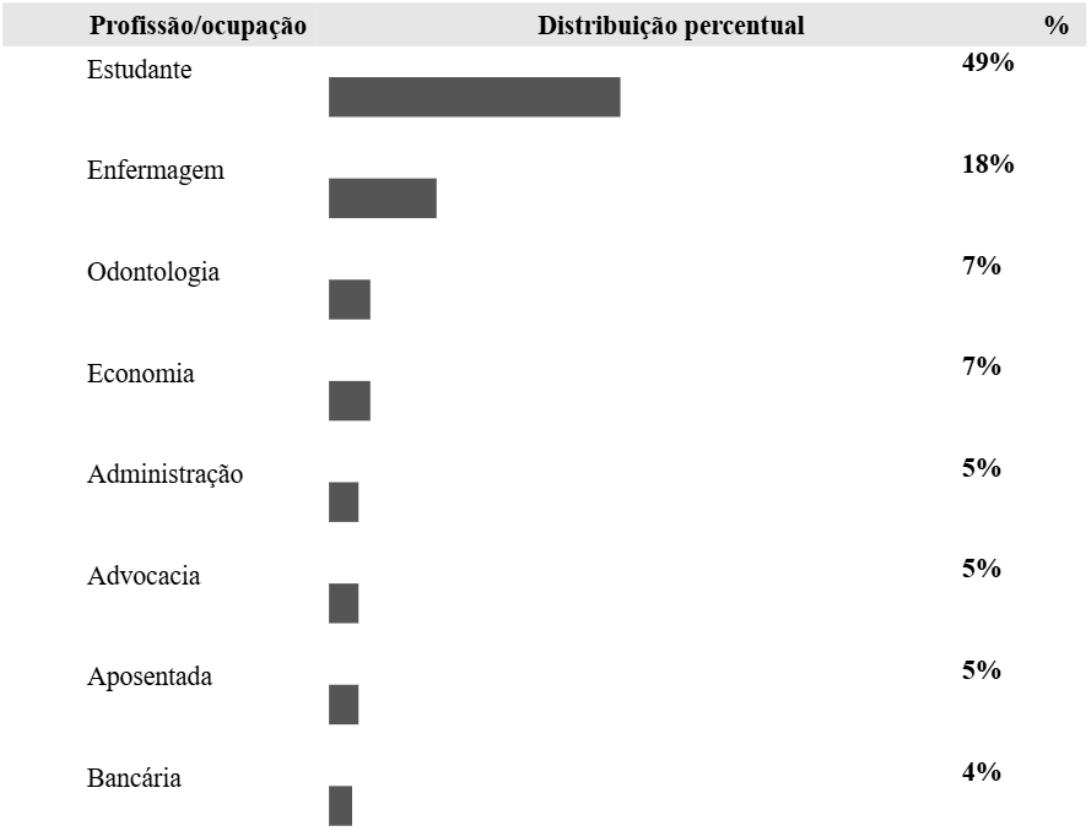
Fonte: dados da pesquisa (n = 100). Elaboração própria.

O nível educacional mostra concentração nas categorias ensino superior e pós-graduação. O ensino superior reúne 58 participantes, a pós-graduação 25 e o ensino médio 17. Somadas, as duas categorias educacionais mais elevadas registradas no instrumento correspondem a 83% da amostra.

Esse dado caracteriza a composição do grupo, mas não pode ser convertido automaticamente em indicador de conhecimento específico sobre Alzheimer. Escolaridade formal e domínio de conteúdos biomédicos são dimensões diferentes. A própria análise do conhecimento sobre novos exames, apresentada adiante, reforça a necessidade de não presumir familiaridade técnico-científica apenas com base no nível educacional.

4.3 Profissão ou ocupação

Figura 1 – Distribuição dos participantes segundo profissão/ocupação declarada



Fonte: dados da pesquisa (n = 100). Elaboração própria.

A composição ocupacional é marcada pela presença expressiva de estudantes, que correspondem a 49% dos participantes. A Enfermagem constitui o segundo grupo mais frequente, com 18%, seguida por Odontologia e Economia, ambas com 7%. Administração, Advocacia e a condição de aposentada representam 5% cada, e a atividade bancária 4%.

Embora os estudantes formem a categoria *modal*, não representam isoladamente a maioria absoluta. Os demais 51% distribuem-se entre sete categorias, revelando heterogeneidade

ocupacional. Essa diversidade pode corresponder a repertórios formativos e experiências distintas, mas os dados desta variável, isoladamente, não demonstram diferenças de conhecimento, atitudes ou representações.

4.4 Estrutura das evocações sobre doença de Alzheimer

Quadro de quatro casas - análise prototípica das evocações

Núcleo central provável		**Primeira periferia**	
esquecimento	(f=67; OME=1,55)	idoso	(f=29; OME=3,41)
memória	(f=35; OME=1,97)	cérebro	(f=23; OME=3,78)
demência	(f=23; OME=2,70)	solidão	(f=16; OME=4,69)
		tristeza	(f=15; OME=4,27)
		neurônios	(f=14; OME=3,64)
Zona de contraste		**Segunda periferia**	
degeneração	(f=9; OME=2,00)	problema crônico	(f=8; OME=3,00)
idade avançada	(f=8; OME=2,00)	debilitado	(f=8; OME=4,00)
perda de memória	(f=7; OME=1,00)	degenerativo	(f=8; OME=5,00)
perda da mobilidade	(f=6; OME=2,00)	agitação	(f=7; OME=3,29)
mente	(f=5; OME=1,00)	gaba	(f=7; OME=4,00)
abandono	(f=5; OME=2,00)	dopamina	(f=7; OME=5,00)

frequência mínima = 5;
frequência intermediária = 8;
OME = 3,0.

.

A análise prototípica das evocações permitiu examinar a organização do campo representacional associado à doença de Alzheimer a partir da combinação entre frequência de ocorrência e ordem média de evocação (OME). Considerando os critérios estabelecidos para esta análise, frequência mínima igual a 5, frequência intermediária igual a 8 e OME igual a 3,0, os termos foram distribuídos nos quatro quadrantes que compõem o quadro de quatro casas. Essa organização deve ser interpretada como uma aproximação da estrutura da representação social, uma vez que a elevada frequência associada à evocação mais imediata constitui indício de centralidade, mas não é suficiente, isoladamente, para confirmar a pertença definitiva de determinado elemento ao núcleo central.

No quadrante correspondente ao provável núcleo central, destacaram-se “esquecimento” (f=67; OME=1,55), “memória” (f=35; OME=1,97) e “demência” (f=23; OME=2,70). A configuração apresenta elevada coerência semântica. Os dois elementos mais salientes,

“esquecimento” e “memória”, remetem diretamente ao comprometimento mnésico, enquanto “demência” insere essa perda em uma categoria reconhecida de adoecimento. Particularmente expressiva é a posição de “esquecimento”, cuja frequência é substancialmente superior à dos demais elementos e cuja baixa OME demonstra que, além de amplamente compartilhado, o termo tende a ser mencionado nas primeiras posições da tarefa de evocação. Dentro dos limites da análise prototípica, trata-se do elemento de maior saliência no campo representacional investigado.

A proximidade estrutural entre “esquecimento” e “memória” sugere que a representação da doença de Alzheimer está fortemente organizada em torno de sua manifestação cognitiva mais socialmente reconhecida. Entretanto, esse resultado não significa que os participantes possuam conhecimento clínico específico sobre os diferentes domínios cognitivos afetados pela doença. O que os dados demonstram é que, diante do termo indutor, a memória e sua perda constituem as referências mais prontamente mobilizadas pelo grupo. “Demência”, embora menos frequente e evocada posteriormente aos dois primeiros termos, complementa esse núcleo ao aproximar a experiência do esquecimento de uma categoria de natureza patológica.

Essa constatação merece atenção do ponto de vista médico e da educação em saúde. A doença de Alzheimer não se reduz à perda de memória e pode comprometer, em diferentes momentos de sua evolução, outros domínios cognitivos, comportamentais e funcionais. Desse modo, a forte concentração representacional no binômio memória–esquecimento pode facilitar o reconhecimento social de uma manifestação característica da doença, mas também pode favorecer uma compreensão simplificada quando outros sinais são pouco reconhecidos. Estudos sobre representações sociais da demência indicam que a maneira como as alterações cognitivas são interpretadas no contexto familiar pode interferir no reconhecimento do adoecimento e na procura por avaliação especializada.

A primeira periferia apresentou “idoso” (f=29; OME=3,41), “cérebro” (f=23; OME=3,78), “solidão” (f=16; OME=4,69), “tristeza” (f=15; OME=4,27) e “neurônios” (f=14; OME=3,64). Diferentemente da relativa homogeneidade encontrada no provável núcleo central, esse quadrante reúne conteúdos de naturezas distintas. “Cérebro” e “neurônios” introduzem referências anatômicas e neurobiológicas; “idoso” aproxima a doença do envelhecimento; enquanto “solidão” e “tristeza” acrescentam componentes afetivos e relacionais. A representação, portanto, deixa de se restringir ao déficit de memória e passa a incorporar elementos relacionados

ao órgão afetado, ao grupo etário socialmente associado à doença e às repercussões emocionais atribuídas ao adoecimento.

A presença de “idoso” merece interpretação especialmente cuidadosa. A idade avançada constitui importante fator de risco para a doença de Alzheimer, mas envelhecimento e demência não são fenômenos equivalentes. No campo representacional analisado, o termo demonstra que a velhice ocupa posição relevante na compreensão social da doença, mas o resultado não permite saber se os participantes distinguem adequadamente envelhecimento fisiológico, declínio cognitivo relacionado à idade e processos neurodegenerativos. Assim, o achado deve ser compreendido como uma associação representacional, e não como evidência de conhecimento médico sobre a relação entre idade e Alzheimer.

Da mesma maneira, “cérebro” e “neurônios” evidenciam a presença de um repertório biomédico na primeira periferia, mas sua simples evocação não permite inferir domínio conceitual sobre neuropatologia. Esses termos indicam que parte do conhecimento socialmente compartilhado reconhece o Alzheimer como uma doença relacionada ao sistema nervoso e ao funcionamento cerebral. Sua localização periférica, entretanto, mostra que tais conteúdos possuem menor prontidão de evocação que “esquecimento”, “memória” e “demência”. O componente biomédico está, portanto, presente na representação, mas não constitui, pelos resultados apresentados, seu eixo estrutural mais saliente.

“Solidão” e “tristeza”, por sua vez, introduzem uma dimensão distinta. Nenhum conteúdo explicitamente afetivo integra o provável núcleo central apresentado, razão pela qual não seria metodologicamente adequado afirmar que esse núcleo possui, em si, uma dimensão emocional negativa. O que os resultados permitem sustentar é que conteúdos afetivos aparecem de forma relevante na primeira periferia, indicando que a experiência socialmente construída da doença ultrapassa sua dimensão cognitiva e incorpora sofrimento emocional e possíveis repercussões relacionais. Estudos realizados com familiares e cuidadores de pessoas com Alzheimer também identificaram a coexistência de conteúdos médicos, emocionais e relacionados à experiência cotidiana do cuidado, embora essas evidências externas devam ser utilizadas apenas como elementos de diálogo com os achados desta pesquisa.

Na zona de contraste, encontram-se “degeneração” (f=9; OME=2,00), “idade avançada” (f=8; OME=2,00), “perda de memória” (f=7; OME=1,00), “perda da mobilidade” (f=6; OME=2,00), “mente” (f=5; OME=1,00) e “abandono” (f=5; OME=2,00). São elementos de

menor compartilhamento global, mas caracterizados por evocação precoce. A baixa OME demonstra que, para os participantes que os mencionaram, esses conteúdos apresentaram elevada disponibilidade cognitiva.

Há, nesse quadrante, uma particularidade interpretativa relevante. “Perda de memória” apresenta proximidade semântica evidente com “esquecimento” e “memória”, localizados no provável núcleo central. Em vez de representar necessariamente um conteúdo divergente, sua presença na zona de contraste pode funcionar como reforço semântico do eixo cognitivo-mnésico predominante na estrutura. “Degeneração” e “mente” também aproximam a representação de uma compreensão de deterioração neurológica e cognitiva, enquanto “idade avançada” retoma a associação entre Alzheimer e envelhecimento já observada na primeira periferia por meio do termo “idoso”.

“Perda da mobilidade” e “abandono” introduzem conteúdos diferentes. O primeiro pode refletir uma percepção mais ampla da progressão da dependência e das perdas funcionais atribuídas à doença, embora o dado não permita concluir que os participantes estejam descrevendo manifestações clínicas específicas da DA. “Abandono”, por sua vez, desloca o campo representacional para uma dimensão relacional e social, sugerindo que, para uma parcela menor dos participantes, a doença é associada também à vulnerabilidade das relações de cuidado. Por se encontrarem na zona de contraste, esses elementos podem indicar sensibilidades particulares de segmentos do grupo, mas a existência efetiva de subgrupos representacionais somente poderia ser demonstrada mediante análises complementares e cruzamentos com características dos participantes.

A segunda periferia, composta por “problema crônico” (f=8; OME=3,00), “debilitado” (f=8; OME=4,00), “degenerativo” (f=8; OME=5,00), “agitação” (f=7; OME=3,29), “GABA” (f=7; OME=4,00) e “dopamina” (f=7; OME=5,00), apresenta maior heterogeneidade e menor prontidão de evocação. “Problema crônico”, “debilitado” e “degenerativo” remetem à duração, progressão e repercussões do adoecimento; “agitação” aproxima-se de manifestações comportamentais percebidas; enquanto “GABA” e “dopamina” evidenciam a circulação de terminologia neurobiológica entre parte dos participantes.

A presença de “GABA” e “dopamina” deve ser interpretada com especial prudência. Esses termos demonstram familiaridade lexical com conceitos neurocientíficos, mas a tarefa de evocação, isoladamente, não permite determinar se foram empregados com precisão

fisiopatológica ou se representam conteúdos provenientes da circulação social de informações sobre cérebro e neurotransmissores. Por essa razão, seria inadequado tomar sua ocorrência como evidência de conhecimento especializado sobre a neurobiologia da doença de Alzheimer. Sua posição na segunda periferia é mais compatível com conteúdos menos compartilhados e mais dependentes de experiências, formação ou exposição informacional específicas.

Considerando conjuntamente os quatro quadrantes, observa-se uma organização representacional que pode ser compreendida, para fins interpretativos, a partir de três dimensões inter-relacionadas. A primeira, e estruturalmente mais saliente, é cognitivo-mnésica, organizada sobretudo por “esquecimento”, “memória”, “demência” e reforçada por “perda de memória” e “mente”. A segunda é biomédico-neurológica, expressa por termos como “cérebro”, “neurônios”, “degeneração”, “degenerativo”, “GABA” e “dopamina”. A terceira é psicossocial-afetiva e funcional, percebida em “solidão”, “tristeza”, “abandono”, “debilitado” e “perda da mobilidade”. Essas dimensões são categorias interpretativas construídas a partir do conteúdo das evocações e não correspondem a fatores estatísticos identificados por análise multivariada.

O aspecto mais consistente dos resultados, portanto, não parece estar simplesmente na presença simultânea de palavras médicas e emocionais, mas na posição diferencial que esses conteúdos ocupam na estrutura representacional. O provável núcleo central permanece concentrado em uma compreensão cognitivo-mnésica da doença, enquanto os conteúdos neurobiológicos, afetivos, sociais e funcionais se distribuem predominantemente pelos sistemas periféricos e pela zona de contraste. Tal configuração sugere que o Alzheimer é tornado socialmente compreensível, em primeiro lugar, pela imagem do comprometimento da memória, à qual se agregam conhecimentos sobre cérebro e degeneração, associações com envelhecimento e conteúdos relacionados ao sofrimento e à vulnerabilidade.

Essa leitura também possui implicação para a comunicação em saúde. Se a memória e o esquecimento constituem os elementos mais salientes da representação, estratégias educativas não precisam necessariamente desconstruir essa associação, que possui fundamento clínico, mas podem ampliá-la, apresentando a doença como condição neurodegenerativa complexa que não se restringe ao esquecimento e cuja abordagem envolve avaliação cognitiva e funcional, acompanhamento clínico, orientação familiar e atenção às necessidades do cuidador. A representação social identificada, nesse sentido, pode constituir um ponto de partida para

aproximar conhecimento social e conhecimento médico, desde que seus elementos sejam compreendidos dentro dos limites metodológicos da análise prototípica.

4.5 Conhecimento sobre novos exames e biomarcadores

Figura 4 – Nível declarado de conhecimento sobre novos exames e diagnósticos, incluindo biomarcadores



Fonte: dados da pesquisa (n = 100). Elaboração própria.

Os dados indicam concentração no nível baixo de conhecimento, assinalado por 57% dos participantes. A categoria intermediária reúne 28%, enquanto 15% declararam nível alto. A diferença entre os extremos é de 42 pontos percentuais. Ainda assim, o resultado não significa desconhecimento absoluto, pois a questão mensura uma dimensão específica e registra heterogeneidade interna.

A interpretação precisa ser compatível com o conteúdo efetivamente medido. Conhecimento sobre biomarcadores não equivale, por si só, à alfabetização em saúde global, competência clínica ou capacidade geral de compreender informações médicas. Estudos sobre alfabetização em saúde enfatizam que o construto envolve acessar, compreender, avaliar e utilizar informações, e não apenas reconhecer conteúdos técnicos (Liu *et al.,* 2020).

O achado adquire relevância adicional diante da rápida transformação do campo diagnóstico. Critérios revisados de 2024 incorporam avanços em biomarcadores sanguíneos e reconhecem que determinados biomarcadores plasmáticos, quando suficientemente acurados, podem integrar a avaliação biológica da doença. Isso aumenta a necessidade de comunicação clara e de educação em saúde, sobretudo porque a incorporação de novos testes ao debate público pode ocorrer mais rapidamente do que sua compreensão social (Jack *et al*., 2024).

Não se pode, entretanto, atribuir os 57% a falha médica, escolaridade, profissão ou ausência de campanhas, pois o desenho apresentado não testou essas relações. O resultado sustenta apenas que, na amostra e segundo a operacionalização da questão, predomina autopercepção de baixo conhecimento sobre novos exames e biomarcadores.

4.6 Percepção sobre as condições físicas e emocionais do cuidador

Figura 5 – Percepção sobre a consideração das condições físicas e emocionais do cuidador



Fonte: dados da pesquisa (n = 100). Elaboração própria.

A categoria “pouco considerada” reúne 49% das respostas e constitui a modalidade mais frequente. “Bastante considerada” corresponde a 30%, e “moderadamente considerada” a 21%. Como a primeira categoria não ultrapassa 50%, não há maioria absoluta; o resultado deve ser descrito como predominância relativa de uma avaliação crítica, coexistindo com 51% de respostas que reconhecem consideração moderada ou elevada.

Essa heterogeneidade é importante. O dado não autoriza afirmar que todos os cuidadores estejam desassistidos, nem que os cuidadores vinculados aos participantes apresentem necessariamente sobrecarga, depressão ou adoecimento. A questão avalia uma percepção sobre o grau de consideração das condições do cuidador, e não um desfecho clínico medido por instrumento validado.

A relevância conceitual do resultado decorre do lugar ocupado pelo cuidador no percurso das demências. A Organização Mundial da Saúde reconhece que familiares e cuidadores informais respondem por parcela substancial do cuidado e podem sofrer repercussões físicas, emocionais e econômicas. A literatura sobre sobrecarga do cuidador também a descreve como

fenômeno multidimensional, cuja mensuração exige instrumentos específicos (Tu *et al.,* 2022; World Health Organization, 2026).

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências reforça uma abordagem multissetorial. A leitura dos dados sugere que o cuidador deve ser incluído de maneira explícita nas estratégias de informação, orientação e suporte, mas não permite avaliar, por si só, a efetividade de serviços ou políticas existentes.

4.7 Integração conceitual dos resultados: saúde, direito e representação social

A leitura integrada dos resultados evidencia que a doença de Alzheimer é representada por uma combinação de perda cognitiva, ameaça emocional, envelhecimento, conhecimento biomédico e repercussões relacionais. Essa configuração é coerente com um objeto social complexo: o grupo não fala apenas de neuropatologia, tampouco apenas de sofrimento. Ele articula elementos científicos, experiências sociais e avaliações afetivas em uma mesma estrutura de sentido.

O peso de "esquecimento" e "memória" mostra que a compreensão cotidiana permanece fortemente vinculada ao sintoma mais reconhecível. Isso pode favorecer o reconhecimento social da doença, mas também pode reduzir sua complexidade quando outras dimensões, funcionalidade, comportamento, diagnóstico diferencial, autonomia, cuidado e direitos ficam menos acessíveis. A presença periférica de biomarcadores revela, por sua vez, que conteúdos técnico-científicos já circulam, embora não ocupem o mesmo lugar de espontaneidade.

Do ponto de vista jurídico, uma representação dominada por "demência", "senilidade", "dependência" e "debilitado" exige atenção para que a vulnerabilidade não seja confundida com supressão automática da autonomia. A proteção legal deve acompanhar as necessidades concretas da pessoa e preservar direitos, participação e dignidade. A Lei nº 14.878/2024 oferece base para uma resposta articulada entre setores e amplia a compreensão do cuidado para além do tratamento farmacológico.

O baixo conhecimento declarado sobre biomarcadores e a percepção crítica sobre a consideração das condições do cuidador apontam para duas frentes complementares. A primeira é comunicacional: avanços diagnósticos precisam ser traduzidos de forma acessível, responsável e compatível com o nível de compreensão do público. A segunda é assistencial e social: o cuidado

integral exige reconhecer que a trajetória da doença afeta também quem acompanha diariamente o paciente.

Em termos de representações sociais, esses resultados sugerem que ações educativas mais eficazes não devem simplesmente substituir conhecimentos cotidianos por linguagem técnica. É mais promissor partir dos elementos já compartilhados: memória, esquecimento, medo, família e dependência e estabelecer pontes com informações cientificamente adequadas sobre envelhecimento, diagnóstico, biomarcadores, cuidado e direitos. Essa estratégia respeita a forma como o conhecimento social se organiza e pode reduzir a distância entre ciência, políticas públicas e experiência concreta.

5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados devem ser interpretados à luz de limitações objetivas. A amostra possui concentração de participantes mais jovens, com ensino superior ou pós-graduação e elevada presença de estudantes, o que restringe a generalização para a população brasileira. Além disso, algumas categorias ocupacionais apresentam poucos participantes, dificultando comparações entre grupos.

A análise prototípica é exploratória e produz hipóteses estruturais. Frequência elevada e evocação precoce não confirmam, isoladamente, que um termo pertence definitivamente ao núcleo central. Testes de centralidade, análise de similitude, justificativas de evocação, análise de conteúdo, comparação entre subgrupos e procedimentos relacionados à zona muda podem aprofundar a investigação.

As questões categóricas analisadas são descritivas e não permitem estabelecer causalidade. O baixo conhecimento declarado sobre biomarcadores não pode ser atribuído à escolaridade, profissão ou comunicação médica sem análise específica; de modo semelhante, a percepção sobre o cuidador não equivale a diagnóstico de sobrecarga ou avaliação direta da oferta de serviços.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender que a doença de Alzheimer, no grupo investigado, é representada prioritariamente a partir da memória e de sua perda. “Esquecimento” ocupa posição de destaque no provável núcleo central, acompanhado por “memória”, “demência”, “medo”, “doença”, “apatia”, “ruim” e “senilidade”. A estrutura encontrada revela que a representação não é apenas cognitiva: ela incorpora medo, avaliação negativa, associações com envelhecimento e consequências psicossociais.

As periferias mostram um campo mais diversificado, no qual conhecimentos biomédicos convivem com conteúdos afetivos, familiares e existenciais. Termos como “cérebro”, “neurônios” e “beta-amiloide” indicam circulação de linguagem científica, enquanto “solidão”, “tristeza”, “dependência”, “família”, “identidade”, “perdas” e “sofrimento” aproximam o objeto da experiência cotidiana. Essa convivência reforça a utilidade da Teoria das Representações Sociais para compreender como ciência e vida social se encontram na construção de sentidos sobre a doença.

Os resultados adicionais mostram que 57% dos participantes se situaram no nível baixo de conhecimento sobre novos exames e biomarcadores e que 49% perceberam as condições físicas e emocionais do cuidador como pouco consideradas. Esses achados devem permanecer nos limites do instrumento, mas oferecem elementos concretos para discutir comunicação em saúde e inclusão do cuidador nas estratégias de atenção.

A análise integrada evidencia que o enfrentamento do Alzheimer exige articulação entre diagnóstico cientificamente atualizado, cuidado longitudinal, apoio aos familiares, comunicação acessível e proteção jurídica. A legislação brasileira recente avança ao reconhecer a necessidade de política multissetorial, enquanto os desenvolvimentos científicos em biomarcadores ampliam as possibilidades de caracterização biológica da doença. O desafio é fazer com que esses avanços alcancem as pessoas sem produzir novas formas de exclusão, estigma ou simplificação.

Por fim, os resultados não encerram a investigação. Eles oferecem uma base estrutural consistente para etapas posteriores, sobretudo testes de centralidade, análise de similitude, análise qualitativa das justificativas, comparação entre grupos e, se previsto no desenho, investigação da zona muda. O principal mérito do conjunto analisado está em mostrar que compreender o Alzheimer requer observar, simultaneamente, aquilo que a ciência descreve, aquilo que o direito

protege e aquilo que as pessoas efetivamente pensam, sentem e evocam quando a doença passa a fazer parte de seu horizonte social.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In: ABRIC, Jean-Claude (org.). Méthodes d'étude des représentations sociales. Ramonville-Saint-Agne: Érès, 2003. p. 59-80.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2024 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia, v. 20, n. 4, 2024.

AMADO, Daniela K. et al. Knowledge about Alzheimer's disease in the Brazilian population. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 76, n. 11, p. 775-782, 2018. DOI: 10.1590/0004-282X20180106.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003.

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 e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença de Alzheimer e outras demências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 27, de 27 de novembro de 2025. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

JACK, Clifford R. Jr. et al. Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. Alzheimer's & Dementia, v. 20, n. 8, p. 5143-5169, 2024. DOI: 10.1002/alz.13859.

LIU, Chenxi et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. Family Medicine and Community Health, v. 8, e000351, 2020. DOI: 10.1136/fmch-2020-000351.

LOUIZOU, Elena et al. Medical doctors approaches and understanding of health literacy: a systematic literature review. Cureus, v. 16, n. 1, e51448, 2024. DOI: 10.7759/cureus.51448.

MENDES, Cinthia Filgueira Maciel; SANTOS, Anderson Lineu Siqueira dos. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. Saúde e Sociedade, v. 25, n. 1, p. 121-132, 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902015142591.

ROSTAMZADEH, Ayda et al. Health literacy in individuals at risk for Alzheimer's dementia: a systematic review. The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease, v. 7, p. 47-55, 2020. DOI: 10.14283/jpad.2019.34.

TU, Jia-Yi et al. Caregiver burden and dementia: a systematic review of self-report instruments. Journal of Alzheimer's Disease, v. 86, n. 4, p. 1527-1543, 2022. DOI: 10.3233/JAD-215082.

VERGÈS, Pierre. L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. Bulletin de Psychologie, v. 45, n. 405, p. 203-209, 1992. DOI: 10.3406/bupsy.1992.14128.

WACHELKE, João; WOLTER, Rafael. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 27, n. 4, p. 521-526, 2011. DOI: 10.1590/S0102-37722011000400017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dementia. Geneva: WHO, 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. iSupport for dementia: training and support manual for carers of people with dementia. Geneva: WHO, 2019.