



## **PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO**

### **Paciente:**

**Idade:** 74 anos.

**Diagnóstico:** Demência na Doença de Alzheimer (CID F00) em estágio moderado, bexiga hiperativa com incontinência urinária (CID N32.81) e incontinência urinária não especificada (CID N32).

### **Prescrição:**

1. Galantamina 24 mg (Coglive®)
2. Memantina 10 mg
3. Trazodona 50 mg (Donaren®)
4. Quetiapina 25 mg
5. Cloreto de tróspio 15 mg (Spasmex®)

**Histórico:** Paciente em uso contínuo dos medicamentos. Foi descrito estabilização da doença, apesar de ser um quadro neurodegenerativo progressivo. Médica assinala que se trata do único tratamento existente, não havendo registro de uso prévio ou falha de alternativas padronizadas no SUS.

## **1. GALANTAMINA**

### **1.1 Indicação em bula**

O bromidrato de galantamina é indicado para o tratamento sintomático da **demência do tipo Alzheimer** de intensidade leve a moderada e tratamento sintomático da demência de Alzheimer de intensidade leve a moderada com doença vascular cerebral relevante (BROMIDRATO DE GALANTAMINA, 2020).

### **1.2 Padronização no Sistema Único de Saúde (SUS)**

O medicamento galantamina está padronizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento da **Doença de Alzheimer** - CID10 G30.0, G30.1, G30.8, F00.0, F00.1, F00.2, **por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**, nas apresentações de 8 mg, 16 mg e **24 mg** (cápsula de liberação prolongada), sendo necessário o preenchimento dos critérios de inclusão definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da doença.



## 2. MEMANTINA

### 2.1 Indicação em bula

O cloridrato de memantina é indicado para o tratamento da doença de Alzheimer moderada a grave (CLORIDRATO DE MEMANTINA, 2021).

### 2.2 Padronização no SUS

O medicamento memantina está padronizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento da **Doença de Alzheimer** - CID10 G30.0, G30.1, G30.8, F00.0, F00.1, F00.2, por meio do CEAF, na apresentação de **10 mg** (comprimido), sendo necessário o preenchimento dos critérios de inclusão definidos pelo PCDT da doença.

## 3. TRAZODONA

### 3.1 Indicação em bula

Este medicamento é indicado no tratamento da depressão com ou sem episódios de ansiedade, da dor associada à neuropatia diabética e de outros tipos de dores crônicas e no tratamento da depressão maior (BRAINFARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA S.A., 2024).

A trazodona não possui indicação em bula para demência de Alzheimer, bexiga hiperativa ou incontinência urinária. Seu uso no contexto deste paciente seria **off label**, fundamentado em evidências científicas que exploram benefícios potenciais sobre distúrbios do sono e, indiretamente, sobre cognição e comportamento em demência.

### 3.2 Padronização no SUS

O medicamento trazodona **não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024)**, que contempla os medicamentos e insumos disponíveis no SUS. Alternativas terapêuticas disponíveis no âmbito do SUS pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF):

- Amitriptilina
- Carbonato de lítio
- Clomipramina
- Fluoxetina
- Nortriptilina



### **3.3 Evidência Científica**

Este ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo (n=34) avaliou o uso de trazodona 50 mg por duas semanas em pacientes com doença de Alzheimer e distúrbios do sono, concluindo que o fármaco não prejudicou o desempenho cognitivo em comparação ao placebo, mantendo-se seguro no contexto de pacientes com demência (CAMARGOS et al., 2015).

Esta revisão sistemática Cochrane (MCCLEERY; SHARPLEY, 2020) identificou apenas um ensaio clínico randomizado com 30 pacientes, no qual a trazodona 50 mg por duas semanas aumentou o tempo total de sono noturno em cerca de 42 minutos e melhorou a eficiência do sono em 8,5%. Não houve impacto significativo na cognição ou nos despertares noturnos, e os eventos adversos foram leves. Esses achados sugerem benefício potencial, embora a evidência seja de baixa certeza devido ao pequeno número de participantes.

Revisão sistemática que incluiu 16 estudos (ensaios clínicos randomizados e coortes), concluiu que a trazodona apresenta efeitos variáveis sobre a cognição: em uso agudo pode comprometer o desempenho cognitivo, mas em uso prolongado está associada à prevenção do declínio. Embora seu mecanismo de ação na via UPR sugira potencial modificador da doença, até o momento não há evidência clínica de que possa ser empregada como tratamento específico para doenças neurodegenerativas (GONÇALO; VIEIRA-COELHO, 2021).

Esta meta-análise de ensaios clínicos randomizados (ECRs) avaliou 14 estudos envolvendo intervenções farmacológicas para distúrbios do sono em pessoas com doença de Alzheimer. A análise mostrou que a trazodona proporcionou benefícios consistentes em parâmetros do sono, incluindo aumento do tempo total de sono noturno, redução de cochilos diurnos, diminuição da vigília após o início do sono e menor frequência de despertares noturnos, com efeitos adversos mínimos relatados. Além disso, alguns estudos sugeriram potencial benefício cognitivo associado ao uso prolongado. Os autores concluíram que, embora a trazodona se destaque como uma intervenção promissora e bem tolerada, são necessários mais ECRs para confirmar seu papel definitivo no manejo do sono em pacientes com Alzheimer (BEDWARD et al., 2024).



## **4. QUETIAPINA**

### **4.1 Indicação em bula**

Em adultos, hemifumarato de quetiapina é indicado para o tratamento da esquizofrenia, como monoterapia ou adjuvante no tratamento dos episódios de mania associados ao transtorno afetivo bipolar, dos episódios de depressão associados ao transtorno afetivo bipolar, no tratamento de manutenção do transtorno afetivo bipolar I (episódios maníaco, misto ou depressivo) em combinação com os estabilizadores de humor lítio ou valproato, e como monoterapia no tratamento de manutenção no transtorno afetivo bipolar (episódios de mania, mistos e depressivos).

Em adolescentes (13 a 17 anos), hemifumarato de quetiapina é indicado para o tratamento da esquizofrenia.

Em crianças e adolescentes (10 a 17 anos), hemifumarato de quetiapina é indicado como monoterapia ou adjuvante no tratamento dos episódios de mania associados ao transtorno afetivo bipolar (ANVISA, 2015).

### **4.2 Padronização no SUS**

O medicamento quetiapina está padronizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento da **Esquizofrenia – CID10 F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8; Transtorno Esquizoafetivo – CID10 F25.0, F25.1, F25.2; e Transtorno Afetivo Bipolar – CID10 F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7**, por meio do CEAF, nas apresentações de **25 mg**, 100 mg, 200 mg e 300 mg (comprimido), sendo necessário o preenchimento dos critérios de inclusão definidos pelo PCDT da doença.

\*Associações não permitidas vide Resumo do PCDT da Esquizofrenia, Resumo do PCDT do Transtorno Esquizoafetivo e Resumo do PCDT do Transtorno Afetivo Bipolar.

A prescrição do medicamento quetiapina para o diagnóstico do paciente (**Demência na Doença de Alzheimer**), configura-se como uso **off-label**, ou seja, fora das indicações formalmente aprovadas em bula.

### **4.3 Evidências Científicas**

A quetiapina, um antipsicótico atípico, tem sido utilizada de forma off-label no manejo de sintomas comportamentais e psicológicos associados à doença de Alzheimer (BPSD), como agitação, agressividade e sintomas psicóticos. Embora alguns estudos indiquem



eficácia em determinados contextos, a literatura também aponta para limitações clínicas e riscos significativos, incluindo eventos cardiovasculares, quedas, sedação e possível piora cognitiva.

Embora a quetiapina seja reconhecida por seu perfil de tolerabilidade em diversos contextos clínicos, seu uso em pacientes com demência do tipo Alzheimer é considerado controverso, principalmente devido a preocupações relacionadas à segurança. Diretrizes internacionais amplamente reconhecidas, como as do NICE e da APA, não a indicam como primeira opção terapêutica para esse perfil de paciente, destacando os riscos associados. Apesar de apresentar menor incidência de efeitos extrapiramidais em comparação aos antipsicóticos típicos, a quetiapina está associada a eventos adversos como sonolência, tontura e hipotensão ortostática, que, em idosos, especialmente aqueles com comprometimento neurodegenerativo, podem contribuir para um risco aumentado de quedas, eventos cerebrovasculares e mortalidade. Esses fatores justificam a necessidade de cautela em sua indicação, bem como de monitoramento rigoroso durante o uso.(EL-SAIFI et al., 2016; MAUST et al., 2015; SCHNEIDER; DAGERMAN; INSEL, 2005; ZHONG et al., 2007)

Quanto ao impacto cognitivo e funcional, algumas evidências apontam para um discreto declínio no desempenho em testes cognitivos durante o uso prolongado da medicação, o que reforça a necessidade de monitoramento contínuo nesses casos.(SCHNEIDER; DAGERMAN; INSEL, 2006)

Cabe destacar que, embora os antipsicóticos possam ter papel em situações clínicas de maior gravidade e refratariedade a outras abordagens, os ensaios clínicos randomizados disponíveis até o momento não demonstram eficácia consistente da quetiapina para essa finalidade. Em contrapartida, a risperidona é respaldada por maior robustez de evidência no manejo da agitação em demência e, inclusive, figura como a única recomendação expressa nas diretrizes do NICE para esse contexto.(OVERVIEW | DEMENTIA, 2018)

A tabela 1 sintetiza os principais estudos clínicos, revisões sistemáticas e análises de diretrizes que avaliaram a eficácia e a segurança da quetiapina em pacientes com Alzheimer.



**Tabela 1: Evidências científicas sobre a eficácia e segurança da quetiapina na doença de Alzheimer e demência**

<b>Estudo</b>	<b>Tipo</b>	<b>N (total)</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Desfechos principais</b>	<b>Riscos</b>
(CHEUNG; STAPELBERG, 2011)	Meta-análise (6 ECRs)	Varia (BPSD)	Quetiapina vs placebo	Pequena melhora no NPI e CGI-C	Eficácia clínica questionável
(BALLARD et al., 2005)	ECR	93	Quetiapina / Rivastigmina / Placebo	Sem melhora na agitação, piora cognitiva significativa	Quetiapina Declínio cognitivo
(MA et al., 2022)	Revisão sistemática de diretrizes	Não aplicável	Quetiapina para sintomas psicóticos e insônia em demência	Pode ser opção para sintomas psicóticos graves (perfil de segurança melhor que haloperidol);	EAD potenciais; não usar para insônia; necessidade de avaliação e descontinuação periódica
(VISCOGLIOSI ; CHIRIAC; ETTORRE, 2017)	Longitudinal	75	Quetiapina vs Citalopram vs. Olanzapina	Eficácia semelhante ao citalopram e olanzapina na redução da agitação após 6 meses; maior incidência de hipotensão ortostática e hospitalizações; maior risco de quedas que citalopram (menor que olanzapina)	Hipotensão ortostática, quedas, hospitalizações, efeitos adversos relacionados a antipsicóticos atípicos
(BALLARD; WAITE; BIRKS, 2006)	Revisão sistemática	16 ECRs	Antipsicóticos atípicos vs placebo	Evidência insuficiente para quetiapina	Aumento de mortalidade e eventos cerebrovasculares



A quetiapina, embora utilizada de forma off-label para sintomas comportamentais e psicológicos na demência, não apresenta eficácia consistente nos ensaios clínicos randomizados e está associada a riscos relevantes, como piora cognitiva, sedação, hipotensão ortostática, quedas, eventos cerebrovasculares e aumento de mortalidade. Revisões sistemáticas e metanálises confirmam a insuficiência de evidência robusta para seu uso rotineiro, o que torna sua indicação controversa nesse contexto. Diretrizes internacionais, como as do NICE, não a recomendam como primeira escolha, reconhecendo a risperidona como a única opção respaldada para manejo de agitação em demência.

## **5. CLORETO DE TRÓSPIO**

### **5.1 Indicação**

Está indicado para o tratamento da instabilidade do detrusor ou hiperreflexia do detrusor acompanhada pelos sintomas da polaciúria, urgência miccional e incontinência urinária de urgência (APSEN FARMACÊUTICA S.A., 2025).

Trospium é usado para tratar os sintomas da bexiga hiperativa, como necessidade frequente de urinar ou incontinência (perda do controle da bexiga). Ajuda a relaxar os músculos da bexiga e a reduzir os episódios diários de incontinência. Trospium é um agente antiespasmódico urinário.

### **5.2 Padronização no SUS**

O medicamento cloreto de tróspio **não pertence ao elenco da RENAME (2024)**, que contempla os medicamentos e insumos disponíveis no SUS.

Incontinência urinária não especificada (R32), diagnóstico do paciente, é contemplado no **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Incontinência Urinária não Neurogênica**. O PCDT não tem opções de tratamento medicamentoso.

A avaliação de medicamentos da classe de antimuscarínicos, atualmente registrados no Brasil para o tratamento da bexiga hiperativa, como a oxibutinina, tolterodina, solifenacina e darifenacina e também o agonista beta-3 mirabegrone, foi procedida pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), e esses medicamentos não tiveram o uso recomendado. A recomendação de **não**



**incorporar** estas tecnologias foi publicada pelas portarias SCTIE/MS nº 33/2019 e nº 34/2019.

Cabe elucidar que na lista oficial de medicamentos no âmbito do SUS, não há alternativas terapêuticas frente ao medicamento pleiteado Cloreto de tróspio (Spasmex®) no manejo da doença que acomete o Autor.

### **5.3 Evidência Científica**

Revisão sistemática, que incluiu 18 estudos (5 ensaios clínicos randomizados e 13 observacionais), avaliou os efeitos cognitivos de fármacos antimuscarínicos usados no tratamento da bexiga hiperativa. Os resultados mostraram que o uso de oxibutinina e tolterodina esteve associado a declínio cognitivo em parte dos estudos, especialmente em idosos e em pacientes com Alzheimer. Em contraste, seis estudos sobre o tróspio não detectaram comprometimento cognitivo, sugerindo segurança neurocognitiva em pacientes com e sem déficit cognitivo basal (DUONG et al., 2021).

O tróspio, anticolinérgico oral, foi avaliado em uma revisão sistemática Cochrane de ensaios clínicos randomizados que incluiu mais de 47 mil participantes e comparou diversos fármacos anticolinérgicos ao placebo. Os resultados mostraram benefícios modestos porém relevantes: maior percepção de melhora clínica pelos pacientes (RR 1,38; IC95% 1,15–1,66), redução no número de episódios de urgência (diferença média –0,85 episódios/24h) e no número de micções (diferença média –0,85 micções/24h), ambos com evidência de certeza moderada. Quanto à segurança, observou-se aumento no risco de boca seca (RR 3,50) e retenção urinária (RR 3,52), além de maiores taxas de desistência por eventos adversos. Em síntese, o tróspio e outros anticolinérgicos oferecem melhora discreta dos sintomas da bexiga hiperativa, com perfil de segurança que requer monitoramento clínico cuidadoso (STONIUTE et al., 2023).

Este ensaio clínico multicêntrico, randomizado, duplo-cego e controlado por placebo (523 pacientes, 12 semanas) demonstrou que o cloreto de tróspio 20 mg duas vezes ao dia reduziu significativamente a frequência de micções e os episódios de incontinência de urgência, aumentou o volume por micção e melhorou a gravidade da urgência, frequência noturna e qualidade de vida, com início de efeito já na primeira semana e boa tolerabilidade (ZINNER et al., 2004).



## 6. CONCLUSÃO

A presente análise tem por objetivo avaliar a pertinência da prescrição sob a ótica da padronização do SUS, da conformidade com PCDTs vigentes, bem como da robustez das evidências científicas disponíveis para cada medicamento no contexto dos diagnósticos do paciente. Ressalta-se a necessidade de compatibilizar a indicação médica com os diagnósticos formalmente contemplados nos PCDTs e com o elenco de medicamentos padronizados, observando-se também as situações de uso off label que demandam fundamentação técnico-científica específica.

### • Galantamina:

- O bromidrato de galantamina está padronizado no SUS, pelo CEAF, para o tratamento da Doença de Alzheimer classificada nos CIDs G30.0, G30.1, G30.8, F00.0, F00.1 e F00.2, conforme definido no PCDT vigente.
- O laudo médico apresentado traz a indicação de CID F00 de forma geral, sem detalhamento do subtipo. Considera-se relevante destacar essa ausência de especificidade, pois os subtipos previstos no PCDT (F00.0, F00.1 e F00.2) são os que formalmente permitem enquadramento no protocolo.
- Ainda assim, do ponto de vista clínico e terapêutico, a prescrição de galantamina se alinha ao manejo sintomático da demência de Alzheimer em estágio moderado, quadro descrito no laudo, compatível com as indicações aprovadas em bula e reconhecidas nas diretrizes do SUS.

### • Memantina

- O cloridrato de memantina está padronizado no SUS, pelo CEAF, para o tratamento da Doença de Alzheimer nos CIDs G30.0, G30.1, G30.8, F00.0, F00.1 e F00.2, conforme definido no PCDT vigente.
- Do ponto de vista clínico e terapêutico, a prescrição de memantina é coerente com o estágio descrito de Alzheimer moderado, estando em conformidade tanto com a bula do medicamento quanto com as diretrizes do SUS, que contemplam seu uso para quadros de intensidade moderada a grave.



- **Trazodona** ○ A trazodona não integra a RENAME 2024 nem o elenco de medicamentos padronizados no SUS, havendo alternativas terapêuticas disponíveis pelo CBAF, como amitriptilina, clomipramina, nortriptilina, fluoxetina e carbonato de lítio.
  - Do ponto de vista regulatório, seu uso no contexto do paciente é off label, uma vez que a bula restringe a indicação ao tratamento da depressão, da depressão com ansiedade e da dor crônica, não incluindo demência, doença de Alzheimer ou distúrbios do sono.
  - O uso off label ocorre quando um medicamento é prescrito para uma indicação não prevista em bula. Isso não significa que seja incorreto, mas que a indicação ainda não foi aprovada pela autoridade regulatória. Em geral, essa prática se baseia em evidências científicas, fundamentos fisiopatológicos ou em similaridade com outras condições clínicas. A Lei nº 14.313/2022 autoriza o uso off label no SUS desde que haja recomendação da Conitec, evidências de eficácia, efetividade e segurança, e padronização em protocolo oficial.
  - Em relação à evidência científica, há suporte limitado, mas relevante, para o emprego da trazodona em pacientes com doença de Alzheimer associada a distúrbios do sono.
  - Em síntese, embora não padronizada no SUS e sem indicação em bula para os diagnósticos do paciente, a trazodona figura como uma opção terapêutica off label que pode ser considerada adjuvante no manejo de distúrbios do sono e sintomas associados em pacientes com demência, apresentando perfil de segurança aceitável, mas ainda carecendo de ensaios clínicos randomizados de maior escala para confirmação definitiva.
- **Quetiapina** ○ A quetiapina, embora padronizada no SUS para esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar, configura uso off-label no contexto da demência de Alzheimer.



- As evidências disponíveis, provenientes de ensaios clínicos randomizados de pequeno porte, metanálises e revisões sistemáticas, não demonstram eficácia consistente para sintomas comportamentais e psicológicos da demência (BPSD). Além disso, há riscos relevantes associados ao seu uso em idosos com Alzheimer, incluindo sedação, hipotensão ortostática, quedas, eventos cerebrovasculares e aumento da mortalidade. Diretrizes internacionais, como NICE e APA, não recomendam a quetiapina como primeira escolha, destacando a risperidona como a única opção respaldada para manejo da agitação em demência. Assim, sua prescrição nesse cenário exige cautela, monitoramento rigoroso e clara justificativa clínica diante da ausência de alternativas eficazes e seguras.
- **Cloreto de tróspio** ○ O cloreto de tróspio não faz parte da RENAME 2024 nem do elenco de medicamentos padronizados no SUS. Para o diagnóstico de N32.81 (bexiga hiperativa com incontinência urinária), não existe alternativa farmacológica disponível no SUS. Já no caso da incontinência urinária não especificada (R32), o PCDT vigente prevê apenas medidas não farmacológicas. Além disso, a CONITEC avaliou e rejeitou a incorporação de outros antimuscarínicos e do agonista  $\beta_3$  mirabegrona, reforçando a ausência de opções padronizadas nessa classe terapêutica. ○ Quanto à evidência científica, revisões sistemáticas indicam que o tróspio apresenta benefícios modestos, mas clinicamente relevantes, na redução de episódios de urgência, frequência de micções e melhora da qualidade de vida, embora associado a efeitos adversos como boca seca e retenção urinária. Em contraste com outros antimuscarínicos, mostrou perfil neurocognitivo mais favorável, não associado a declínio cognitivo em estudos que incluíram idosos e pacientes com Alzheimer. Ensaios clínicos randomizados de fase III confirmam eficácia e boa tolerabilidade no manejo da bexiga hiperativa.
  - Em síntese, o tróspio constitui uma opção terapêutica para o diagnóstico do paciente, com evidências de eficácia e segurança cognitiva.



Em síntese, observa-se que parte das prescrições encontra respaldo normativo e clínico no âmbito do SUS, ao passo que outras se enquadram como uso off label. À luz dos Temas 6 e 1234 do STF, a análise deve enfatizar que a concessão de fármacos não incorporados depende da demonstração de evidência científica, inexistência de substitutos terapêuticos no SUS e indicação clínica fundamentada. Dessa forma, o presente parecer técnico-científico contribui para subsidiar a decisão judicial, fornecendo base objetiva quanto à adequação terapêutica, segurança e efetividade dos medicamentos prescritos.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. **Bula HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA Liberação Prolongada**. 2015.

Disponível em:

<https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/906251?checkNotificado=false&checkRegistrado=true&substancia=20752&substanciaDescricao=hemifumarato%20de%20quetiapina&categoriasRegulatorias=5&situacaoRegistro=V>. Acesso em: 30 maio. 2025.

APSEN FARMACÊUTICA S.A. SPASMEX® (cloreto de tróspio) - Bula para Profissionais de Saúde. São Paulo, 2025. Disponível em:

<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=spasmex>.

BALLARD, Clive et al. Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer's disease: randomised double blind placebo controlled trial. **BMJ**, [S. l.], v. 330, n. 7496, p. 874, 2005. DOI: 10.1136/bmj.38369.459988.8F. Disponível em:

<https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.38369.459988.8F>. Acesso em: 8 ago. 2025.

BALLARD, Clive G.; WAITE, Jonathan; BIRKS, Jacqueline. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], v. 2012, n. 5, 2006. DOI: 10.1002/14651858.CD003476.pub2. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003476.pub2>. Acesso em: 8 ago. 2025.

BEDWARD, Amy; KAUR, Jasmine; SEEDAT, Sadiyah; DONOHUE, Holly; KOW, Chia Siang; RASHEED, Muhammad Kamran; JAVED, Amaan; HASAN, Syed Shahzad. Pharmacological interventions to improve sleep in people with Alzheimer's disease: a metaanalysis of randomized controlled trials. **Expert Review of Neurotherapeutics**, [S. l.], v. 24, n.

5, p. 527–539, 2024. DOI: 10.1080/14737175.2024.2341004. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14737175.2024.2341004>. Acesso em: 4 set. 2025.

BRAINFARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA S.A. (ORG.). Cloridrato de Trazodona. Anápolis, GO, 2024.

Bromidrato de galantamina. Hortolândia, SP, 2020. DOI: 10/12/2020.

CAMARGOS, Einstein Francisco; QUINTAS, Juliana Lima; LOUZADA, Luciana Lilian;



NAVES, Janeth O. S.; FURIOSO, Audrey C. T.; NÓBREGA, Otávio Toledo. Trazodone and Cognitive Performance in Alzheimer Disease. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 88–89, 2015. DOI: 10.1097/JCP.0000000000000237. Disponível em: <https://journals.lww.com/00004714-201502000-00017>. Acesso em: 4 set. 2025.

CHEUNG, Gary; STAPELBERG, Janli. Quetiapine for the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): a meta-analysis of randomised placebocontrolled trials. **The New Zealand Medical Journal**, [S. l.], v. 124, n. 1336, p. 39–50, 2011.

**Cloridrato de memantina**. . Diadema: Unichem Farmacêutica do Brasil Ltda., 2021.

DUONG, Vi; IWAMOTO, Aya; PENNYCUFF, Jon; KUDISH, Bela; IGLESIA, Cheryl. A systematic review of neurocognitive dysfunction with overactive bladder medications. **International Urogynecology Journal**, [S. l.], v. 32, n. 10, p. 2693–2702, 2021. DOI: 10.1007/s00192-021-04909-5. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s00192-02104909-5>. Acesso em: 5 set. 2025.

EL-SAIFI, N.; MOYLE, W.; JONES, C.; TUFFAHA, H. Quetiapine safety in older adults: a systematic literature review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 7–18, 2016. DOI: 10.1111/jcpt.12357. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpt.12357>. Acesso em: 15 maio. 2025.

GONÇALO, Ana Mafalda Gonçalves; VIEIRA-COELHO, Maria Augusta. The effects of trazodone on human cognition: a systematic review. **European Journal of Clinical Pharmacology**, [S. l.], v. 77, n. 11, p. 1623–1637, 2021. DOI: 10.1007/s00228-021-03161-6. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s00228-021-03161-6>. Acesso em: 4 set. 2025.

MA, Huixuan et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review With AGREE II. **Frontiers in Neurology**, [S. l.], v. 13, p. 799723, 2022. DOI: 10.3389/fneur.2022.799723. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2022.799723/full>. Acesso em: 8 ago. 2025.

MAUST, Donovan T.; KIM, Hyungjin Myra; SEYFRIED, Lisa S.; CHIANG, Claire; KAVANAGH, Janet; SCHNEIDER, Lon S.; KALES, Helen C. Antipsychotics, Other Psychotropics, and the Risk of Death in Patients With Dementia: Number Needed to Harm. **JAMA Psychiatry**, [S. l.], v. 72, n. 5, p. 438–445, 2015. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3018. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3018>. Acesso em: 15 maio. 2025.

MCCLEERY, Jenny; SHARPLEY, Ann L. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], v. 2020, n. 11, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD009178.pub4. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009178.pub4>. Acesso em: 4 set. 2025.

**Overview | Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers | Guidance | NICE**. 2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>. Acesso em: 15 maio. 2025.



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



COSAU | DEFENSORIA PÚBLICA  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Coordenação  
de Saúde

SCHNEIDER, Lon S.; DAGERMAN, Karen; INSEL, Philip S. Efficacy and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics for Dementia: Meta-analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 191–210, 2006. DOI: 10.1097/01.JGP.0000200589.01396.6d. Disponível em: [https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481\(12\)62035-1/abstract](https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481(12)62035-1/abstract). Acesso em: 15 maio. 2025.

SCHNEIDER, Lon S.; DAGERMAN, Karen S.; INSEL, Philip. Risk of Death With Atypical Antipsychotic Drug Treatment for Dementia Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. **JAMA**, [S. l.], v. 294, n. 15, p. 1934–1943, 2005. DOI: 10.1001/jama.294.15.1934. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.294.15.1934>. Acesso em: 15 maio. 2025.

STONIUTE, Akvile; MADHUVRATA, Priya; STILL, Madeleine; BARRON-MILLAR, Evelyn; NABI, Ghulam; OMAR, Muhammad Imran. Oral anticholinergic drugs versus placebo or no treatment for managing overactive bladder syndrome in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], v. 2023, n. 5, 2023. DOI: 10.1002/14651858.CD003781.pub3. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003781.pub3>. Acesso em: 5 set. 2025.

VISCOGLIOSI, Giovanni; CHIRIAC, Iulia Maria; ETTORRE, Evaristo. Efficacy and Safety of Citalopram Compared to Atypical Antipsychotics on Agitation in Nursing Home Residents With Alzheimer Dementia. **Journal of the American Medical Directors Association**, [S. l.], v. 18, n. 9, p. 799–802, 2017. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.06.010. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861017303419>. Acesso em: 5 set. 2025.

ZHONG, Kate X.; TARIOT, P. N.; MINTZER, J.; MINKWITZ, M. C.; DEVINE, N. A. Quetiapine to Treat Agitation in Dementia: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. **Current Alzheimer Research**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 81–93, 2007. DOI: 10.2174/156720507779939805. Disponível em: <https://www.eurekaselect.com/article/22755>. Acesso em: 15 maio. 2025.

ZINNER, Norman; GITTELMAN, Marc; HARRIS, Richard; SUSSET, Jacques; KANELLOS, Angelo; AUERBACH, Stephen; FOR THE TROSPIUM STUDY GROUP. TROSPIUM CHLORIDE IMPROVES OVERACTIVE BLADDER SYMPTOMS: A MULTICENTER PHASE III TRIAL. **Journal of Urology**, [S. l.], v. 171, n. 6 Part 1, p. 2311–2315, 2004. DOI: 10.1097/01.ju.0000127742.73136.0c. Disponível em: <http://www.jurology.com/doi/10.1097/01.ju.0000127742.73136.0c>. Acesso em: 5 set. 2025.

Rio de Janeiro, 05/09/2025.

Alessandra de Souza

CRF-RJ 11335

Mat. 999812351

[alessandra.souza@defensoria.rj.def.br](mailto:alessandra.souza@defensoria.rj.def.br)

