

Nota de posicionamento da Diretoria Científica da ABRAz Nacional

sobre a recente revisão da
**Cochrane envolvendo terapias
anti-amiloide** para tratamento
da doença de Alzheimer



A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz), por meio de sua Diretoria Científica Nacional, acompanha de forma permanente a evolução das evidências científicas relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento da doença de Alzheimer. Nosso compromisso institucional é analisar novos estudos com rigor metodológico, equilíbrio e responsabilidade, sempre tendo como prioridade o melhor interesse das pessoas que vivem com demência e de seus familiares.

Recentemente, foi publicada uma revisão sistemática da Cochrane avaliando anticorpos monoclonais direcionados à proteína beta-amiloide (que exerce papel central na fisiopatologia desta condição) em pessoas com doença de Alzheimer em fases iniciais (estágio de comprometimento cognitivo leve ou demência leve). O documento conclui, de forma geral, que o efeito dessas terapias sobre cognição e progressão clínica seria pequeno ou de relevância clínica limitada, além de confirmar maior risco de efeitos colaterais, como as alterações radiológicas conhecidas como ARIA (do inglês, amyloid-related imaging abnormalities), especialmente edema cerebral e micro-hemorragias.

A publicação merece atenção e respeito, como toda revisão produzida por uma instituição tradicionalmente reconhecida. No entanto, entendemos que seus resultados devem ser interpretados com cautela, sobretudo quando utilizados para orientar decisões clínicas, políticas públicas ou a percepção da sociedade sobre avanços terapêuticos recentes.

NEM TODAS AS TERAPIAS ANTI-AMILOIDE SÃO IGUAIS

Um ponto central é que a revisão agrupou, em uma mesma análise, diferentes moléculas desenvolvidas ao longo de muitos anos, com perfis bastante distintos de eficácia, dose, desenho de estudo, estágio de desenvolvimento e capacidade de remoção cerebral da proteína beta-amiloide. Entre elas estão medicamentos já descontinuados, terapias experimentais antigas e drogas que nunca chegaram à prática clínica.

Do ponto de vista científico, reunir medicamentos tão heterogêneos em uma única revisão global pode diluir resultados positivos observados com agentes mais modernos e mais potentes. Em outras palavras: analisar “anti-amiloides” como se fossem uma única intervenção pode levar a interpretações simplificadas de uma realidade muito mais complexa.

DONANEMABE E LECANEMABE DEVEM SER AVALIADOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA

Atualmente, os dois tratamentos anti-amiloide com maior robustez de evidência e que obtiveram aprovações regulatórias internacionais e nacionais são o Lecanemabe e o Donanemabe. Ambos foram estudados em ensaios clínicos contemporâneos, com metodologias mais refinadas, biomarcadores bem definidos e resultados consistentes em populações com doença de Alzheimer inicial.

Nos estudos pivotais dessas medicações, observou-se desaceleração da progressão clínica quando comparadas ao placebo, com impacto em escalas cognitivas e funcionais relevantes. Mais importante: tais resultados foram acompanhados de demonstração objetiva de remoção cerebral da proteína beta-amiloide e de seguimento clínico que sugere manutenção do benefício ao longo do tempo em pacientes adequadamente selecionados.

Por isso, considerar esses fármacos apenas como parte de um bloco genérico de “terapias anti-amiloide” não reflete adequadamente o estado atual da ciência. O avanço recente nessa área decorre justamente da evolução tecnológica e metodológica que permitiu identificar moléculas mais eficazes e estratégias terapêuticas mais precisas.

BENEFÍCIO CLÍNICO REAL EXIGE INTERPRETAÇÃO CONTEXTUALIZADA

Na doença de Alzheimer, especialmente em fases iniciais, mesmo reduções moderadas na velocidade de progressão podem representar ganhos relevantes para pacientes e famílias. Retardar perda de autonomia, preservar capacidade funcional por mais tempo e postergar dependência crescente são desfechos com significado concreto na vida real.

Por esse motivo, a discussão sobre “tamanho de efeito” não deve se limitar a números estatísticos isolados. É necessário considerar contexto clínico, estágio da doença, metas terapêuticas, preferências do paciente e impacto familiar.

SEGURANÇA IMPORTA – E MONITORAMENTO É ESSENCIAL

Também é correto reconhecer que essas terapias apresentam riscos, particularmente ARIA, que exige protocolos de seleção, monitorização por ressonância magnética e acompanhamento por equipes capacitadas.

Segurança deve ser parte inseparável da conversa terapêutica.

Entretanto, a própria revisão aponta que não houve aumento claro de mortalidade ou de eventos adversos graves globais em comparação ao placebo. Isso reforça que a discussão não é simplesmente “funciona versus não funciona”, mas sim para quem indicar, em que momento, com quais critérios e sob qual estrutura assistencial.

O COMPROMISSO DA ABRAz

A ABRAz reconhece que ainda há perguntas importantes em aberto: duração ideal do tratamento, custo-efetividade, acesso no sistema de saúde, biomarcadores mais apropriados, impacto em diferentes perfis de pacientes e acompanhamento em longo prazo. Esses debates são legítimos e necessários.

Ao mesmo tempo, entendemos que não se deve desconsiderar evidências positivas recentes por interpretações excessivamente generalistas. O momento atual da terapêutica da doença de Alzheimer exige nuance, responsabilidade e atualização constante.

Reafirmamos que a Diretoria Científica da ABRAz Nacional seguirá pautada pelas melhores evidências disponíveis, interpretadas com seriedade, independência e senso crítico, sempre com foco no cuidado centrado na pessoa, no apoio às famílias e na defesa de avanços científicos que possam transformar a trajetória da doença de Alzheimer no Brasil.

Atenciosamente,

Diretoria científica da ABRAz Nacional

Dr. Norberto Anízio Ferreira Frota – CRM-CE 8531 / RQE 3923

Dr. Bruno Diógenes Iepsen – CRM-CE 17197 / RQE 12497

Dr. Lucas Porcello Schilling – CRM-RS 33705 / RQE 25173

São Paulo, 18 de Abril de 2026