



LARISSA DE FREITAS OLIVEIRA

**ATENÇÃO À DOENÇA DE ALZHEIMER NO SUS: ASPECTOS ESTRUTURAIS,
CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS EM UMA ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL**

BRASÍLIA, 2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LARISSA DE FREITAS OLIVEIRA

**ATENÇÃO À DOENÇA DE ALZHEIMER NO SUS: ASPECTOS ESTRUTURAIS,
CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS EM UMA ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL**

Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutor em
Ciências da Saúde pelo Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Rita
Carvalho Garbi Novaes.

BRASÍLIA
2025

LARISSA DE FREITAS OLIVEIRA

**ATENÇÃO À DOENÇA DE ALZHEIMER NO SUS: ASPECTOS ESTRUTURAIS,
CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS EM UMA ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL**

Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutor em
Ciências da Saúde pelo Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 23 de junho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Rita Carvalho Garbi Novaes (Presidente)

Universidade de Brasília (UnB)

Prof Dr Alexandre de Góes Martini

Universidade de Brasília (UnB)

Profª Drª Juliana Onofre de Lira

Universidade de Brasília (UnB)

Profª Drª Angela Maria Sacramento

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)

Prof Dr Suderlan Sabino Leandro (Suplente)

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)

Dedico esta tese à memória de minha amada avó Astréia, cuja fé e doçura resistiram mesmo diante dos sintomas devastadores da demência. Foi ao seu lado que aprendi que cuidar é também gesto de amor, e que a ciência encontra seu verdadeiro sentido quando alivia o sofrimento. Seguirei lutando por uma assistência mais humana e digna às pessoas que vivem com demência e seus familiares. Sua luz me guia, mesmo na ausência.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus e a Nossa Senhora, por me protegerem e iluminarem meu caminho em todos os momentos.

Aos meus pais, Wander e Tânia, pelo amor incondicional, apoio constante e por serem, em todos os momentos, meu refúgio e fortaleza.

Aos meus irmãos, Taissa e Hernane, pelo incentivo e pela presença firme e carinhosa em cada etapa desta jornada.

Ao meu sobrinho João Pedro, a quem chamo de filho, por me inspirar a ser exemplo de dedicação, coragem e retidão.

Ao meu esposo João, por ser um verdadeiro companheiro: presente, paciente e encorajador. Sua generosidade e compreensão diante das ausências impostas pelos estudos tornaram este percurso possível.

Ao meu filho Miguel, meu amor mais puro e eterno, que dá sentido a tudo o que faço e é, todos os dias, minha maior motivação.

À minha orientadora, professora Maria Rita: sua postura ética, sensível e comprometida foi fundamental para a construção deste trabalho.

Aos amigos e coautores dos artigos que integram esta tese, minha sincera gratidão pela parceria construtiva: Flávio Vieira e Luciana Louzada, pela escuta que conforta, presença que fortalece e bom humor nos momentos difíceis; Melquia Lima, cuja luta incansável pelo SUS, brilhantismo em Saúde Coletiva e sensibilidade para o comportamento humano me ensinaram a enxergar além dos dados e protocolos; e Hudson Pinheiro, por seu acolhimento generoso, trazendo leveza mesmo nas fases mais desafiadoras.

Aos idosos e seus familiares, que confiaram em nosso trabalho e permitiram que suas vivências se transformassem em fonte de aprendizado, reflexão e aprimoramento do cuidado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pelo suporte institucional e pela formação sólida.

“Não podemos mudar o que está acontecendo, mas podemos ajudar a colocar o fardo em proporções suportáveis.”

Cicely Saunders

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA) representa uma das principais causas de dependência em pessoas idosas, acarretando impacto significativo tanto nos indivíduos acometidos quanto em seus cuidadores e no sistema público de saúde. Com o aumento da longevidade e a consequente elevação da prevalência de demências, torna-se fundamental compreender os múltiplos aspectos que envolvem a atenção à DA no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desta tese foi analisar a organização e a atuação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Distrito Federal no cuidado à pessoa com DA, com ênfase no manejo dos sintomas neuropsiquiátricos (SNP), particularmente agressividade e agitação, e suas implicações sobre os cuidadores. Foram elaborados dois artigos, ambos conduzidos por meio de estudos observacionais, descritivos e transversais, de abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos utilizando instrumentos validados e protocolos adaptados ao contexto do SUS. A coleta foi conduzida por pesquisadores e profissionais da rede previamente capacitados para aplicação dos questionários de avaliação, com o objetivo de garantir a padronização dos procedimentos e a confiabilidade das informações. Para avaliação da capacidade funcional dos idosos, foram utilizadas a Escala de Katz para Atividades Básicas da Vida Diária e a Escala de Lawton e Brody para Atividades Instrumentais da Vida Diária. O estadiamento clínico da demência foi realizado por meio da escala *Clinical Dementia Rating*, que classifica a DA em estágios leve, moderado e grave. Os SNP foram mensurados por meio do Inventário Neuropsiquiátrico, com foco específico nos domínios de agitação e agressividade. No primeiro estudo a coleta de dados ocorreu com idosos com diagnóstico de DA e seus cuidadores principais, usuários da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em geriatria e gerontologia, distribuídos nas sete Regiões de Saúde do Distrito Federal. Neste estudo foram avaliados dados de 962 díades cuidador-idoso com demência, atendidas em serviço especializado no cuidado à pessoa idosa, com foco nos fatores associados à sobrecarga do cuidador. O segundo estudo foi conduzido com profissionais da atenção primária e da própria AAE, com o objetivo de avaliar práticas clínicas, fluxos assistenciais e a incorporação de intervenções não farmacológicas no manejo dos SNP da DA. Foram incluídas Equipes de Saúde da Família, Equipes Multiprofissionais, além dos mesmos serviços ambulatoriais analisados na etapa anterior. Foram aplicados questionários estruturados a profissionais da SES-DF, e investigados a composição das equipes interdisciplinares, o uso de intervenções não farmacológicas e o manejo de agitação e agressividade em pessoas com DA. Os resultados indicaram que a sobrecarga do cuidador esteve associada a sintomas neuropsiquiátricos, sexo masculino do idoso, idade inferior a 90 anos, maior escolaridade, dependência funcional e financeira, multimorbidades e estágio moderado da doença. Verificou-se, ainda, que a maioria dos profissionais relatou segurança no manejo clínico de comportamentos disruptivos; entretanto, as equipes eram predominantemente compostas por médicos e enfermeiros, com baixa inserção de práticas não farmacológicas ou integrativas e complementares. Profissionais com capacitação específica demonstraram maior capacidade de atuação em cuidado compartilhado. Os achados evidenciam lacunas na atenção à DA no SUS, destacando a necessidade de políticas públicas que promovam a institucionalização de abordagens não farmacológicas, qualificação profissional e fortalecimento das redes de cuidado. Conclui-se que a promoção de um cuidado equitativo, resolutivo e centrado nas

necessidades da pessoa com demência e seus cuidadores requer ações intersetoriais, formação continuada e suporte à prática interdisciplinar.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Sistema Único de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Modelos de Assistência à Saúde; Sobrecarga do cuidador.

ABSTRACT

Alzheimer's Disease (AD) is one of the leading causes of dependency in older adults, generating a significant impact on affected individuals, their caregivers, and the public healthcare system. With increasing life expectancy and the consequent rise in the prevalence of dementias, it becomes essential to understand the multiple dimensions involved in the care for individuals with AD within the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). This thesis aimed to analyze the organization and performance of the Health Care Network (Rede de Atenção à Saúde – RAS) in the Federal District in the care of individuals with AD, with emphasis on the management of neuropsychiatric symptoms (NPS), particularly agitation and aggression, and their implications for caregivers. Two peer-reviewed articles were developed, both based on descriptive, cross-sectional observational studies with a quantitative approach. Data were collected using validated instruments and protocols adapted to the SUS context. Data collection was conducted by trained researchers and healthcare professionals to ensure standardization of procedures and reliability of information. Functional capacity was assessed using the Katz Index of Basic Activities of Daily Living and the Lawton and Brody Scale for Instrumental Activities of Daily Living. Dementia staging was performed using the Clinical Dementia Rating scale, which classifies AD as mild, moderate, or severe. NPS were assessed using the Neuropsychiatric Inventory, with a specific focus on the agitation and aggression domains. The first study involved data collection from older adults with a diagnosis of AD and their primary caregivers, all users of specialized outpatient services in geriatrics, located in the seven Health Regions of the Federal District. This study analyzed data from 962 caregiver–patient dyads followed in specialized services for older adults, focusing on factors associated with caregiver burden. The second study was conducted with professionals from both primary care and specialized outpatient services, aiming to assess clinical practices, care pathways, and the incorporation of non-pharmacological interventions in the management of AD-related NPS. Participants included Family Health Teams, Multiprofessional Teams, and the same outpatient services evaluated in the previous study. Structured questionnaires were administered to healthcare professionals from the Federal District Health Department (SES-DF), investigating team composition, use of non-pharmacological interventions, and the management of agitation and aggression in individuals with AD. The findings indicated that caregiver burden was associated with neuropsychiatric symptoms, male sex, age under 90 years, higher education level, functional and financial dependency, multimorbidity, and moderate stage of the disease. Although most professionals reported confidence in managing disruptive behaviors, the teams were predominantly composed of physicians and nurses, with limited use of non-pharmacological or integrative and complementary practices. Professionals with specific training demonstrated greater capacity for shared care. The findings highlight critical gaps in AD care within SUS and underscore the need for public policies that promote the institutionalization of non-pharmacological approaches, professional training, and the strengthening of care networks. It is concluded that ensuring equitable, effective, and person-centered care for individuals with dementia and their caregivers requires intersectoral action, continuing education, and support for interdisciplinary practice.

Keywords: Alzheimer Disease; Unified Health System; Comprehensive Health Care; Healthcare Models; Caregiver Burden.

LISTA DE FIGURAS

INTRODUÇÃO

Figura 1	Modelo da Rede de Atenção à Saúde da pessoa idosa no Distrito Federal	24
----------	---	----

CAPÍTULO 2

Figura 1	Distribuição dos profissionais presentes nas unidades com atuação interdisciplinar (n = 304)	64
Figura 2	Intervenções não farmacológicas relatadas no cuidado de pacientes com doença de Alzheimer e sintomas de agitação/agressividade (n = 304)	65
Figura 3	Proporção de profissionais que realizam encaminhamento ou atendimento compartilhado, segundo qualificação específica na área da saúde da pessoa idosa (n = 304).	67

LISTA DE QUADROS

INTRODUÇÃO

Quadro 1	Pontos de Atenção dentro da Rede de Atenção à Saúde da pessoa idosa no Distrito Federal	23
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 1

Tabela 1	Dados sociodemográficos, gravidade da doença e estado funcional de idosos com DA (n = 481)	42
Tabela 2	Variáveis de acordo com as razões de chances bruta e ajustada, conforme modelo de regressão logística cumulativa e seus respectivos intervalos de 95% de confiança para o grau de desgaste - Escala NPI para o cuidador ordenada decrescentemente (n = 481)	43
Tabela 3	Valores medianos do NPI dos cuidadores antes e depois da intervenção farmacológica aos idosos	44

CAPÍTULO 2

Tabela 1	Características sociodemográficas e assistenciais dos profissionais da rede pública de saúde do Distrito Federal (n = 304)	63
Tabela 2	Fatores associados à ausência de dúvidas no manejo de sintomas neuropsiquiátricos, segundo modelo de regressão de Poisson com variância robusta (n = 304)	66

LISTA DE ABREVIATURAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDR	<i>Clinical Dementia Rating</i>
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAV	Centro de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CERPIS/UBS-PIS	Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
DA	Doença de Alzheimer
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Ed (do inglês, <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
EAPSUS	Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde
E-multi	Equipes multiprofissionais
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
eSF	Equipes de Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KATZ	Escala de Katz
MS	Ministério da Saúde
NINCDS-ADRDA	<i>National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders</i>

Association

NPI	Inventário Neuropsiquiátrico (do inglês, Neuropsychiatric Inventory)
NRAD	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio
PDPICS	Política Distrital de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PEPS	Plano de Educação Permanente em Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASPI	Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SNP	Sintomas neuropsiquiátricos
SNP-DA	Sintomas neuropsiquiátricos relacionados à doença de Alzheimer
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSP	Unidade Básica de Saúde Prisional
UnB	Universidade de Brasília
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 PREFÁCIO	17
2 INTRODUÇÃO	19
2.1 A REVOLUÇÃO DA LONGEVIDADE	19
2.2 DOENÇA DE ALZHEIMER E SEUS IMPACTOS MULTIDIMENSIONAIS	20
2.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	21
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E DESAFIOS NO CUIDADO À PESSOA COM DEMÊNCIA	24
2.5 ATUAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR	26
2.6 INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS E FARMACOLÓGICAS	27
2.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE E APOIO MATRICIAL	28
2.8 SOBRECARGA DO CUIDADOR E ESTRATÉGIAS DE APOIO	30
3 OBJETIVOS.....	32
3.1 OBJETIVO GERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 MÉTODOS	33
5 CAPÍTULO 1.....	35
6 CAPÍTULO 2	57
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (ETAPA 1)	93
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (ETAPA 2)	95
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RESPONSÁVEL (ETAPA 1).....	99
APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ETAPA 1)	101
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS (ETAPA 2).....	105
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNB	107

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP FEPECS - INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	108
ANEXO C – DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA DE ALZHEIMER SEGUNDO DSM-5 E NINCDS-ADRDA	109
ANEXO D – INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI)	111
ANEXO E – ESCALA DE KATZ	112
ANEXO F – ESCALA DE LAWTON E BRODY	113
ANEXO G – CDR - ESCALA CLÍNICA DE DEMÊNCIA.....	114

1 PREFÁCIO

Esta tese foi elaborada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, e tem como objeto de estudo a atenção à doença de Alzheimer (DA) no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Distrito Federal (DF), com foco na pessoa idosa.

O trabalho está no formato de capítulos, permitindo a apresentação integrada de uma análise multidimensional sobre a temática, com base em dois estudos empíricos desenvolvidos ao longo da pesquisa. Essa organização favorece a articulação entre os diferentes eixos investigados, sobrecarga do cuidador e práticas profissionais na rede pública, e a construção de uma síntese crítica e propositiva voltada à qualificação das políticas públicas e das práticas clínicas no Sistema Único de Saúde (SUS).

A estrutura da tese compreende:

- Introdução: Contextualiza o envelhecimento populacional, os desafios impostos pela DA, o papel das intervenções não farmacológicas e das equipes interdisciplinares, as implicações para a RAS e as políticas públicas de saúde voltadas à população idosa. Inclui ainda a educação permanente e o apoio matricial (AM) como estratégias de qualificação das equipes, além da sobrecarga do cuidador e as ações de suporte necessárias.
- Objetivos: Apresenta os objetivos geral e específicos da pesquisa.
- Métodos: Descreve de modo geral os delineamentos utilizados nos dois estudos originais.
- Capítulo 1: Analisa os fatores associados à sobrecarga de cuidadores de idosos com DA e sintomas neuropsiquiátricos.
- Capítulo 2: Avalia o uso de intervenções não farmacológicas e a atuação das equipes interdisciplinares na RAS do DF.
- Considerações finais: Sintetiza os principais resultados, indica caminhos para o avanço da atenção à DA no âmbito das políticas públicas e apresenta uma análise crítica integradora dos achados, com reflexões sobre pontos fortes e limitações do estudo, além de proposições voltadas

à qualificação do cuidado à pessoa idosa com DA e da prática em saúde coletiva.

Desta forma, foi possível preservar a integridade dos estudos desenvolvidos, assegurando coerência na exposição dos dados. Espera-se que esta tese contribua para o campo da Saúde Coletiva, especialmente no que se refere ao aprimoramento da atenção à pessoa idosa com demência na realidade do SUS.

2 INTRODUÇÃO

2.1 A REVOLUÇÃO DA LONGEVIDADE

O envelhecimento populacional, resultado do aumento da expectativa de vida e queda da natalidade, é um fenômeno global com profundas implicações sociais, econômicas e sanitárias. Estima-se que, até 2050, o número de pessoas com 60 anos ou mais ultrapassará 2 bilhões, representando aproximadamente 22% da população mundial. Esse cenário impõe desafios significativos às políticas públicas, exigindo respostas integradas e sustentáveis por parte dos governos e dos sistemas de saúde^{1,2}.

No Brasil, a transição demográfica ocorre em ritmo acelerado, especialmente entre a faixa etária com 80 anos ou mais³. A população idosa, que correspondia a 9,8% em 2000, deverá alcançar 25,5% até 2060, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³. Essa expansão também é observada no DF, onde o número de idosos passou de 356.514 em 2021 (11,8% da população) para 405.058 (12,8%) em 2023^{4,5}.

O aumento da expectativa de vida, embora represente um indicador positivo de desenvolvimento, está associado ao crescimento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), com destaque para as doenças neurodegenerativas, como as demências^{2,6}. Calcula-se que, globalmente, surjam cerca de 10 milhões de novos casos de demências por ano, o equivalente a um novo diagnóstico a cada três segundos⁷. Em 2019, em torno de 50 milhões de pessoas viviam com demência, e esse número pode chegar a 152 milhões até 2050^{8,9}.

Em território nacional, estima-se que mais de 1 milhão de pessoas sejam acometidas por algum tipo de demência, com prevalência variável entre as regiões, alcançando até 12% em determinadas localidades¹⁰. Contudo, não há dados estatísticos consolidados sobre a prevalência ou incidência de demências no DF, o que limita o planejamento e implementação de ações específicas de saúde pública na região¹¹.

O cenário demográfico atual evidencia a necessidade de reorganização das RAS para lidar com os impactos do envelhecimento populacional. Conforme

discutido por Ortega⁶, o envelhecimento ativo deve ser compreendido como uma estratégia para enfrentar os desafios da longevidade, promovendo autonomia, qualidade de vida e participação social das pessoas idosas. Ademais, como aponta Teixeira¹², a organização social do cuidado e o fortalecimento das políticas públicas são fundamentais para responder à crescente demanda por serviços especializados, especialmente no campo das demências.

2.2 DOENÇA DE ALZHEIMER E SEUS IMPACTOS MULTIDIMENSIONAIS

A DA constitui a forma mais prevalente de demência em todo o mundo, correspondendo a cerca de 60% a 70% dos casos¹³. Trata-se de uma condição neurodegenerativa crônica, progressiva e ainda incurável, caracterizada por comprometimento cognitivo, alterações comportamentais, perda funcional e crescente dependência. Seus efeitos transcendem o indivíduo acometido, afetando profundamente familiares e cuidadores, os quais frequentemente enfrentam uma sobrecarga emocional, física e financeira significativa^{14,15}.

Com etiologia multifatorial e curso clínico variável, a DA impõe desafios relevantes, demandando uma abordagem contínua, interdisciplinar e centrada na pessoa. Essa realidade é corroborada por evidências que destacam a persistência do subdiagnóstico da DA no Brasil, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS), onde limitações estruturais, ausência de protocolos padronizados e baixa capacitação dos profissionais dificultam o reconhecimento precoce da doença. Segundo o Relatório Nacional sobre a Demência, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), entre 80% e 90% dos casos de demência permanecem sem diagnóstico formal¹¹. Como resposta a esse panorama, foi lançado em 2024 o Roteiro para Identificação da Demência na Atenção Primária, com o objetivo de apoiar os profissionais da APS na detecção precoce e qualificada dos sinais de demência¹⁶.

No Brasil, os custos diretos e indiretos associados à DA foram estimados em US\$ 16.548,24 por paciente/ano, sendo influenciados por fatores como uso de medicamentos, assistência formal e informal e internações hospitalares^{10,17}.

Além do declínio cognitivo, os sintomas neuropsiquiátricos (SNP), como agitação, agressividade, apatia e delírios, acometem cerca de 90% das pessoas

com DA ao longo do curso da doença¹⁸. Esses sintomas estão associados à piora da qualidade de vida, maior risco de institucionalização, sobrecarga para cuidadores e aumento do uso de psicotrópicos, muitas vezes de forma inadequada¹⁹⁻²¹.

Considerando essa complexidade clínica, a utilização de instrumentos específicos para avaliação desses sintomas torna-se imprescindível. O Inventário Neuropsiquiátrico (NPI), instrumento validado internacionalmente, destaca-se como uma ferramenta útil na identificação e monitoramento desses sintomas, especialmente por sua aplicabilidade na prática clínica e em contextos de recursos limitados²².

Os impactos dos SNP não se restringem ao âmbito clínico, estendendo-se também aos sistemas de saúde, pois representam um agravante tanto no cuidado domiciliar quanto institucional, resultando em elevação substancial dos custos assistenciais. Um estudo realizado no Reino Unido estimou que episódios de agitação em pessoas com DA geram um custo médio de £ 4.091 por paciente/ano em saúde e assistência social²³. Da mesma forma, dados norte-americanos indicam que os custos totais por paciente/ano são significativamente mais elevados entre aqueles com sintomas comportamentais, sobretudo pelos gastos com atendimentos de urgência e internações hospitalares²⁴.

Portanto, o conjunto de impactos clínicos, sociais e econômicos da DA exige ações integradas de saúde pública, direcionadas à detecção precoce, manejo adequado dos SNP, suporte aos cuidadores e uso criterioso de intervenções terapêuticas baseadas em evidências²⁵⁻²⁸.

2.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A institucionalização do SUS, por meio da Lei nº 8.080/1990, representou um marco na organização da assistência à saúde no Brasil, possibilitando avanços significativos na estruturação do cuidado em diferentes fases do curso da vida. O cuidado à pessoa idosa com demência, no contexto do SUS, demanda uma rede articulada que integre os diferentes níveis de atenção de forma contínua e coordenada²⁹.

Diante desse cenário, a RAS, instituída pela Portaria nº 4.279/2010, propõe um modelo assistencial baseado na integralidade e na continuidade do cuidado,

tendo a APS como ordenadora do cuidado e coordenadora dos fluxos assistenciais^{30,31}. A consolidação das normas sobre as RAS do SUS, estabelecida pela Portaria de Consolidação nº 3/2017, reafirma os princípios organizativos, com ênfase na resolutividade, no cuidado em rede e na gestão centrada no usuário^{30,32}.

No contexto específico das demências, a organização da RAS requer práticas de cuidado que ultrapassem o enfoque biomédico. Isso implica o acompanhamento longitudinal, a vigilância ativa dos casos, a atuação intersetorial e a adoção de estratégias que considerem os determinantes sociais da saúde^{11,30}. Com base nisso, o Relatório Nacional sobre a Demência aponta a necessidade de reorganização dos serviços e da qualificação das equipes para responder às demandas crescentes decorrentes do envelhecimento populacional e da maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas¹¹.

No âmbito distrital, embora haja avanços normativos e a presença de serviços especializados, como os ambulatorios de geriatria e gerontologia, ainda persistem desafios relevantes na atenção à demência. Entre eles, destacam-se a fragmentação das ações, a escassez de profissionais capacitados, a oferta limitada de intervenções não farmacológicas e a ausência de protocolos clínicos padronizados³³.

O cuidado centrado na pessoa com DA deve contemplar dimensões clínicas, sociais e comunitárias, promovendo autonomia, funcionalidade e participação social. Estratégias como o suporte integral aos cuidadores, formais e informais, são essenciais nesse contexto³⁴. Instrumentos como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa fortalecem a APS ao permitir a avaliação multidimensional, a estratificação de risco e o acompanhamento longitudinal³⁵.

A construção de linhas de cuidado, como a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, ainda em desenvolvimento na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), é uma iniciativa promissora, com impactos esperados na prevenção do declínio funcional, melhora do desempenho cognitivo, redução de hospitalizações evitáveis e racionalização dos custos assistenciais^{36,37}.

Dados do Painel de Monitoramento da SES-DF, atualizados em fevereiro de 2025, indicam que RAS local está estruturada com base no modelo da Estratégia Saúde da Família³⁸. No entanto, sua efetiva consolidação no cuidado à pessoa idosa

ainda depende da integração intersetorial, da qualificação permanente das equipes e da ampliação da oferta de intervenções seguras, acessíveis e fundamentadas em evidências^{13,14,31}.

O Quadro 1 elucida os pontos de atenção dentro de cada nível de atenção e a Figura 1 traz o modelo da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI) no DF, com a rede intersetorial do território, que prima pela articulação e integração das ações com os órgãos governamentais, sociedade civil, conselhos e ministério público.

Quadro 1 – Pontos de Atenção dentro da Rede de Atenção à Saúde da pessoa idosa no Distrito Federal

NÍVEL ATENÇÃO	PONTO ATENÇÃO
Atenção Terciária (Hospitalar)	Unidades hospitalares Enfermaria de Cuidados Paliativos Geriátricos Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
Atenção Secundária (Ambulatorial Especializada)	Policlínicas com atendimento médico e interdisciplinar Ambulatórios de Saúde Funcional (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) Ambulatório de Especialidades Médicas Ambulatórios de Geriatria e Gerontologia Centros de Especialidades Médicas e Multiprofissionais Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Centros Especializados em Reabilitação (CER) Centros de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde (UBS) Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP) Consultório na Rua Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS/UBS-PIS) Centros-Dia Academia da Saúde

Fonte: Elaborada pela SES-DF e adaptada pela autora.

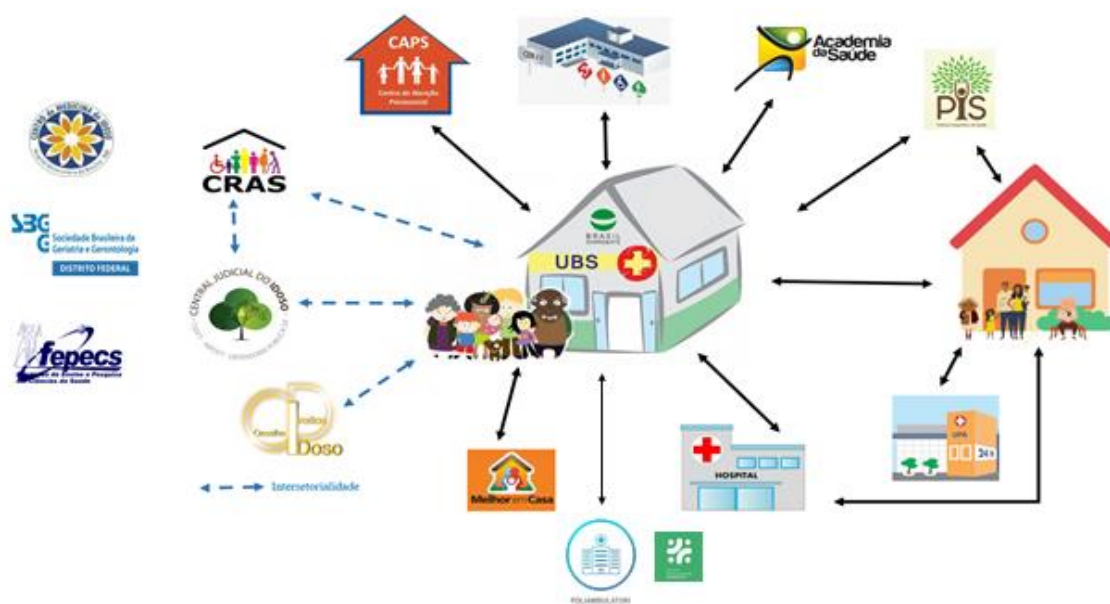


Figura 1 – Modelo da Rede de Atenção à Saúde da pessoa idosa no Distrito Federal
Fonte: Elaborada pela SES-DF e adaptada pela autora.

Em relação aos serviços disponíveis na SES-DF no ano de 2023, que foram objeto de investigação nesta pesquisa, destacaram-se: 175 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 607 Equipes de Saúde da Família (eSF); 51 Equipes multiprofissionais (eMulti) e 17 Policlínicas, das quais 10 dispunham de ambulatórios especializados em geriatria e gerontologia ou neurologia³⁹.

No que se refere à força de trabalho lotada na APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), não exclusivamente voltada ao cuidado da pessoa idosa, a SES-DF⁴⁰, no mesmo período, dispunha dos seguintes profissionais: 512 médicos de família e comunidade, 1.344 enfermeiros, 132 farmacêuticos, 132 psicólogos, 130 fisioterapeutas, 84 nutricionistas, 84 assistentes sociais, 55 fonoaudiólogos, 43 terapeutas ocupacionais, 18 geriatras, 22 neurologistas e 10 psiquiatras.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E DESAFIOS NO CUIDADO À PESSOA COM DEMÊNCIA

O cuidado à pessoa com demência exige diretrizes específicas e ações intersetoriais sustentadas por políticas públicas robustas e equitativas. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria GM/MS nº

2.528/2006, representa um marco importante na organização do cuidado à população idosa no SUS. Todavia, sua implementação tem se mostrado desigual nos diferentes territórios, especialmente no que se refere à atenção às demências⁴¹.

Diversos instrumentos legais e normativos fundamentam a atenção integral à pessoa idosa, incluindo a Lei nº 8.842/1994⁴², que define a Política Nacional do Idoso; o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003⁴³); as Portarias GM/MS nº 702 e 703/2002^{44,45}, que orientam a organização das Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso e o Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer; e a Portaria GM/MS nº 4.279/2010³⁰, que estabelece as diretrizes para a organização das RAS no SUS. Apesar desse arcabouço, a operacionalização das políticas enfrenta entraves históricos e estruturais, como a fragmentação da assistência, a escassez de recursos e a formação insuficiente dos profissionais para lidar com o declínio cognitivo^{30,42-45}.

Até recentemente, não existia uma política nacional específica para a DA, o que dificultava a alocação adequada de recursos, a estruturação da rede de cuidados e a consolidação de diretrizes clínicas e assistenciais compatíveis com a complexidade dessas condições^{46,47}. Somente em 2024, com a promulgação da Lei nº 14.878, foi instituída a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências⁴⁸. Contudo, sua implementação prática ainda é incipiente, sem desdobramentos concretos que garantam sua efetividade no contexto do SUS.

Ainda que iniciativas como a Estratégia de Saúde da Família, o Programa Melhor em Casa e a constituição das Redes de Atenção às Doenças Crônicas tenham contribuído para ampliar o cuidado domiciliar e reforçar a longitudinalidade do acompanhamento, persistem lacunas importantes relacionadas ao acesso, à qualificação do cuidado e coordenação entre os níveis de atenção⁴⁹⁻⁵¹.

No DF, a criação da Lei nº 6.926/2021, que institui a Política Distrital para Prevenção, Tratamento e Apoio às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências, constitui um aprimoramento normativo relevante. No entanto, sua regulamentação e efetiva operacionalização pela SES-DF ainda são incipientes. Persistem desafios relacionados à governança, ao financiamento e à formação de equipes especializadas⁵².

Além disso, a ausência de dados epidemiológicos sistematizados sobre prevalência, incidência e perfil sociodemográfico das pessoas com demência no DF constitui um obstáculo relevante ao planejamento de ações baseadas em evidências e contextualizadas às realidades locais. Apesar da recente divulgação da pesquisa “Pessoas idosas com demência e cuidadores no Distrito Federal” pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), trata-se de um esforço inicial ainda limitado por fragilidades metodológicas, o que compromete sua aplicabilidade para o desenho de políticas públicas consistentes⁵³.

No cenário internacional, destaca-se o Plano de Ação Global para a Resposta da Saúde Pública à Demência 2017–2025, da Organização Mundial da Saúde (OMS), endossado pelo Brasil. O documento estabeleceu sete áreas prioritárias para orientar os países na formulação de políticas e estratégias integradas, como o reconhecimento da demência como prioridade de saúde pública e a garantia de diagnóstico precoce e tratamento adequado⁵¹. Entretanto, apesar dos compromissos assumidos em âmbito global, observa-se a ausência de um plano específico na esfera da saúde do DF que traduza e operacionalize essas diretrizes internacionais de forma sistemática e adaptada à realidade local.

2.5 ATUAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Em face da complexidade clínica, funcional, cognitiva e psicossocial que caracteriza essa condição, a atuação de equipes interdisciplinares é essencial. O cuidado demanda uma abordagem abrangente e contínua, pressupõe colaboração ativa entre médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e demais profissionais, com foco em planos terapêuticos integrados, centrados na pessoa e em sua rede de apoio⁵⁴.

A literatura aponta que intervenções coordenadas por equipes interdisciplinares são capazes de melhorar desfechos clínicos, reduzir a sobrecarga dos cuidadores e prevenir institucionalizações precoces⁵⁴. A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), quando integrada a esse modelo, permite uma compreensão holística da pessoa com DA, com impactos positivos sobre sua funcionalidade e qualidade de vida⁵⁵. Na rotina assistencial da SES-DF, entretanto, sua aplicação ainda se restringe, predominantemente, às avaliações conduzidas por médicos geriatras.

No cenário brasileiro, e particularmente no DF, a disponibilidade de serviços estruturados com equipes capacitadas para aplicar tais intervenções ainda é limitada, e sua efetiva implementação enfrenta barreiras diversas^{36,56}. Entre os principais entraves, destaca-se a ausência de protocolos assistenciais adaptados à realidade local, a escassez de formação específica entre profissionais da APS e a baixa valorização das estratégias não farmacológicas por parte dos gestores⁵⁷.

Para superar tais desafios, é urgente o desenvolvimento de diretrizes clínicas claras, operacionais e contextualizadas, além da qualificação permanente dos profissionais envolvidos no cuidado às pessoas com DA. A capacitação técnica, aliada ao suporte institucional, pode viabilizar a adoção de práticas baseadas em evidências, com impactos positivos na saúde da pessoa com demência e na sustentabilidade do sistema de saúde⁵⁸.

2.6 INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS E FARMACOLÓGICAS

Particularmente no manejo dos SNP, como agitação, agressividade, irritabilidade, delírios, alucinações e apatia, a primeira linha de cuidado recomendada é composta por intervenções não farmacológicas. Estratégias como estimulação cognitiva, terapia ocupacional, reabilitação neuropsicológica, técnicas de relaxamento, grupos de apoio e intervenções psicoeducacionais demonstram eficácia na melhora da qualidade de vida, no retardo do declínio funcional e na redução do uso de psicofármacos⁵⁸⁻⁶⁰. Outros estudos reforçam os benefícios clínicos dessas abordagens, com resultados relevantes e riscos mínimos, sendo especialmente indicadas nas fases iniciais e moderadas da doença^{56,61}.

A implementação de tais estratégias no SUS requer não apenas sua inclusão nos protocolos clínicos, mas também o fortalecimento das equipes multiprofissionais, a capacitação contínua e a adaptação dos espaços e recursos disponíveis às realidades locais. É essencial que essas práticas estejam alinhadas ao contexto sociocultural dos usuários, priorizando a individualização do cuidado e a valorização das capacidades preservadas^{59,62}.

A atividade física, por exemplo, tem se destacado como uma intervenção eficaz tanto na melhora das funções cognitivas quanto na mitigação dos SNP em pacientes com DA. Programas estruturados de exercícios físicos contribuem para a

elevação da qualidade de vida e redução de sintomas como depressão e ansiedade⁶³. A musicoterapia também apresenta resultados promissores, especialmente na diminuição de sintomas como agitação e agressividade, além de favorecer a comunicação e o bem-estar emocional⁶⁴.

A Política Distrital de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PDPICS), da SES-DF, prevê a oferta de práticas como acupuntura, arteterapia, musicoterapia e yoga, entre outras, com o objetivo de promover a integralidade do cuidado e estimular o autocuidado⁶⁵. Contudo, a efetivação dessas práticas ainda enfrenta obstáculos significativos, como a escassez de profissionais qualificados e a fragmentação da assistência.

O uso de psicofármacos, especialmente antipsicóticos, no tratamento dos SNP deve ser avaliado com rigor, dada a associação com efeitos adversos como sedação excessiva, alterações metabólicas, quedas e maior risco de eventos cerebrovasculares⁶⁶. A prescrição desses medicamentos deve ser considerada apenas na ocorrência de sintomas que provoquem sofrimento intenso ou representem riscos à segurança do paciente ou de terceiros, e sempre após a tentativa de intervenções não farmacológicas¹⁸.

No contexto do DF, estudo demonstra que a prescrição de psicotrópicos para o tratamento dos SNP na DA está acima dos níveis preconizados pela literatura internacional, o que evidencia a urgência de expandir a oferta de serviços que promovam intervenções não farmacológicas qualificadas e integrem o cuidado na rede pública de saúde⁶⁷.

2.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE E APOIO MATRICIAL

A qualificação contínua das equipes de saúde, vinculada ao AM, constitui uma estratégia essencial para o enfrentamento da complexidade da DA. Essa abordagem contribui para a construção de um cuidado resolutivo e compartilhado, alinhado aos diferentes níveis de atenção do SUS^{68,69}.

A escassez de formação específica sobre os sinais iniciais da DA e seus SNP compromete a capacidade de resposta das equipes e repercute negativamente no percurso do paciente na RAS^{70,71}. Assim, a articulação entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o AM emerge como eixo estratégico

para fortalecer a identificação precoce e ampliar as possibilidades terapêuticas no SUS. Mais do que capacitação técnica, propicia cogestão dos casos, promove o trabalho colaborativo e fortalece práticas mais integradas^{72,73}.

A consolidação de um modelo de cuidado centrado na RAS exige metodologias de gestão que priorizem o vínculo longitudinal, a articulação entre equipes e a coordenação entre os diferentes níveis de atenção³⁰. Nesse arranjo, o AM adquire papel estratégico ao integrar dimensões clínicas e pedagógicas, com foco na construção compartilhada do cuidado^{74,75}.

Dentre as estratégias operacionais mais utilizadas, destacam-se as reuniões intequipes para discussão de casos complexos, a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), os atendimentos conjuntos, o apoio remoto via tecnologias digitais e as ações permanentes de educação em serviço. Essas ferramentas promovem corresponsabilização entre os profissionais e reforçam a integralidade da atenção^{69,76}.

No DF, essas diretrizes têm sido incorporadas por meio de normativas como a Portaria nº 77/2017, que institui a Política de Atenção Primária à Saúde, e a Portaria nº 773/2018, que organiza a Atenção Ambulatorial Especializada^{77,78}. A educação permanente, nesse contexto, deve ser compreendida como processo contínuo e transformador, centrado na problematização da prática e na ressignificação dos modos de fazer em saúde, em contraposição a ações pontuais de capacitação. Algumas iniciativas voltadas para essa temática são oferecidas pela Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS). Profissionais melhor preparados tendem a adotar condutas mais empáticas, baseadas em evidências e orientadas pelas necessidades dos usuários, contribuindo para um sistema mais eficiente e equitativo^{79,80}.

Alinhada a esse movimento, a SES-DF lançou, em 2024, o Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS) 2024–2027, que contempla trilhas formativas voltadas à qualificação contínua dos profissionais da rede⁸¹. Essas ações reforçam a necessidade de institucionalizar o AM como estratégia estruturante para o cuidado à pessoa idosa com demência.

Dessa forma, ao integrar ações clínicas e pedagógicas, o AM fortalece a atenção primária, qualifica o cuidado centrado na pessoa com DA e contribui para a construção de um modelo mais ético, humano e sustentável⁸².

2.8 SOBRECARGA DO CUIDADOR E ESTRATÉGIAS DE APOIO

A DA, por seu caráter progressivo e degenerativo, impõe desafios complexos e duradouros não apenas ao sistema de saúde, mas, sobretudo, aos cuidadores, que frequentemente são membros da família e assumem o cuidado diário sem treinamento prévio. A sobrecarga do cuidador, definida como o impacto negativo do ato de cuidar na saúde física, emocional, social e econômica, é amplamente documentada na literatura e está associada a desfechos adversos como ansiedade, depressão, exaustão física, isolamento social, absenteísmo laboral e declínio da própria saúde de quem cuida^{83,84}.

Estudos recentes destacam que a sobrecarga é maior entre cuidadores informais que prestam assistência por longos períodos, especialmente nos estágios moderados e avançados da demência, quando os SNP e a dependência funcional se intensificam⁸⁵. Além disso, fatores como baixa renda, ausência de suporte social e sobreposição de papéis familiares e profissionais contribuem para agravar esse quadro, em especial no contexto brasileiro, marcado por profundas desigualdades sociais⁸⁶.

Nesse cenário, o apoio ao cuidador deve ser considerado componente essencial do plano terapêutico centrado na pessoa com demência. Diversas diretrizes internacionais, incluindo as emitidas pela OMS, recomendam a implementação de estratégias multicomponentes para apoiar cuidadores familiares, com ênfase em intervenções psicossociais, capacitação sobre a doença e seu manejo, suporte emocional, grupos de apoio, aconselhamento psicológico, estratégias de enfrentamento e o cuidado de alívio (*respite care*)^{83,87}.

Programas estruturados de educação em saúde têm demonstrado impacto positivo na redução do estresse e na melhoria do autocuidado entre cuidadores, enquanto intervenções presenciais ou remotas baseadas em evidências, como o *REACH II* e o *Savvy Caregiver*, têm sido eficazes na redução da sobrecarga e na ampliação da competência para o manejo dos sintomas da DA^{88,89}.

No contexto brasileiro, experiências locais demonstram que estratégias como o AM, o acolhimento em grupos e a articulação com redes de suporte comunitário também favorecem o reconhecimento do cuidador como sujeito ativo no cuidado, superando a visão limitada de mero coadjuvante na trajetória do paciente^{90,91}.

Sendo assim, dada a centralidade do cuidador no manejo da DA, é imprescindível que políticas públicas, serviços de saúde e equipes interdisciplinares incorporem estratégias sistemáticas de apoio^{83,92}.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a organização e a atuação da Rede de Atenção à Saúde no Distrito Federal no cuidado à pessoa com doença de Alzheimer, com ênfase no manejo dos sintomas neuropsiquiátricos, particularmente agressividade e agitação, e suas implicações sobre os cuidadores.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a associação entre a presença de sintomas neuropsiquiátricos em indivíduos com doença de Alzheimer, suas características clínicas e socioeconômicas, e o impacto sobre a sobrecarga dos cuidadores;
- Caracterizar a disponibilidade, a composição e o perfil profissional das equipes que assistem pessoas idosas com demência e sintomas neuropsiquiátricos na rede pública de saúde do Distrito Federal;
- Investigar a utilização de intervenções não farmacológicas no manejo da agressividade e agitação em pessoas com doença de Alzheimer na Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal;
- Analisar a associação entre a presença de dúvidas no manejo clínico dos sintomas neuropsiquiátricos e variáveis como qualificação profissional, cenário de atuação e percepção de necessidade de apoio matricial pelas equipes de saúde.

4 MÉTODOS

Esta tese de doutorado está estruturada em capítulos que correspondem a dois estudos observacionais de delineamento transversal e caráter descritivo, realizados de forma complementar na rede pública de saúde do DF. A apresentação dos métodos específicos foi organizada nos respectivos capítulos em que se inserem os artigos científicos derivados, visando facilitar a compreensão dos delineamentos metodológicos no contexto de cada investigação.

Ambos os estudos utilizaram abordagens quantitativas, com delineamentos não intervencionistas, apropriados à análise de fenômenos em contextos reais de cuidado, respeitando as especificidades da população idosa e dos serviços da RASPI. Inserem-se no escopo da APS e da AAE vinculadas à SES-DF, sendo realizados entre os anos de 2021 e 2024.

As investigações integram uma proposta analítica centrada nas múltiplas dimensões do cuidado à pessoa com DA e SNP, com ênfase nos quadros de agressividade e agitação psicomotora e nas repercussões para os cuidadores, no âmbito do SUS.

A Etapa 1 consistiu na coleta de dados com idosos com diagnóstico de DA e seus cuidadores principais, usuários da AAE em geriatria e gerontologia. Os ambulatórios estavam distribuídos nas sete Regiões de Saúde do DF (Centro-Norte, Centro-Sul, Oeste, Sul, Sudoeste, Norte e Leste).

A Etapa 2, por sua vez, envolveu profissionais da APS e da própria AAE, com o objetivo de avaliar práticas clínicas, fluxos assistenciais e a incorporação de intervenções não farmacológicas no manejo dos SNP da DA. Foram incluídas equipes da APS, tanto das Equipes de Saúde da Família (eSF) quanto das Equipes Multiprofissionais (e-Multi), além dos mesmos serviços ambulatoriais analisados na etapa anterior.

Os dados foram obtidos a partir de fontes primárias e secundárias, utilizando instrumentos validados e protocolos adaptados ao contexto do SUS. A coleta foi conduzida por pesquisadores e profissionais da rede previamente capacitados para aplicação dos questionários de avaliação, descritos nos Apêndices A e B, com o objetivo de garantir a padronização dos procedimentos e a confiabilidade das informações.

Para avaliação da capacidade funcional dos idosos, foram utilizadas a Escala de Katz para Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)⁹³ e a Escala de Lawton e Brody para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)⁹⁴. A primeira avalia a autonomia em atividades essenciais, como higiene, alimentação e controle de esfíncteres; a segunda, a habilidade para tarefas mais complexas, como uso do telefone, preparo de refeições e gestão financeira^{93,94}.

O estadiamento clínico da demência foi realizado por meio da escala Clinical Dementia Rating – CDR⁹⁵, validada para o contexto brasileiro, que classifica a DA em estágios leve, moderado e grave com base em seis domínios funcionais e cognitivos.

Os SNP foram mensurados por meio do Inventário Neuropsiquiátrico – NPI²², com foco específico nos domínios de agitação e agressividade. Esse instrumento permite avaliar a frequência e intensidade dos sintomas, além de incluir o subitem “desgaste do cuidador”, que mede subjetivamente o nível de sobrecarga percebida na presença de comportamentos desafiadores, em escala ordinal de "nada" a "extremamente"⁹⁵.

Os projetos que fundamentam esta tese foram aprovados por Comitês de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012⁹⁶ do Conselho Nacional de Saúde, assegurando o respeito aos princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos.

Informações complementares sobre os métodos específicos, incluindo critérios amostrais, estratégias analíticas e aspectos éticos adicionais, estão detalhadas nos capítulos correspondentes a cada etapa do estudo.

5 CAPÍTULO 1

A análise da associação entre a presença de SNP em pessoas idosas com DA e suas variáveis socioeconômicas e clínicas, bem como o impacto sobre a sobrecarga do cuidador, foi publicada no artigo “*Stressors in caregivers of older individuals with Alzheimer’s dementia: a challenging overview*”ⁱ (DOI: 10.53660/CLM-4105-24S33), apresentado a seguir.

Publicado na *Revista Concilium* (ISSN 0010-5236), classificada como A2 no sistema Qualis/CAPES, na área interdisciplinar.

Stressors in caregivers of older individuals with Alzheimer’s dementia: a challenging overview

Fatores estressores em cuidadores de idosos com demência de Alzheimer: um panorama desafiador

ABSTRACT

The high life expectancy rates among older adults, which lead to an increase in the prevalence of chronic degenerative diseases, such as dementia, impose a burden on their caregivers. In this context, we analyzed the burden on caregivers of older individuals with Alzheimer’s disease who exhibit neuropsychiatric symptoms, considering socioeconomic and clinical factors. The study was conducted within the health care network for older adults in the Federal District and included 962 participants, both caregivers and older individuals with dementia receiving specialized care. The results indicate that the presence of neuropsychiatric symptoms in older men, under 90 years of age, with more than four years of education, functional and financial dependence, and multimorbidity, and in moderate stages of Alzheimer’s disease is more likely to cause caregiver burden. The study highlights the importance of public policies, emotional support, and training for these caregivers.

Keywords: Alzheimer disease; Caregiver burden; Behavioral symptoms.

ⁱ Oliveira LF, et al. Fatores estressores em cuidadores de idosos com demência de Alzheimer: um panorama desafiador. *Concilium*. 2024;24(18):393-414. doi: 10.53660/CLM-4105-24S33

RESUMO

Os elevados índices na expectativa de vida de idosos, que produzem aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas, como as demências, traz sobrecarga de seus cuidadores. Nesse contexto, este estudo analisa a sobrecarga do cuidador de idosos portadores da doença de Alzheimer com sintomas neuropsiquiátricos, considerando fatores socioeconômicos e clínicos. Realizado na rede de assistência à saúde da pessoa idosa do Distrito Federal, este estudo contou com 962 participantes, cuidadores e idosos com demência, atendidos na atenção especializada. Os resultados indicam que a presença de sintomas neuropsiquiátricos, em idosos do sexo masculino, com idade inferior a 90 anos, escolaridade maior que quatro anos, com dependência funcional e financeira, multimorbidades, em estágios moderados da doença de Alzheimer têm maior probabilidade de causar sobrecarga no cuidador. A pesquisa ressalta a importância de políticas públicas, de suporte emocional e de capacitação para esses cuidadores.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Sobrecarga do cuidador; Sintomas comportamentais.

INTRODUÇÃO

O aumento nos índices de expectativa de vida, especialmente das pessoas com idades avançadas, pode vir acompanhado de uma elevação da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente as degenerativas, como as demências, e tende a repercutir na saúde da população idosa (Bauab; Emmel, 2014; Dadalto; Cavancante, 2021).

Em relação às demências, a incidência aumenta exponencialmente com a idade, especialmente acima dos 70 anos (Alzheimer Disease International, 2022). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) avaliam que há cerca de 55 milhões de pessoas com demência no mundo, devendo atingir 139 milhões em 2050 (Alzheimer Disease International, 2022; GBD 2016 Dementia Collaborators, 2019). Estima-se que, no Brasil, existam mais de 1,2 milhão de pessoas (Dadalto; Cavancante, 2021), com prevalência variando conforme a região do país, o que corresponde a aproximadamente 12% da população, sendo que a grande maioria delas é cuidada por familiares (Ferretti *et al.*, 2018).

A demência de Alzheimer (DA) é uma síndrome neurodegenerativa crônica, inexorável e irreversível, caracterizada pelo declínio da memória, associada ao *deficit* de pelo menos uma ou outra função cognitiva (linguagem, gnosis, praxias

e/ou funções executivas), acarretando declínio funcional e perda gradual da autonomia e da independência (Falco *et al.*, 2016; Abraha *et al.*, 2017; Custodio *et al.*, 2017). Além das complicações relacionadas à perda cognitiva progressiva, sintomas neuropsiquiátricos (SNP) ocorrem ao longo da evolução da doença em cerca de 90% dessa população. A apatia é a anormalidade mais comum, não obstante a agressividade e agitação, presentes em aproximadamente de 40% dos casos, propiciam um desafio extra no tratamento e acompanhamento desses idosos (Abraha *et al.*, 2017; Custodio *et al.*, 2017).

Do ponto de vista da saúde pública, o crescente aumento de pessoas com demência e SNP está associado à maior morbimortalidade e taxas de institucionalização precoce dos idosos e sobrecarga substancial para os cuidadores, com redução da qualidade de vida, aumento do risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, depressão e ansiedade (Cloutier *et al.*, 2019; Creese *et al.*, 2018; Cheng, 2017).

Para a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), do Ministério da Saúde (MS), cuidador é toda pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, formal ou informalmente, presta cuidados ao idoso que depende de auxílio em suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação, acompanhamento nos serviços de saúde, bancos ou farmácias, entre outros (Brasil, 2006).

A sobrecarga do cuidador é uma resposta multidimensional aos estressores físicos, psicológicos, sociais e financeiros associados à experiência de cuidar (Kasuya; Polgar-Bailey; Takeuchi, 2000; George; Gwyther, 1986). Cuidadores familiares de idosos com demência são significativamente mais sobrecarregados que os demais cuidadores de idosos (Ory *et al.*, 1999), pois aqueles têm que lidar com fatores relacionados ao comprometimento cognitivo, dependência nas atividades da vida diária e, principalmente, SNP (SHIM *et al.*, 2016). Escalas, como a *Zarit Burden Interview* e a *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), são formas de mensurar essa sobrecarga (Bianchi *et al.*, 2016; Kaufer *et al.*, 1998).

Considerando que a maioria dos estudos avalia os fatores associados à sobrecarga dos cuidadores apenas pelas suas características intrínsecas e, portanto, não se dedica à observação dos fatores relacionados ao paciente idoso, o objetivo deste trabalho foi analisar a associação entre a presença de SNP em

indivíduos com DA e suas variáveis socioeconômicas e clínicas sobre a sobrecarga do cuidador.

MÉTODOS

Tipo de estudo e aspectos éticos

Estudo transversal e observacional, realizado com cuidadores e idosos com DA que apresentavam agressividade e agitação, atendidos na rede de assistência ambulatorial especializada da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB), como instituição proponente, sob nº 5.016.087/2021 e pelo CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), uma vez que a SES-DF foi coparticipante, sob o nº 5.161.507/2021.

Participantes

Foram incluídos cuidadores de idosos, atendidos de janeiro 2021 a dezembro de 2023, em todos os dez serviços de Geriatria e Gerontologia distribuídos pelas sete regiões de saúde que fazem parte da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), da SES-DF, e que preencheram os critérios de elegibilidade do estudo. Dentre os Critérios de Inclusão para a seleção da amostra, estão: a) Aceitar participar do estudo (paciente e cuidador) e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para pessoa legalmente incapaz; b) Diagnóstico de Demência do idoso, segundo DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e provável DA, segundo NINCDS-ADRDA (*National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*) (American Psychiatric Association, 2013; Mckhann *et al.*, 1984, 2011); c) Diagnóstico de SNP na subescala de agressividade/agitação, segundo o NPI (Cummings, 1997); d) Residentes na comunidade; e) Cuidador principal (Perlick *et al.*, 2005).

Os critérios de exclusão, relacionados aos cuidadores, foram autorrelato de presença de doença orgânica psiquiátrica prévia sem controle e tratamento atual

para Transtorno do Humor ainda sem remissão. Já os relacionados ao idoso: a) Idosos com doenças cerebrais importantes, tais como infartos isquêmicos, hematoma subdural, hemorragia ou tumores cerebrais; b) Idosos que atendiam aos critérios diagnósticos de qualquer doença neurodegenerativa não-DA (demência vascular, Doença de Parkinson, demência frontotemporal, demência por corpúsculos de Lewy); c) Evidência de *delirium* atual ou anterior (nos últimos seis meses); d) Critérios clínicos (DSM-5) para transtornos psiquiátricos primários (pré-mórbidos) que poderiam explicar melhor a manifestação do SNP (American Psychiatric Association, 2013); e) Uso atual de álcool e/ou drogas ilícitas.

Avaliações

Foram aplicadas escalas validadas e um questionário estruturado, sendo coletados: a) Variáveis para identificação do perfil sociodemográfico e econômico dos cuidadores: sexo, idade, grau de parentesco com o idoso, renda familiar e necessidade de auxílio financeiro para cuidados com os idosos. b) Análise da sobrecarga dos cuidadores pela avaliação do desgaste do cuidador, conforme subitem específico presente no NPI (Cummings *et al.*, 1994). c) Variáveis para identificação do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos: sexo, idade, escolaridade e estado civil. d) Características clínicas e funcionais dos idosos, tais como: comorbidades associadas, tempo de demência, número de medicamentos em uso, capacidade funcional pela Escala de Katz (Atividades Básicas de Vida Diária – ABVD) e Escala de Lawton e Brody (Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD) (Lino *et al.*, 2008; Santos; Virtuoso Júnior, 2008), determinação do estágio clínico da demência através do Estadiamento Clínico das Demências (CDR) (Montaño; Ramos, 2005), acompanhamento ou não por equipe multiprofissional/interdisciplinar e avaliação da agressividade/agitação em relação à sua frequência e intensidade pelo NPI (Cummings *et al.*, 1994).

O escore final do NPI dos idosos, referente à agressividade/agitação, é obtido multiplicando-se o resultado encontrado na frequência (1= menos de 1 vez por semana; 2= cerca de 1 vez por semana; 3= várias vezes por semana, mas menos que todos os dias; 4= uma vez por dia ou mais) e na intensidade (1= comportamento perturbador, mas que pode ser administrado com redirecionamento ou conversa; 2= comportamentos perturbadores e difíceis de se redirecionar ou controlar; 3= agitação

muito perturbadora e fonte de grande dificuldade ou que pode apresentar ameaça de danos pessoais ou com uso de medicamentos comumente necessários), alcançando valores entre 1 e 12 (Cummings *et al.*, 1994).

Análise Estatística

Para determinação do tamanho da amostra, considerou-se uma prevalência de 4,8% de idosos portadores de DA com agressividade/agitação (12% de prevalência de DA entre idosos e uma taxa de 40% de agitação/agressividade entre aqueles com demência) (Bergh; Selbæk, 2012) na população do DF que, em 2022, era composta de 384.592 idosos (Distrito Federal, 2023). Para obter um grau de confiança de 95% e uma margem de erro de 2%, foi preciso pesquisar no mínimo 438 idosos portadores de DA com agressividade/agitação e seus cuidadores.

A análise estatística consistiu no ajuste de modelos de regressão logística cumulativa (Hosmer; Lemeshow; Sturdivant, 2013). O objetivo foi determinar os fatores demográficos e clínicos associados ao maior grau de desgaste informado pelos cuidadores de idosos com DA, empregando-se, como medida de efeito, a razão de chances – *odds ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança.

Nesse modelo, a avaliação da sobrecarga do cuidador pelo subitem específico, de desgaste do cuidador, presente no NPI (Cummings *et al.*, 1994), seguiu a seguinte escala: extremamente; muito; moderadamente; levemente; quase nada; e nada, como a variável dependente. Foram possíveis fatores preditivos parâmetros, como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, provedor dos cuidados, renda, ajuda financeira, tempo de doença, número de comorbidades, escalas Katz, Lawton e CDR, equipe interdisciplinar e o NPI do paciente antes do medicamento.

A análise ocorreu em duas etapas: bivariada e múltipla. Em ambas foram calculados a OR e seus respectivos intervalos de confiança (IC). No modelo de regressão múltipla, com procedimento *stepwise*, empregou-se um nível de significância de 0,05 de permanência e de saída de seleção de variáveis.

A multicolinearidade foi avaliada entre as variáveis independentes. Indicador de tolerância com valores maiores que 0,60 foram considerados como limite da presença de multicolinearidade (Allison, 2008). Assumiu-se $p < 0,05$ como significativo. As análises foram conduzidas pelo aplicativo SAS 9.4.

RESULTADOS

A amostra consistiu num total de 962 indivíduos, sendo 481 idosos, com seus respectivos cuidadores. Entre os cuidadores, a maioria era mulher (n=374, 77,75%), com idade média de 54 anos, sendo filho(a) (n=327, 67,98%) o grau de parentesco mais prevalente. Além disso, 349 (72,56%) necessitavam de auxílio financeiro para cuidados com os idosos, uma vez que a aposentadoria, pensão, bem como outros benefícios ou proventos recebidos não eram suficientes para os gastos mensais. A renda familiar era de até 5 salários mínimos para 450 (93,56%) participantes (Tabela 1).

Entre os idosos, havia 331 mulheres e 150 homens. A média de idade da amostra foi de 82,1 anos (desvio padrão (DP) 7,7) e 90 (18,71%) participantes tinham 90 anos ou mais. A maior parte tinha menos que 4 anos de estudo (n=280, 58,21%) e eram viúvos (n=250, 51,97%). Do ponto de vista clínico-funcional, o tempo médio a partir do diagnóstico de demência foi de $5,63 \pm 2,90$ anos (IC 95%, 5,37-5,89). Quase 50% dos pacientes (n=226, 46,98%) estavam na fase moderada da DA (CDR 2) e apresentavam menos de duas comorbidades (n=344, 71,51%). Em relação a Katz (AVD), 229 (47,60%) eram parcialmente dependentes e, pela escala Lawton (AIVD), 403 (83,78%) eram dependentes (Tabela 1). Apenas 105 (21,82%) idosos eram acompanhados por uma equipe interdisciplinar composta pelo médico geriatra e, no mínimo, mais dois especialistas (assistente social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista e/ou psicólogo).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos, gravidade da doença e estado funcional de idosos com DA (n = 481).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	331	68.81
Masculino	150	31.19
Estado Civil		
Solteiro	34	7.07
Casado	150	32.22
Divorciado	42	8.73
Viúvo	250	51.98
Escolaridade		
Analfabeto	122	25.36
< 4 anos	158	32.85
4 a 8 anos	138	28.69
> 8 anos	63	13.10
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	196	40.75
2 a 5 salários mínimos	254	52.81
6 a 10 salários mínimos	31	6.44
Necessita de Ajuda Financeira		
Sim	349	72.56
Provedor de Cuidados		
Cônjuge	89	18.50
Filho (a)	327	67.98
Cuidador formal	35	7.28
Outro familiar	30	6.24
Comorbidades		
< = 2	344	71.52
> 2	137	28.48
Escala Katz		
Dependente	172	35.76
Dependência parcial	229	47.61
Independente	80	16.63
Escala Lawton		
Dependente	403	83.78
Dependência parcial	78	16.22
Independente	0	0
CDR		
Leve	83	17.26
Moderado	226	46.99
Grave	172	35.76
Equipe Interdisciplinar		
Sim	105	21.83
Não	376	78.17

Legenda: AD, Demência de Alzheimer; n, número; %, percentual da amostra total; AVD, atividades de vida diária; AIVD, atividades instrumentais de vida diária; CDR, classificação clínica de demência.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Inicialmente, com o ajuste da análise bivariada, as variáveis de forma isolada evidenciaram que pacientes com idade ≤ 90 anos, renda acima de 5 salários mínimos, tempo de doença igual ou superior a 10 anos, escore Katz apresentando dependência parcial ou total, Lawton apresentando dependência, CDR com demência moderada a avançada e NPI do paciente maior do que 6, foram fatores que representaram um efeito sobre a chance de o cuidador estar em categorias de maior grau de desgaste (Tabela 2).

Tabela 2 – Variáveis de acordo com as razões de chances bruta e ajustada, conforme modelo de regressão logística cumulativa e seus respectivos intervalos de 95% de confiança para o grau de desgaste - Escala NPI para o cuidador ordenada decrescentemente (n = 481).

Variáveis	Razão de Chances (OR) Bruta		Razão de Chances (OR) Ajustada	
	OR (IC 95 %)	p-valor	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo	-	0,0507	-	0,0316
Feminino	1	-	1	-
Masculino	1,41 (1,00; 2,00)	0,5982	1,51 (1,04; 2,20)	0,0316
Idade	-	0,0281	-	0,0168
< 90	1,59 (1,05; 2,41)	0,0281	1,72 (1,10; 2,68)	0,0168
≥ 90	1	-	1	-
Estado Civil	-	0,4399	-	-
Vive sozinho (solteiro, divorciado e viúvo)	1	-	-	-
Vive acompanhado (casado)	1,14 (0,81; 1,61)	0,4399	-	-
Escolaridade	-	0,9821	-	0,0183
< 4 anos de estudo	1	-	1	-
≥ 4 anos de estudo	1,00 (0,72; 1,38)	0,9821	1,58 (1,08; 2,30)	0,0183
Provedor Cuidados	-	0,4056	-	-
Cuidador Formal	1	-	-	-
Filho (a)	1,72 (0,91; 3,22)	0,0924	-	-
Cônjuge	1,54 (0,76; 3,11)	0,2327	-	-
Outro familiar	1,63 (0,68; 3,93)	0,2737	-	-
Renda Familiar	-	0,0081	-	-
≤ 5 SM	1	-	-	-
> 5 SM	2,47 (1,27; 4,83)	0,0081	-	-
Ajuda Financeira	-	0,0779	-	0,0016
Não	1	-	1	-
Sim	1,38 (0,96; 1,98)	0,0779	1,94 (1,29; 2,93)	0,0016
Tempo de Doença	-	0,0075	-	-
< 10 anos	1	-	-	-
≥ 10 anos	2,05 (1,21; 3,46)	0,0075	-	-
Comorbidades	-	0,1290	-	0,0024
≤ 2	1	-	1	-
> 2	1,32 (0,92; 1,88)	0,1290	1,83 (1,24; 2,70)	0,0024
Katz	-	<0,0001	-	-
Independente	1	-	-	-
Parcial	2,16 (1,36; 3,44)	0,0011	-	-
Dependente	3,16 (1,94; 5,15)	<0,0001	-	-
Lawton	1	<0,0001	-	-
Parcial	1	-	-	-
Dependente	2,59 (1,66; 4,04)	<0,0001	-	-
CDR	-	<0,0001	-	<0,0001
Demência Leve	1	-	1	-
Demência Moderada	2,41 (1,52; 3,82)	0,0002	3,06 (1,85; 5,07)	<0,0001
Demência Avançada ou Grave	3,32 (2,05; 5,39)	<0,0001	2,32 (1,37; 3,93)	0,0018
NPI do paciente antes do medicamento	-	<0,0001	-	<0,0001
≤ 6	1	-	1	-
> 6	33,45 (20,71; 54,03)	<0,0001	39,63 (24,04; 65,35)	<0,0001
Equipe Interdisciplinar	-	0,1600	-	-
Sim	1	-	-	-
Não	1,32 (0,90; 1,95)	0,1600	-	-

Fonte: Elaborada pelos autores.

No ajuste do modelo de regressão múltiplo com procedimento *stepwise*, além da idade, CDR e NPI do paciente, foram fatores preditivos para o maior desgaste nos cuidadores: a) sexo masculino; b) ter mais que 4 anos de estudo; c) recebimento de ajuda financeira; e d) apresentar mais de dois tipos de comorbidades. As demais variáveis não apresentaram uma associação significativa com a maior sobrecarga dos cuidadores.

Em relação às razões de chances ajustadas, as variáveis a seguir apresentaram maior risco de estarem em categoriais superiores de NPI dos cuidadores, refletindo, portanto, maior sobrecarga: a) sexo masculino (OR: 1,51- IC 95 %: 1,04; 2,20; $p = 0,0316$); b) pacientes com idade inferior a 90 anos (OR: 1,72- IC 95 %: 1,10; 2,68; $p = 0,0168$); c) escolaridade maior ou igual a 4 anos de estudo (OR: 1,58- IC 95 %: 1,08; 2,30; $p = 0,0183$); d) necessidade de ajuda financeira (OR: 1,94- IC 95 %: 1,29; 2,93; $p = 0,0016$); e) duas ou mais comorbidades (OR: 1,83- IC 95 %: 1,24; 2,70; $p = 0,0024$).

Concernentemente às fases da demência, a razão de chances ajustadas para pacientes com demência moderada é igual a 3,06 (IC 95 %: 1,85; 5,07 $p < 0,0001$) e, com demência avançada, a 2,32 (IC 95 %: 1,37; 3,93 $p = 0,0018$). Isto evidencia que a chance de idosos com demência moderada e avançada estarem em uma categoria superior de NPI dos cuidadores, caracterizando sobrecarga é de, respectivamente, 3,06 e 2,32 vezes maior que a chance de idosos com demência leve.

No que se refere ao uso de psicofármacos, a razão de chances ajustadas para pacientes idosos com resultado de NPI maior que seis (frequência x intensidade do sintoma), sem intervenção farmacológica, é 39,63 vezes (IC 95 %: 24,04; 65,35 $p < 0,0001$) maior que a chance de idosos com NPI abaixo desse valor.

Por fim, a Tabela 3 mostra que a mediana do NPI dos cuidadores é significativamente menor depois da intervenção farmacológica aos idosos ($p < 0,0001$), comparada ao *status* prévio.

Tabela 3 – Valores medianos do NPI dos cuidadores antes e depois da intervenção farmacológica aos idosos.

	Momento		p-valor [#]
	Antes do medicamento	Depois do medicamento	
NPI Cuidadores*	4,00 ± 1,00	2,00 ± 1,00	< 0,0001

Legenda: * Valores expressos em mediana ± intervalo interquartil; # p-valor calculado pelo teste não paramétrico de Wilcoxon.

Fonte: Elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

Oferecer assistência à pessoa com demência pode ser uma tarefa difícil e potencialmente estressora, sobretudo entre cuidadores informais. O presente estudo analisou as características dos pacientes com DA como possíveis fatores de sobrecarga do cuidador, identificando que idosos demenciados com SNP, do sexo masculino, que apresentavam idade inferior a 90 anos, com escolaridade maior ou igual a 4 anos de estudo e que dependiam financeiramente de suas famílias, manifestaram chance maior de causar sobrecarga no cuidador, avaliado pelo NPI, bem como aqueles com multimorbidades e em estágio moderado do quadro demencial.

É sabido que as demências influenciam na qualidade de vida, uma vez que à medida que aumentam os níveis de dependência física e a gravidade, proporcionalmente, espera-se maior necessidade de cuidados básicos de higiene e alimentação (Chiao; Wu; Hsiao, 2015; Kim *et al.*, 2009), dentre outros. Nesse sentido, após a análise das características clínicas, identificamos que não somente a demência em estágio moderado e avançado e com pior estado funcional foram responsáveis pela sobrecarga do cuidador, mas também a alta prevalência de SNP associados a ela. A literatura existente (Cheng, 2017; Cohen *et al.*, 2024; Torti Junior *et al.*, 2004; Van Der Lee *et al.*, 2014) coaduna com estes achados, ressaltando, ainda, que a frequência e intensidade dos SNP também são responsáveis por essa sobrecarga (Iravani *et al.*, 2022; Kochhan *et al.*, 2011).

Dados encontrados no presente estudo apontam que escores maiores que 6 no NPI dos pacientes estão associados a uma chance 39 vezes maior de sobrecarga de cuidador e, de forma semelhante, a maior magnitude da agitação foi associada à pior sobrecarga do cuidador (Schein *et al.*, 2022).

Relatos de fatores específicos, como aumento de delírios, agitação e distúrbios do sono, no decorrer da evolução da demência foram associados a um aumento do sofrimento psicológico no cuidador (Hallikainen; Koivisto; Välmimäki, 2017; Van Den Kieboom *et al.*, 2020). Para o manejo de tais SNP em idosos com DA, deve-se incluir um adequado suporte clínico e emocional ao cuidador que compreenda psicoeducação em relação ao manejo dos sintomas, gestão de comportamentos e acesso a especialistas (Deardorff; Grossberg, 2019; Schwertner *et al.*, 2022).

A presença de multimorbidades nos idosos com DA também foi um aspecto responsável pela maior chance de provocar sobrecarga de cuidador. Tal fato pode ser explicado pela maior sobrevida da população idosa, resultado do controle de certas DCNT antes letais e agora incapacitantes, que não somente aumentam a demanda de cuidados, mas também se configuram como responsáveis por intercorrências clínicas, hospitalizações e institucionalizações de idosos brasileiros (Fonseca *et al.*, 2011; Malta *et al.*, 2017; Rossetto *et al.*, 2019). Reforça-se que o número de comorbidades das pessoas com demência é associada à sobrecarga física e psicológica do cuidador (Zhang *et al.*, 2023).

Embora nossa amostra tenha sido composta majoritariamente por idosas com DA, após análise estatística apropriada, foi identificado o sexo masculino como tendo razão de chances de 1,51 para sobrecarga de cuidador. Há na literatura, de fato, maior associação com mulheres (Alves; Leite; Machado, 2010; Chiao; Wu; Hsiao, 2015; Pereira *et al.*, 2012), pelo fato de elas apresentarem maior sobrevida com prevalência de condições incapacitantes não fatais. Entretanto, contrariamente ao exposto, nossa hipótese é de que homens apresentam uma propensão superior de exibir atitudes mais explosivas, gerando, portanto, desgaste nas relações interpessoais e entre a díade paciente-cuidador (Moraes, 2015). Todavia, mais estudos são necessários para melhor elucidação desse achado.

Em relação à variável idade do idoso, nossa evidência divergiu da encontrada em outros estudos que indicam que, com a progressão da idade (e o agravamento da DA), há aumento da fragilidade do indivíduo e maior dependência física, culminando em maior propensão à sobrecarga do cuidador (Lopes *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2012; Rebêlo *et al.*, 2021). Uma possível explicação pode ser o fato de nossa amostra ser constituída predominantemente por idosos longevos (World Health Organization, 2023), que geralmente necessitam de algum suporte e assistência nas AIVD e gestão da própria saúde.

A escolaridade reflete o conjunto de habilidades, conhecimentos e competências adquiridas por meio de estudos formais e experiências educacionais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023). Pesquisas anteriores (Agüera-Ortiz *et al.*, 2010; Kim, *et al.*, 2009) reconhecem que o índice de educação entre pacientes com demência é considerado um fator sociodemográfico que afeta a sobrecarga do cuidador, sobretudo entre os pacientes que apresentam níveis mais baixos de escolaridade (Alvez; Leite; Machado, 2010; Chiao; Wu; Hsiao, 2015). No

entanto, justifica-se o achado de que idosos com escolaridade maior ou igual a 4 anos de estudo pressionam mais o cuidador pela suposição de que pessoas com melhor escolaridade teriam maior propensão a questionar o cuidado prestado.

No Brasil, o cuidado com o idoso tem sido executado principalmente pela família, contando com pouca ajuda por parte do Estado, incluindo a falta de regulamentação da profissão de cuidador de idosos. Inexistem especificações quanto aos direitos, deveres e qualificação desses profissionais. Ademais, ainda é escassa a oferta de capacitação para cuidadores familiares no manejo dessa difícil tarefa e, os serviços formais, oferecidos por pessoas qualificadas, não são acessíveis financeiramente à grande maioria da população (Cheng, 2017). A busca por um cuidado institucional só ocorre depois de a família ter esgotado todas as suas possibilidades (Mello, 2010). Segundo nossos achados, a maioria dos idosos recebia menos de cinco salários-mínimos e necessitava de ajuda financeira, impactando diretamente os orçamentos dessas famílias e, conseqüentemente, contribuindo para a sobrecarga dos cuidadores.

Destaca-se que são elevados os custos com saúde e assistência social aos indivíduos com demência, sobretudo os que apresentam SNP (Aigbogun *et al.*, 2019; Koenig; Arnold; Streim, 2016), em especial, a agitação psicomotora. Em nosso país, esses gastos atingem a proporção de US\$ 16.548,24 por paciente/ano, sendo esse valor influenciado, dentre outros fatores, pelos medicamentos em uso (Deb *et al.*, 2017; Ferretti *et al.*, 2018).

Em nossa amostra, encontramos que os cuidadores mais prevalentes são cônjuge, filho, cuidador formal e outro parente, sendo a maioria filhas. É importante ressaltar que a função de cuidar, culturalmente, seja por pressão intrafamiliar ou social, ainda está atrelada às mulheres, apesar das mudanças que envolvem o papel feminino na sociedade (Camarano; Pinheiro, 2023; Loureiro; Fernandes, 2015). Elas constituem a maior parte da população idosa, passam mais tempo expostas aos riscos fisiopatológicos e recebem maior sobrecarga na atividade de cuidar (Chiari *et al.*, 2021; Kim *et al.*, 2009; Maximiano-Barreto *et al.*, 2019; Nunes *et al.*, 2018).

Ressalta-se ainda que, além do sexo feminino, cuidadores mais velhos e a presença de comorbidades são fatores de risco adicionais para uma baixa qualidade de vida destes (Andreakou *et al.*, 2016). Outros aspectos sociodemográficos e psicológicos do cuidador e relacionados ao cuidado também podem ser fatores

responsáveis pela sobrecarga, como, por exemplo, nível educacional, grau de convivência com o paciente, saúde psicológica, habilidades de enfrentamento e autogerenciamento de sintomas, variáveis estas que não foram abordadas na nossa pesquisa e que poderão ser levadas em consideração em estudos futuros (Chiao; Wu; Hsiao, 2015).

A intimidade, as experiências compartilhadas e as memórias, que muitas vezes fazem parte do relacionamento entre um cuidador e uma pessoa que vive com demência, podem ser ameaçadas devido à tríade: perda cognitiva, comprometimento funcional e SNP (Alzheimer's [...], 2023; Matos *et al.*, 2021). É importante destacar que o cuidador familiar geralmente não dispõe do preparo ou da habilidade técnica necessários para o cuidado de uma pessoa idosa, o que a expõe a situações de risco (Giacomin *et al.*, 2018; Nunes *et al.*, 2018).

Em se tratando de assistir idoso com demência, a necessidade de um manejo especial pode ser ainda maior. Por isso, os cuidadores são mais propensos a reduzir o seu tempo livre e interesses, a evitar interação social e até mesmo a abandonar o emprego (Brodaty; Hadzi-Pavlovic, 1990; Chiari *et al.*, 2021). Embora o ato de cuidar seja visto como união familiar e a satisfação em ajudar os outros, sentimentos ambivalentes (amor e raiva; paciência e intolerância; medo e insegurança) podem ser mobilizados e experimentados pelo cuidador e, por isso, são essenciais o suporte emocional e o apoio familiar para que esse processo, contínuo, possa ser ressignificado, sob risco de que a sobrecarga se torne um gatilho para a institucionalização, a violência e o abandono (Alzheimer's [...], 2023; Matos *et al.*, 2021; Soysal *et al.*, 2023).

Constatou-se um aumento na depressão, ansiedade, angústia e sobrecarga em cuidadores, ao longo do processo, sobretudo durante o confinamento pandêmico da COVID-19, uma vez que a pandemia teve um efeito negativo no bem-estar psicológico dos cuidadores (Soyal *et al.*, 2023). Existe uma clara necessidade de explorar mais os potenciais mecanismos relacionados com os resultados negativos para que os cuidadores possam ser apoiados em quaisquer cenários futuros, incluindo estratégias para lidar com o luto, quando seus entes queridos falecem (Alzheimer's [...], 2023; Soyal *et al.*, 2023).

Por ser considerada uma síndrome complexa, o tratamento das demências e suas repercussões, sobretudo as alterações neuropsiquiátricas, requer um planejamento eficaz para intervenções custo-efetivas, garantindo, com isso, a

redução dos prejuízos aos pacientes e cuidadores (Bessey; Walaszek, 2019; Cammisuli *et al.*, 2016). Embora as recomendações atuais tragam como primeira linha terapêutica as estratégias não farmacológicas, baseadas na abordagem interdisciplinar com profissionais qualificados, com o intuito de aliviar sintomas e reduzir o desgaste do cuidador (Bessey; Walaszek, 2019; Cammisuli *et al.*, 2016), menos de ¼ dos pacientes avaliados em nossa pesquisa lançavam mão desse suporte, provavelmente pela escassa disponibilidade de serviços voltados para essa população.

Com a finalidade de preencher essa lacuna, em 2021, foi aprovada a Política Distrital para prevenção, tratamento e apoio às pessoas com DA e outras demências, a seus familiares e cuidadores e, atualmente, encontra-se em fase de regulamentação na SES-DF (Distrito Federal, 2021). Essa política tem um olhar sensível aos cuidadores, objetivando, dentre outros aspectos, a assistência interdisciplinar e integral, englobando o binômio paciente/cuidador e a inclusão de novas intervenções que visem às necessidades clínicas e psicossociais de quem cuida. Além disso, a educação permanente e o desenvolvimento de cursos e capacitações voltados para cuidadores de idosos vêm como uma proposta de educação em saúde de grande efeito (Martins *et al.*, 2007).

Levando-se em consideração que uma parcela significativa dos idosos com DA e SNP não têm acesso às principais abordagens não farmacológicas, o uso de psicofármacos pode ser empregado naqueles com sintomas mais intensos e que tragam riscos reais para o idoso ou terceiros, apesar de melhora modesta e efeitos colaterais (Lanctôt *et al.*, 2017; Schein *et al.*, 2022). Em nossa análise, entretanto, os escores do NPI dos cuidadores foram significativamente menores, depois da intervenção farmacológica aos idosos, comparada ao *status* prévio, o que demonstra que a estratégia farmacológica acaba sendo uma alternativa na prática clínica.

Em suma, apesar dos mecanismos neurais que geram as alterações neuropsiquiátricas não serem totalmente compreendidas, é preponderante a observação de como o seu surgimento interfere na dinâmica familiar, sendo imprescindível a abordagem integral e individualizada (Sato *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

Espera-se que as informações críticas e regionalizadas encontradas nesta pesquisa inédita no DF sejam capazes de contribuir para a adequação dos serviços e melhoria da qualidade dos atendimentos ofertados aos idosos com DA e seus cuidadores. Com base em nossos resultados, verifica-se a necessidade de atenção especial aos cuidadores dos idosos que apresentam DA e sintomas neuropsiquiátricos, classificados em estágios mais avançados e com maior pontuação na subescala de agitação e agressividade do NPI, que sejam do sexo masculino, com idade inferior a 90 anos, com escolaridade maior que 4 anos, dependentes financeiramente de seus familiares e que experimentam mais de duas comorbidades, uma vez que esses pacientes exibem maior chance de representarem sobrecarga a seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

- ABRAHA, I. *et al.* Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. **BMJ Open**, London, v. 7, n. 3, p. e012759, 2017.
- AGÜERA-ORTIZ, L. *et al.* Clinical progression of moderate-to-severe Alzheimer's disease and caregiver burden: a 12-month multicenter prospective observational study. **Int. Psychogeriatr.**, [S. l.], v. 22, n. 8, p. 1265–1279, 2010.
- AIGBOGUN, M. S. *et al.* Treatment patterns and burden of behavioral disturbances in patients with dementia in the United States: a claims database analysis. **BMC Neurol.**, London, v. 19, n. 1, p. 33, 2019.
- ALLISON, P. D. **Logistic Regression Using SAS Theory and Application**. Cary, NC: SAS Institute, 2008. ch. 6, p. 133.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, p. 468-478, 2010.
- ALZHEIMER DISEASE INTERNACIONAL. **World Alzheimer Report 2022**. Lincolnshire, IL: Alzheimer Disease Internacional, 2022. Disponível em: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>. Acesso em: 15 jan. 2023.
- ALZHEIMER'S disease facts and figures. **Alzheimers Dement.**, Orlando, v. 19, n. 4, p. 1598-1695, 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

ANDREAKOU, M. I. *et al.* Assessment of health-related quality of life for caregivers of Alzheimer's disease patients. **Int. J. Alzheimers Dis.**, London, v. 2016, p. 1–7, 2016.

BAUAB, J. P.; EMMEL, M. L. G. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 339-352, 2014.

BERGH, S.; SELBÆK, G. The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. **Nor. Epidemiol.**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 225-232, 2012.

BESSEY, L. J.; WALASZEK, A. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia. **Curr. Psychiatry Rep.**, Philadelphia, PA, v. 21, n. 8, p. 66, 2019.

BIANCHI, M. *et al.* Indicadores psicométricos da Zarit Burden Interview aplicada a idosos cuidadores de outros idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 24, p. e2835, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 202, p. 142, 20 out. 2006.

BRODATY, H.; HADZI-PAVLOVIC, D. Psychosocial effects on carecs of living with persons with dementia. **Aust. N. Z. J. Psychiatry**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 351-361, 1990.

CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. (org.). **Cuidar, verbo transitivo**: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea, 2023.

CAMMISULI, D. M. *et al.* Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer's Disease: a critical review of the scientific literature from the last ten years. **European Geriatric Medicine**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 57–64, 2016.

CHENG, S. T. Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. **Curr. Psychiatry Rep.**, Philadelphia, PA, v. 19, p. 9, p. 64, 2017.

CHIAO, C. Y.; WU, H. S.; HSIAO, C. Y. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: a systematic review. **Int. Nurs. Rev.**, [S. l.], v. 62, n. 3, p. 340-350, 2015.

CHIARI, A. *et al.* Determinants of caregiver burden in early onset dementia. **Dement. Geriatr. Cogn. Dis. Extra**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 189–197, 2021.

CLOUTIER, M. *et al.* Institutionalization risk and costs associated with agitation in Alzheimer's disease. **Alzheimers Dement. (NY)**, New York, v. 5, p. 851–861, 2019.

COHEN, C. I.; *et al.* The Relationships between Caregiver Burden, Physical Frailty, Race, Behavioral and Psychological Symptoms (BPSD), and Other Associated Variables: an exploratory study. **Medicina (Kaunas)**, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 426, 2024.

CREESE, B. *et al.* The modern role of antipsychotics for the treatment of agitation and psychosis in Alzheimer's disease. **Expert Rev. Neurother.**, London, v. 18, n. 6, p. 461–467, 2018.

CUMMINGS, J. L. *et al.* The Neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. **Neurology**, [S. l.], v. 44, n. 12, p. 2308–2314, 1994.

CUMMINGS, J. L. The Neuropsychiatric inventory: assessing psychopathology in dementia patients. **Neurology**, [S. l.], v. 48, n. 5, p. 10S-6S, 1997. Suppl. 6.

CUSTODIO, N. *et al.* Dementia in Latin America: epidemiological evidence and implications for public policy. **Front. Aging Neurosci.**, Lausanne, CH, v. 9, p. 221, 2017.

DADALTO, E. V.; CAVALCANTE, F. G. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 147-157, 2021.

DEARDORFF, W. J.; GROSSBERG, G. T. Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia. **Handb. Clin. Neurol.**, Amsterdam, v. 165, p. 5-32, 2019.

DEB A. *et al.* Direct and indirect cost of managing alzheimer's disease and related dementias in the United States. **Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res.**, London, v. 17, n. 2, p. 189–202, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 6.926, de 02 de agosto de 2021. Institui a políticadistrital para prevenção, tratamento e apoio às pessoas com doença de Alzheimer e outras demências, aos seus familiares e aos cuidadores e dá outras providências. **Diário Oficial do Distrito Federal**: seção 1, Brasília, DF, ano 41, p. 1, 2 mar. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. InfoSaúde-DF. **Projeção da população do DF**. Brasília, DF: Secretaria de Saúde, 2023. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/projecao-da-populacao-do-df-salasi/>. Acesso em: 9 mar. 2023.

FALCO, A. *et al.* Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. **Quim. Nova**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 63–80, 2016.

FERRETTI, C. *et al.* An assessment of direct and indirect costs of dementia in Brazil. **PLoS One**, San Francisco, CA, v. 13, n. 3, p. e0193209, 2018.

FONSECA, A. C. C. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência no Distrito Federal. **Brasília Med.**, Brasília, DF, v. 48, n. 4, p. 366-371, 2011.

GBD 2016 DEMENTIA COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet Neurol.**, London, v. 18, n. 1, p. 88–106, 2019.

GEORGE, L. K.; GWYTHYER, L. P. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. **Gerontologist**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 253-259, 1986.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 9s, 2018. Suppl. 2.

HALLIKAINEN, I.; KOIVISTO, A. M.; VÄLIMÄKI, T. The influence of the individual neuropsychiatric symptoms of people with Alzheimer disease on family caregiver distress: a longitudinal ALSOVA study. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, [S. l.], v. 33, n. 9, p. 1207–1212, 2017.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S.; STURDIVANT, R. X. **Applied Logistic Regression**. 3th ed. New York: Wiley, 2013. ch. 8, p. 289.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Educação**. Brasília, DF: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 2 abr. 2023.

IRAVANI, B. *et al.* Neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease and caregiver burden. **Front. Neurol.**, [S. l.], v. 13, p. 877143, 2022.

KASUYA, R. T.; POLGAR-BAILEY, P.; TAKEUCHI, R. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. **Postgrad. Med.**, New York, v. 108, n. 7, p. 119-123, 2000.

KAUFER, D. I. *et al.* Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the neuropsychiatric inventory caregiver distress scale. **J. Assoc. Geriatr. Soc.**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 210-215, 1998.

KIM, M. D, *et al.* Caregiver burden among caregivers of Koreans with dementia. **Gerontology**, [S. l.], v. 55, n. 1, p. 106–113, 2009.

KOCHHAN, R. *et al.* Neuropsychiatric symptoms as the main determinant of caregiver burden in Alzheimer's disease. **Dement. Neuropsychol.**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 203-208, 2011.

KOENIG, A. M.; ARNOLD, S. E.; STREIM, J. E. Agitation and irritability in Alzheimer's Disease: evidenced-based treatments and the black-box warning. **Curr. Psychiatry Rep.**, Philadelphia, PA, v. 18, n. 1, p. 3, 2016.

LANCTÔT, K. L, *et al.* Neuropsychiatric signs and symptoms of Alzheimer's disease: New treatment paradigms. **Alzheimers Dement. (N Y)**, New York, v. 3, n. 3, p. 440–449, 2017.

LINO, V. T. S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103–112, 2008.

LOPES, C. C. *et al.* Associação entre a ocorrência de dor e sobrecarga em cuidadores principais e o nível de independência de idosos nas atividades de vida diária: estudo transversal. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 98-106, 2020.

LOUREIRO, L. S. N.; FERNANDES, M. G. M. Perfil do cuidador familiar de idosos dependentes em convívio domiciliar. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 145-154, 2015. Supl.

MALTA, D. C. *et al.* Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 4s, p. 2017. Supl. 1.

MARTINS, J. J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, SC, v. 16, v. 2, p. 254–262, 2007.

MATOS, N. M. *et al.* Mediação de conflito: soluções propostas e atendimento a casos de violência contra a pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. e210068, 2021.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A. *et al.* A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas Sociais**, Aracaju, SE, v. 8, n. 2, p. 239–252, 2019.

MCKHANN, G. *et al.* Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group* under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. **Neurology**, [S. l.], v. 34, n. 7, p. 939–944, 1984.

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

MELLO, J. L. Introdução. *In*: CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

MONTAÑO, M. B. M. M.; RAMOS, L. R. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 912–917, 2005.

MORAES, T. P. B. A discrepância quanto à frequência de comportamentos agressivos em homens e mulheres. Um estudo evolucionista sobre o comportamento agressivo em humanos. **UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ.**, Londrina, PR, v. 15, n. 1, p. 73-82, 2015.

NUNES, D. P. *et al.* Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 21, p. E180020.SUPL.2, 2018. Supl. 2.

ORY, M. G.; *et al.* Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. **Gerontologist**, [S. l.], v. 39, n. 2, p. 177-185, 1999.

PEREIRA, G. N. *et al.* Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2035-2042, 2012.

PERLICK, D. A. *et al.* Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. **Bipolar Disord.**, Copenhagen, v. 7, n. 2, p. 126–135, 2005.

REBÊLO, F. L. *et al.* Fatores associados à sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, RS, v. 26, n. 2, p. 275-292, 2021.

ROSSETTO, C. *et al.* Causes of hospital admissions and deaths among Brazilian elders between 2005 and 2015. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 40, p. e20190201, p. 2019.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290–296, 2008.

SATO, S. *et al.* Characteristics of behavioral symptoms in right-sided predominant semantic dementia and their impact on caregiver burden: a cross-sectional study. **Alzheimers Res. Ther.**, London, v. 13, n. 1, p. 166, 2021.

SCHEIN, J. *et al.* The impact of agitation in dementia on caregivers: areal-world survey. **J. Alzheimers Dis.**, Amsterdam, v. 88, n. 2, p. 663-677, 2022.

SCHWERTNER, E. *et al.* Behavioral and psychological symptoms of dementia in different dementia disorders: a large-scale study of 10,000 individuals. **J. Alzheimers Dis.**, Amsterdam, v. 87, n. 3, p. 1307-1318, 2022.

SHIM, S. H. *et al.* Factors associated with caregiver burden in dementia: 1-year follow-up study. **Psychiatry Investig.**, Seoul, KR, v. 13, n. 1, p. 43-49, 2016.

SOYSAL, P. *et al.* The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Psychological Well-Being of Caregivers of People with Dementia or Mild Cognitive Impairment: a systematic review and meta-analysis. **Geriatrics (Basel)**, [S. l.], v. 8, n. 5, p. 97, 2023.

TORTI JUNIOR, F. M. *et al.* A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. **Alzheimer. Dis. Assoc. Disord.**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 99–109, 2004.

VAN DEN KIEBOOM, R. *et al.* The Trajectory of caregiver burden and risk factors in dementia progression: a systematic review. **J. Alzheimers Dis.**, Amsterdam, v. 77, n. 3, p. 1107-1115, 2020.

VAN DER LEE, J. *et al.* Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: a systematic review. **Ageing. Res. Rev.**, [S. l.], v. 15, p. 76–93, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classifications**. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 5 maio 2023.

XIMENES, M. A.; RICO, B. L. D.; PEDREIRA, R. Q. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. **Rev. Kairos**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 121-140, 2014.

ZHANG, J. *et al.* Association of dementia comorbidities with caregivers' physical, psychological, social, and financial burden. **BMC Geriatr.**, London, v. 23, n. 1, p. 60, 2023.

6 CAPÍTULO 2

Este capítulo apresenta a análise da disponibilidade e das características das equipes responsáveis pela assistência à população idosa com DA e sintomas SNP na rede pública do DF, com ênfase no uso de intervenções não farmacológicas no manejo da agressividade e agitação. A investigação contempla, ainda, a associação entre a presença de dúvidas no manejo clínico e variáveis como qualificação profissional, cenário de atuação e desejo de AM.

Esses aspectos são discutidos no artigo intitulado “*Cuidado interdisciplinar e não farmacológico às pessoas idosas com doença de Alzheimer na rede pública de saúde*”, submetido para publicação em revista classificada como A1 no sistema Qualis/CAPES.

O artigo encontra-se reproduzido integralmente a seguir.

Cuidado interdisciplinar e não farmacológico às pessoas idosas com doença de Alzheimer na rede pública de saúde

Resumo

A doença de Alzheimer é uma condição neurodegenerativa progressiva associada a sintomas neuropsiquiátricos, como agressividade e agitação psicomotora, que comprometem a qualidade de vida de pacientes e cuidadores. Este estudo descritivo e transversal avaliou a presença de equipes interdisciplinares e a utilização de intervenções não farmacológicas no manejo desses sintomas em idosos atendidos na rede pública de saúde do Distrito Federal. Os dados foram obtidos por meio de questionários estruturados aplicados a profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e outros membros de equipes multiprofissionais. A maioria relatou acompanhar pacientes com comportamentos disruptivos relacionados à demência, e mais de 80% demonstraram segurança no manejo clínico, ainda que reconhecessem a necessidade de suporte especializado. As equipes eram compostas, em sua maioria, por médicos e enfermeiros. Cerca de 40% dos serviços não adotavam intervenções não farmacológicas nem práticas integrativas e

complementares. Profissionais com formação específica demonstraram maior propensão a realizar encaminhamentos adequados e a promover o cuidado compartilhado. Os resultados evidenciam a urgência de qualificação contínua e ampliação das equipes da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, além da necessidade de institucionalização de práticas terapêuticas não medicamentosas e de políticas públicas voltadas à educação permanente e ao apoio matricial.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Agressividade em pessoas com Demência; Agitação Psicomotora; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Serviços de Saúde para Idosos.

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos principais desafios sociais e econômicos contemporâneos, especialmente devido à crescente prevalência de doenças crônicas, como as demências, entre a população idosa. Em 2019, estimava-se que cerca de 1,8 milhão de pessoas viviam com demência no Brasil, com projeções indicando um aumento para 6,7 milhões até 2050¹. A doença de Alzheimer (DA), tipo mais comum de demência e uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo², caracteriza-se por declínio progressivo da memória, capacidades cognitivas e funcionalidade, além de sintomas neuropsiquiátricos (SNP), como agressividade, agitação, apatia, psicose e depressão³. Esses sintomas neuropsiquiátricos relacionados à doença de Alzheimer (SNP-DA) afetam quase a totalidade dos pacientes e se configuram como um ponto crítico no manejo clínico, pois impactam negativamente a qualidade de vida dos pacientes e cuidadores e aceleram a progressão da doença⁴.

Em 2024, a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doença de Alzheimer e outras Demências foi instituída pela Lei nº 14.878, destacando a necessidade de serviços de saúde com equipes qualificadas para diagnóstico precoce, tratamento adequado e suporte contínuo⁵. Contudo, o cuidado eficaz, especialmente naqueles com SNP-DA, depende de intervenções adequadas e de profissionais qualificados, algo que permanece como um desafio relevante em muitos serviços^{6,7}.

O manejo dos SNP-DA tem, como primeira linha terapêutica, as estratégias não farmacológicas, enquanto o tratamento medicamentoso é reservado ao controle de manifestações mais graves. Modificações no ambiente, prática de atividade física, estímulo cognitivo, suporte emocional e outras abordagens individualizadas têm se mostrado efetivas⁸. No âmbito das políticas públicas, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado na estruturação de redes de cuidado voltadas à população idosa por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), buscando oferecer um cuidado mais integral, resolutivo e humanizado, especialmente para indivíduos em situação de maior fragilidade, como aqueles com demência⁹⁻¹¹.

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a disponibilidade e as características das equipes que assistem à população idosa com demência e SNP na rede pública do Distrito Federal (DF), bem como o uso de intervenções não farmacológicas no manejo da agressividade e agitação. Particular destaque foi dado à investigação da associação entre a presença de dúvidas no manejo clínico e variáveis como qualificação profissional, cenário de atuação e desejo de apoio matricial (AM). A pesquisa fornece subsídios para melhorar a formação, a atuação e a articulação das equipes de saúde, aprimorando o cuidado a essa população vulnerável.

Métodos

Este estudo descritivo transversal foi realizado entre janeiro e dezembro de 2023, na rede pública de atenção à saúde da pessoa idosa do SUS, sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Os cenários assistenciais incluídos foram: (1) ambulatórios especializados em geriatria, gerontologia e neurologia pertencentes à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e vinculados às sete Superintendências Regionais de Saúde do DF (Centro-Norte, Centro-Sul, Oeste, Sul, Sudoeste, Norte e Leste); e (2) Atenção Primária à Saúde (APS), representada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes multiprofissionais (eMulti), distribuídas em diferentes regiões geográficas, de modo a garantir a representação de todo o território do DF.

Considerando a rede pública da SES-DF, foram incluídos os serviços e profissionais alocados na APS e na AAE. Excluíram-se os serviços sob gestão hospitalar privada ou associativa, bem como os profissionais dedicados exclusivamente à gestão administrativa. A coleta de dados realizou-se por meio de questionário estruturado, observação direta e análise documental de registros institucionais, com o objetivo de caracterizar a assistência prestada à população idosa com demência, com ênfase nas práticas não farmacológicas. As entrevistas foram conduzidas presencialmente ou via plataforma *Google Forms*, direcionadas aos profissionais envolvidos no cuidado de pessoas com DA, incluindo médicos de família, enfermeiros, membros das equipes eMulti, médicos especialistas na atenção secundária e integrantes das equipes interdisciplinares dos ambulatórios de geriatria e neurologia. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento de pesquisa foi composto por itens destinados a avaliar o nível de conhecimento e as atitudes dos profissionais em relação aos SNP-DA, incluindo a identificação de sinais clínicos, as intervenções terapêuticas empregadas e os fluxos de encaminhamento correspondentes. Adicionalmente, analisou-se a existência, a periodicidade e o grau de formalização de protocolos clínicos para intervenções sensoriais e psicossociais, protocolos estruturados de cuidados, estimulação cognitiva e técnicas de manejo comportamental.

As variáveis analisadas incluíram aspectos sociodemográficos e clínicos dos profissionais, como idade, sexo, local de atuação, cargo na SES-DF, qualificação profissional; e condutas adotadas frente aos pacientes com DA, como atendimento compartilhado e encaminhamentos para intervenções não farmacológicas.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB), CAAE 50749721.3.0000.0030, e pelo CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), CAAE 50749721.3.3001.5553. A pesquisa foi conduzida seguindo preceitos éticos da Resolução CNS/MS nº 466/2012.

Análise Estatística

A amostra foi calculada com base na prevalência estimada de 8,3% de profissionais de saúde que deveriam ser qualificados para o atendimento a pessoa idosa com demência, correspondente a 2.568 servidores, considerando o total de 31.027 profissionais vinculados à SES-DF em 2023¹². O cálculo amostral, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 3,5%, indicou a necessidade de um mínimo de 237 participantes.

A análise descritiva das características da amostra foi apresentada em tabelas e gráficos. Variáveis qualitativas estão expressas em frequências e porcentagens, enquanto as quantitativas são descritas por médias e desvios-padrão. Para avaliar a associação entre encaminhamento ou atendimento compartilhado e a qualificação profissional, aplicou-se o teste do Qui-quadrado.

Modelos de regressão de Poisson com variância robusta foram empregados para identificar os fatores associados à ausência de dúvidas sobre o manejo clínico, com a razão de prevalência (RP) e seus intervalos de confiança como medida de efeito.

Os fatores preditivos considerados na análise foram: sexo, idade, cenário de atuação, vínculo com a SES-DF, qualificação (definida como a conclusão de, pelo menos, um curso de aperfeiçoamento, especialização, residência médica, mestrado ou doutorado na área de saúde da pessoa idosa), desejo em receber apoio de equipe interdisciplinar ou matricial sobre o tema, bem como a realização de encaminhamentos para ambulatórios especializados da atenção secundária e/ou atendimento compartilhado com equipe multiprofissional ou interdisciplinar.

A análise foi realizada em duas etapas: bivariada e múltipla. Inicialmente, modelos de regressão de Poisson simples foram ajustados para cada variável, e aquelas com valor de $p < 0,25$ ¹³ foram incluídas na análise múltipla. Variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final. A multicolinearidade foi avaliada e considerada significativa quando o indicador de tolerância foi maior que 0,60. As análises foram conduzidas no *software* SAS 9.4.

Resultados

A amostra foi composta por 304 profissionais de saúde, dos quais 79,28% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 41,66 anos (desvio padrão $\pm 8,32$). A maioria, 72,70%, atuava na APS. As categorias profissionais mais prevalentes foram médicos (33,88%) e enfermeiros (29,61%). Apenas 28,62% dos participantes relataram possuir ao menos uma qualificação específica na área de atenção à saúde da pessoa idosa.

Observou-se que 86,84% dos profissionais prestavam assistência a pessoas com DA que apresentavam SNP de difícil controle ou redirecionamento, frequentemente geradores de sobrecarga aos cuidadores. Embora 84,21% afirmassem não ter dúvidas quanto ao manejo clínico desses casos, 89,47% manifestaram o desejo de contar com AM especializado. Apesar disso, menos da metade relatou realizar encaminhamentos para ambulatórios especializados ou adotar estratégias de atendimento compartilhado (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas e assistenciais dos profissionais da rede pública de saúde do Distrito Federal (n = 304).

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Feminino	241	79,28
Masculino	63	20,72
Cenário de Atuação		
Atenção Primária	221	72,7
Atenção Secundária	83	27,3
Cargo na SES-DF		
Médico	103	33,88
Especialista não médico	111	36,51
Enfermeiro	90	29,61
Pelo menos uma Qualificação		
Não	217	71,38
Sim	87	28,62
Assistência a Indivíduos com Alzheimer		
Não	40	13,16
Sim	264	86,84
Ter dúvida quanto ao manejo		
Não	256	84,21
Sim	48	15,79
Desejaria ter apoio de uma equipe		
Não	32	10,53
Sim	272	89,47
Encaminha para ambulatórios especializados		
Não	167	54,93
Sim	137	45,07
Atendimento compartilhado		
Não	142	46,71
Sim, às vezes	117	38,49
Sim, sempre	45	14,8

Legenda: APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

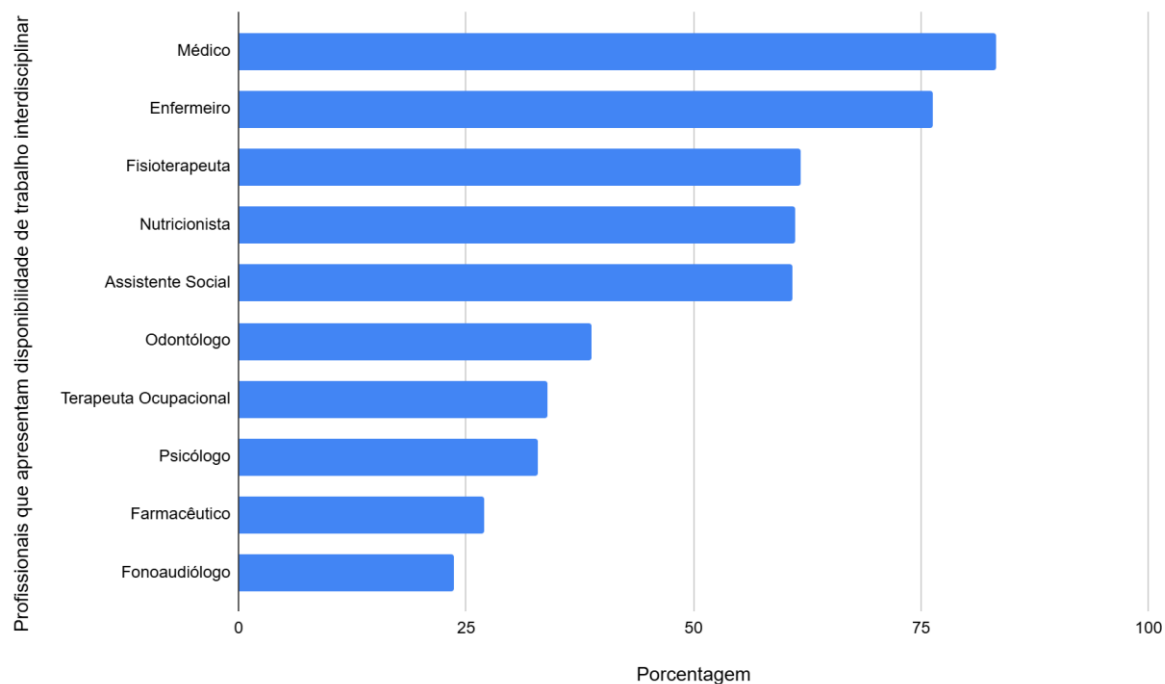
Nota: Médicos e enfermeiros referem-se a cargos na SES-DF. Atendimento compartilhado e encaminhamento referem-se à prática com pacientes com Doença de Alzheimer e sintomas neuropsiquiátricos.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em relação aos profissionais com possibilidade de trabalho interdisciplinar nas unidades, houve predomínio da presença de médicos em 253 serviços (83,22%), seguido por enfermeiros em 232 (76,32%) e fisioterapeutas em 188 (61,84%) das equipes (Figura 1).

Figura 1

Distribuição dos profissionais presentes nas unidades com atuação interdisciplinar (n = 304).

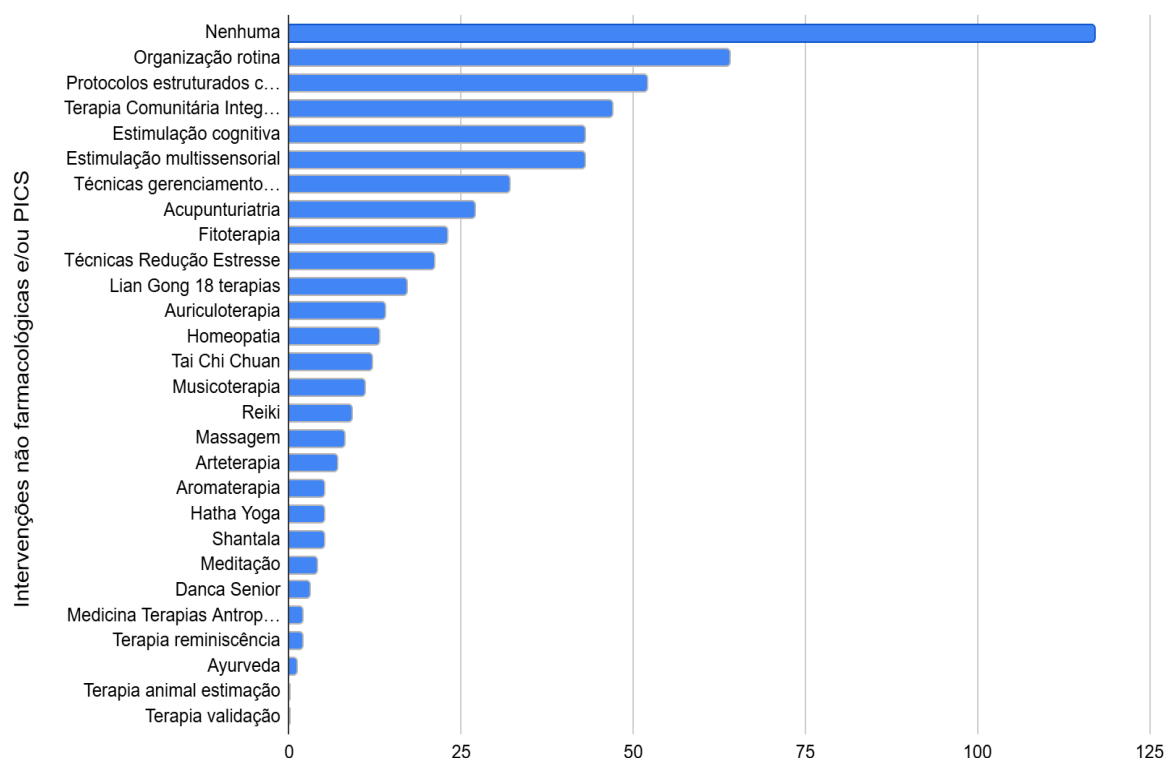


Fonte: Elaborado pelos autores.

As intervenções não farmacológicas mais frequentemente referidas foram: organização da rotina (21,05%), protocolos estruturados de cuidado (17,11%), terapia comunitária integrativa (15,46%), estimulação cognitiva (14,14%) e estimulação multissensorial (14,14%). Ainda assim, aproximadamente 40% dos profissionais afirmaram não utilizar intervenções não farmacológicas e/ou Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nas unidades onde atuam, no manejo de pacientes com DA que apresentam sintomas como agitação e agressividade (Figura 2).

Figura 2

Intervenções não farmacológicas relatadas no cuidado de pacientes com Doença de Alzheimer e sintomas de agitação/agressividade (n = 304).



Legenda: PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Nota: Cada participante pôde indicar mais de uma intervenção.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Com relação à prescrição medicamentosa e à adoção de PICS, todos os médicos participantes relataram prescrever fármacos. No entanto, apenas 44% encaminhavam os pacientes para intervenções integrativas como complemento ao tratamento. Entre as classes medicamentosas mais prescritas destacaram-se os antipsicóticos (n = 97; 94,17%), seguidos pelos antidepressivos (n = 71; 68,93%), ansiolíticos (n = 40; 38,83%) e estabilizadores de humor (n = 21; 20,39%).

Na análise bivariada inicial, a variável "cargo na SES-DF" foi excluída do modelo multivariado por apresentar valor de p superior a 0,25. No modelo final, utilizando regressão de Poisson com variância robusta, observaram-se associações significativas ($p < 0,05$) entre as variáveis idade, sexo, qualificação profissional e desejo de AM, e a autopercepção de ausência de dúvidas quanto ao manejo dos SNP.

A análise multivariada indicou que, para cada incremento de um ano na idade, houve aumento de 4% na prevalência de autoconfiança quanto ao manejo dos SNP

($p = 0,0081$). Profissionais do sexo masculino apresentaram uma prevalência 99% superior de ausência de dúvidas em comparação ao sexo feminino ($p = 0,0076$). Aqueles com qualificação específica na área demonstraram prevalência 136% maior de autoconfiança, em relação aos sem qualificação ($p = 0,0005$). Ainda, profissionais que não expressaram desejo de AM apresentaram uma prevalência 555% superior de percepção de domínio clínico em comparação aos que manifestaram essa necessidade ($p < 0,0001$) (Tabela 2).

Tabela 2

Fatores associados à ausência de dúvidas no manejo de sintomas neuropsiquiátricos, segundo modelo de regressão de Poisson com variância robusta ($n = 304$).

Variáveis	Razão de Prevalência (RP) Bruta		Razão de Prevalência (RP) Ajustada	
	RP (IC 95 %)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor
Idade	1,03 (1,01; 1,06)	0,0139	1,04 (1,01; 1,07)	0,0081
Sexo	-	0,0461	-	0,0076
Feminino	1	-	1	-
Masculino	1,74 (1,01; 2,99)	0,0461	1,99 (1,20; 3,30)	0,0076
Cenário de Atuação	-	< 0,0001	-	-
Atenção Primária	1	-	-	-
Atenção Secundária	3,42 (2,05; 5,71)	< 0,0001	-	-
Cargo SES-DF	-	0,3362	-	-
Assistente Social	2,14 (0,66; 6,97)	0,2052	-	-
Médico	1,94 (0,92; 4,06)	0,0794	-	-
Enfermeiro	1	-	-	-
Outro	1,67 (0,78; 3,55)	0,1857	-	-
Qualificação	-	0,0001	-	0,0005
Não	1	-	1	-
Sim	2,71 (1,63; 4,51)	0,0001	2,36 (1,46; 3,81)	0,0005
Desejaria Apoio	-	< 0,0001	-	< 0,0001
Sim	1	-	1	-
Não	7,82 (5,08; 12,04)	< 0,0001	6,55 (4,16; 10,32)	< 0,0001
Encaminhamento Ambulatório	-	0,0809	-	-
Sim	1	-	-	-
Não	1,64 (0,94; 2,86)	0,0809	-	-
Atendimento Compartilhado	-	0,1907	-	-
Não	1	-	-	-
Sim, às vezes	1,15 (0,63; 2,09)	0,6464	-	-
Sim, sempre	1,83 (0,94; 3,54)	0,0746	-	-

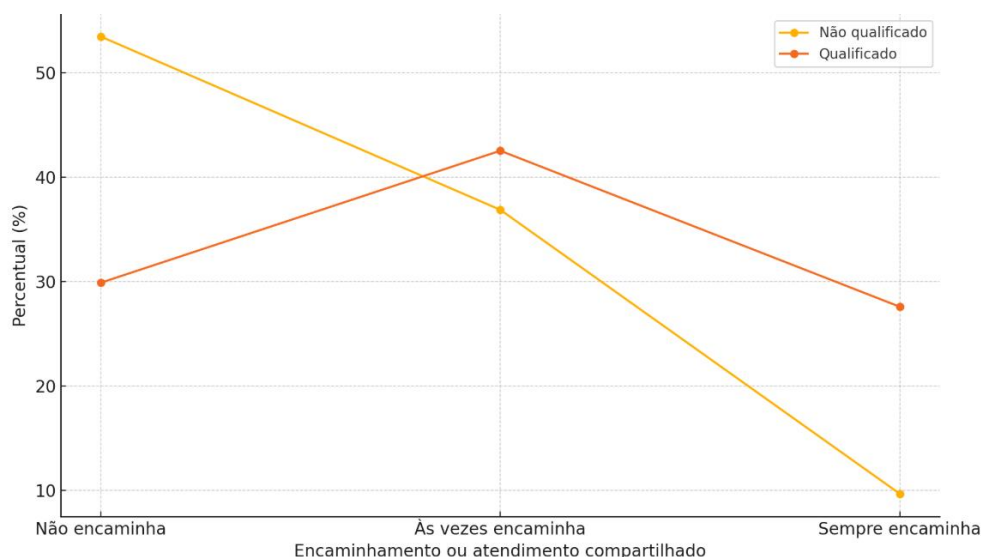
Legenda: RP: Razão de Prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Foi identificada associação significativa entre possuir qualificação na área do cuidado à pessoa idosa, por meio de cursos de aperfeiçoamento, especialização, residência médica ou multiprofissional, mestrado ou doutorado, e a prática de encaminhamento ou atendimento compartilhado ($p < 0,0001$). Profissionais qualificados demonstraram maior propensão à adoção contínua ou ocasional dessas estratégias de cuidado (Figura 3).

Figura 3

Proporção de profissionais que realizam encaminhamento ou atendimento compartilhado, segundo qualificação específica na área da saúde da pessoa idosa ($n = 304$).



Legenda: $p < 0,0001$; teste do Qui-quadrado $< 0,0001$.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

O envelhecimento populacional brasileiro impõe desafios significativos ao sistema de saúde, exigindo adaptações nos serviços que considerem as especificidades dessa faixa etária. Neste cenário, os resultados deste estudo reforçam a necessidade de equipes multiprofissionais capacitadas para ofertar cuidado integral, humanizado e centrado nas condições crônicas não transmissíveis, como as demências¹⁴.

A relação entre idade e autoconfiança no manejo dos SNP-DA, evidenciada neste estudo, está alinhada a achados internacionais que exploram os fatores associados à segurança dos profissionais da atenção primária no cuidado de

peessoas com demência. Pesquisas indicam que o tempo de atuação e a vivência clínica acumulada ao longo dos anos contribuem para a construção de uma prática mais segura e autônoma¹⁵⁻¹⁷. Esse processo de amadurecimento profissional tende a favorecer o desenvolvimento da confiança necessária para o enfrentamento dos desafios inerentes à assistência a pacientes com demência.

Outro achado relevante foi a maior autopercepção de domínio clínico entre os profissionais do sexo masculino, o que pode refletir influências socioculturais e de gênero na construção da autoconfiança profissional. Evidências indicam que mulheres, mesmo com habilidades equivalentes às dos homens, tendem a relatar menor autoconfiança e autoeficácia no manejo clínico e procedimental^{18,19}. Tais achados reforçam a importância de estratégias educacionais sensíveis ao gênero, capazes de promover maior equidade na formação e na prática clínica.

É importante considerar a presença da heurística de ancoragem como um dos mecanismos que influenciam o processo decisório clínico. Na prática médica, observa-se um paradoxo entre o que idealmente deveria ser realizado e o que, de fato, ocorre, refletindo a tensão entre os modelos normativo e descritivo da tomada de decisão. Dessa forma, é comum a adoção de atalhos mentais, especialmente em situações de incerteza, os quais podem conduzir a diagnósticos e condutas imprecisas²⁰⁻²². Sob essa perspectiva, destaca-se ainda o efeito Dunning-Kruger²³, segundo o qual indivíduos com menor competência em determinado domínio tendem a superestimar seu próprio desempenho, o que pode estar presente entre os profissionais do sexo masculino analisados.

No que se refere à composição das equipes, observou-se a predominância de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, resultando em uma configuração com baixa diversidade profissional. A abordagem centrada no paciente pressupõe o envolvimento de múltiplas áreas do saber, como psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e serviço social, promovendo um cuidado mais abrangente e integral²⁴. Nesse sentido, equipes transdisciplinares, compostas por profissionais de diferentes formações, favorecem maior adesão ao tratamento, redução do estresse do cuidador e melhora funcional dos pacientes com demência²⁵. Koenig et al.²⁶ complementam essa perspectiva ao destacar que o manejo dos sintomas comportamentais é mais eficaz quando realizado em contextos com suporte multiprofissional estruturado, associado à elaboração de planos terapêuticos individualizados. Tais evidências sustentam a necessidade de qualificação e

ampliação das equipes na atenção primária e especializada, de modo a garantir respostas assistenciais mais resolutivas.

As intervenções não farmacológicas devem ser priorizadas como abordagem inicial no manejo dos SNP-DA²⁷. Estratégias como treinamentos cognitivos, terapias baseadas em estilo de vida (incluindo alimentação saudável, atividade física regular e técnicas de manejo do estresse), acupuntura, arteterapia e estimulação sensorial, têm demonstrado impacto positivo no funcionamento cognitivo e na estabilidade comportamental²⁷⁻³⁰. Outras práticas, como musicoterapia e terapia de reminiscência, contribuem para a redução de sintomas como agitação, depressão e ansiedade^{29,31}.

As práticas corpo-mente, como *mindfulness* e *Tai Chi*, também vêm ganhando destaque pelo seu potencial terapêutico na melhora do humor²⁸. Em paralelo, a revisão da Cochrane conduzida por Karkou et al.³² apontou que a dança e o movimento terapêutico favorecem a expressão emocional, a redução de sintomas depressivos, a socialização e o bem-estar geral dos idosos institucionalizados.

A adoção de estratégias como estruturação ambiental, rotinas previsíveis e intervenções centradas na pessoa revela-se igualmente eficaz, com reflexos diretos na qualidade de vida de pacientes e cuidadores³³. Nesse contexto, o modelo DICE (Descrever, Investigar, Criar, Avaliar) tem se consolidado como ferramenta útil para personalizar intervenções, facilitando maior adesão e desfechos clínicos mais satisfatórios³⁴. Corroborando esses achados, Yin et al.³⁵ evidenciaram que tais abordagens apresentam eficácia comparável e, em alguns casos, superior à dos psicotrópicos, especialmente quando aplicadas de forma contínua e com suporte multiprofissional.

Adicionalmente, há crescente reconhecimento da eficácia dos exercícios físicos estruturados na melhora da cognição, mobilidade e estabilidade comportamental de idosos com demência. Roy et al.³⁶ demonstraram que intervenções baseadas em atividade física, quando conduzidas por pelo menos 16 semanas, promovem ganhos significativos na função motora e no desempenho cognitivo. De forma semelhante, Abdelkhalek et al.³⁷ observaram que um protocolo de estimulação cognitiva de 14 semanas foi eficaz na melhora de funções cognitivas em idosos com demência leve, com resultados positivos em diversos testes neuropsicológicos. Entretanto, vale destacar que tais benefícios estão fortemente associados à duração prolongada das intervenções, o que impõe obstáculos

significativos à sua implementação nos serviços do SUS, particularmente na atenção primária, onde são frequentes as limitações relacionadas à infraestrutura, à disponibilidade de equipe especializada e aos recursos financeiros³⁸.

A integração dessas estratégias ao cuidado clínico é, portanto, fundamental, especialmente em serviços que buscam uma abordagem humanizada. Nesse cenário, destaca-se ainda a relevância de incluir os cuidadores, das pessoas com demência, nos planos terapêuticos, por meio de programas de capacitação, suporte psicossocial contínuo e gestão individualizada dos casos, como forma de reduzir a sobrecarga e ampliar a capacidade de enfrentamento frente às demandas cotidianas do cuidado³⁹.

Considerando que os SNP, notadamente agitação e agressividade, são manifestações frequentes da DA em todas as fases da doença e estão associados a desfechos negativos para pacientes, cuidadores e o sistema de saúde, é essencial promover o reconhecimento precoce desses sinais e iniciar intervenções personalizadas⁴⁰. Nesse mesmo sentido, evidências demonstram que a efetividade dessas intervenções é maior nas fases iniciais da doença, sobretudo quando integradas a planos terapêuticos individualizados^{30,41}. Além disso, fatores como perfil clínico, suporte familiar e tipo de intervenção também influenciam os desfechos^{42,43}.

Contudo, apesar dos avanços, persistem lacunas na literatura no que se refere à padronização e à personalização das abordagens não farmacológicas direcionadas aos SNP-DA. A heterogeneidade metodológica entre os estudos, incluindo amostras pequenas, ausência do controle rigoroso de variáveis e escassez de protocolos validados, compromete a generalização dos achados e dificulta a consolidação de consensos quanto à efetividade de estratégias específicas^{31,35}. Dessa forma, é crucial que estudos futuros avancem no desenvolvimento de protocolos terapêuticos baseados em evidências consistentes e aplicáveis nos diferentes contextos assistenciais.

Paralelamente ao fortalecimento da base científica, torna-se igualmente necessário refletir sobre os caminhos para a implementação dessas estratégias no sistema de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do guia *ICOPE Implementation Framework* (2019), ressalta a necessidade de reorganização dos serviços e fortalecimento das redes de atenção, priorizando a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado como bases para viabilizar a adoção de estratégias não farmacológicas⁴⁴.

No cenário brasileiro, a efetiva incorporação dessas abordagens requer adaptações nas políticas públicas, com ênfase na qualificação das equipes e reestruturação dos serviços, a fim de garantir sua viabilidade e continuidade das ações propostas⁶. Contudo, o país ainda carece de estudos sistemáticos sobre a organização dos serviços e a implementação das diretrizes terapêuticas para pessoas com demência, o que compromete a adoção ampla dessas estratégias. Persistem barreiras como a precariedade da infraestrutura, a escassez de profissionais qualificados, a ausência de protocolos específicos e o subfinanciamento do SUS^{6,45}.

Em face da limitada oferta de alternativas terapêuticas, observa-se um uso elevado, e frequentemente inadequado, de psicotrópicos na condução dos SNP-DA, especialmente agressividade, agitação e distúrbios do sono⁴⁶. Essa prática contraria as diretrizes internacionais, que recomendam seu uso apenas em situações refratárias e bem definidas, devido aos potenciais riscos de eventos adversos associados⁴⁷.

A formação de profissionais e gestores constitui um entrave relevante. Parveen et al.⁴⁸ demonstram que treinamentos específicos em demência aprimoram o conhecimento, as atitudes e a autoconfiança de trabalhadores da saúde e da assistência social. De modo similar, Zhao et al.⁴⁹ apontam que intervenções educacionais em instituições de longa permanência promovem melhorias clínicas, sobretudo no manejo de SNP e na comunicação com pacientes e familiares. A carência de formação continuada e capacitação adequada contribui para a manutenção de práticas centradas no modelo biomédico, dificultando a transição para abordagens biopsicossociais que valorizem autonomia, funcionalidade e qualidade de vida⁵⁰.

Perante esse quadro, a educação permanente em saúde configura-se como eixo estruturante para qualificar a prática clínica, ao reduzir lacunas formativas e promover mudanças sustentáveis, alinhando diretrizes à realidade assistencial. Os resultados deste estudo reforçam essa premissa, evidenciando que a ausência de formação específica compromete os encaminhamentos clínicos e limita a adoção de práticas colaborativas e integradas⁵¹.

Nesse sentido, o AM surge como uma estratégia promissora para superar tais desafios. Ao oferecer suporte técnico-pedagógico às equipes da APS, o AM fortalece a integração de saberes, promove a corresponsabilização entre níveis de

atenção, fomenta a elaboração de protocolos assistenciais compartilhados e amplia a capacidade de resposta da RAS, contribuindo para a qualificação e a resolutividade do cuidado. Evidências brasileiras demonstram sua efetividade, especialmente no campo da saúde mental e da atenção integral à pessoa idosa⁵²⁻⁵⁴.

A construção de um modelo assistencial eficaz para a demência no âmbito da RAS exige novos arranjos de gestão, integração entre os diferentes pontos de atenção e valorização do cuidado compartilhado. A implementação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e instrumentos normativos é essencial para padronizar condutas, fomentar a articulação interprofissional, qualificar o processo decisório e favorecer a integralidade da atenção^{9,55}. No entanto, os achados deste estudo indicam que tais ferramentas ainda são pouco incorporadas à rotina dos serviços do DF, possivelmente em função da inexistência de diretrizes locais para o manejo da DA⁵⁶.

De acordo com relatório global da OMS, mais de 40% dos países ainda não dispõem de protocolos específicos para as demências, configurando como barreira crítica ao enfrentamento da demência em escala global^{44,57}. No Brasil, embora o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) adote uma visão integrativa do cuidado, ele é mais prescritivo e normatizado na abordagem farmacológica, enquanto as intervenções não farmacológicas permanecem como recomendações clínicas de suporte, sem o mesmo grau de financiamento assegurado⁵⁸.

Em síntese, esta pesquisa oferece subsídios relevantes para o aprimoramento das políticas públicas no cuidado à demência, especialmente no SUS. Para estudos futuros, recomenda-se a realização de pesquisas longitudinais e comparativas, além da avaliação do impacto de estratégias como o AM, programas de capacitação contínua e oferta de práticas integrativas. Tais iniciativas poderão demonstrar os efeitos clínicos, organizacionais e econômicos da adoção sistemática de intervenções não farmacológicas, promovendo um cuidado mais resolutivo, humanizado e sustentável.

Conclusão

Os achados evidenciam baixa adesão às intervenções não farmacológicas por profissionais da rede pública do DF. Barreiras como limitações estruturais, escassez de profissionais com formação específica, articulação ineficaz com serviços especializados, ausência de protocolos assistenciais e persistência do modelo biomédico evidenciam a necessidade urgente de reorientar o cuidado à pessoa idosa com demência no SUS. Enfrentar esses desafios exige investimento em educação permanente, fortalecimento da RAS e políticas públicas que integrem abordagens biopsicossociais centradas na pessoa.

Referências

- 1 GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022;7(2):e105-25. doi: 10.1016/s2468-2667(21)00249-8
- 2 Liang CS, Li DJ, Yang FC, Tseng PT, Carvalho AF, Stubbs B, et al. Mortality rates in Alzheimer's disease and non-Alzheimer's dementias: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Healthy Longev*. 2021;2(8):e479-88. doi: 10.1016/S2666-7568(21)00140-9
- 3 Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413–46. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6
- 4 Pozzi FE, Calì L, Ferrarese C, Appollonio I, Tremolizzo L. Assessing behavioral and psychological symptoms of dementia: a comprehensive review of current options and future perspectives. *Front Dement*. 2023;2:1226060. doi: 10.3389/frdem.2023.1226060
- 5 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 (Lei Orgânica da Assistência Social) [Internet]. Brasília (DF); 2024 [acesso em 2024 Jan 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14878.htm
- 6 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Relatório nacional sobre a demência: epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2024 [acesso em 2024 Jan 10]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf

- 7 Ayhan Y, Yoseph SA, Miller BL. Management of Psychiatric Symptoms in Dementia. *Neurol Clin.* 2023;41(1):123-39. doi: 10.1016/j.ncl.2022.05.001
- 8 Tampi RR, Jeste DV. Dementia is More Than Memory Loss: Neuropsychiatric Symptoms of Dementia and Their Nonpharmacological and Pharmacological Management. *Am J Psychiatry.* 2022;179(8):528-43. doi: 10.1176/appi.ajp.20220508
- 9 Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2010 [acesso em 2024 Jan 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- 10 Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2017 [acesso em 2024 Jan 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
- 11 Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 [Internet]. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006 [acesso em 2024 Jan 15] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- 12 Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (DF). InfoSaúde-DF. Gestão de servidores ativos da Secretaria de Saúde do DF [Internet]. Brasília (DF); 2025 [acesso em 2025 Jan 15] Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-forca-de-trabalho/>
- 13 Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression. Wiley. New York: Wiley; 1989. p. 88.
- 14 Then FSR, Jackson J, Ware C, Churchyard R, Hanseeuw B; International Interdisciplinary Young Investigators Alzheimer's & Dementia. Interdisciplinary and transdisciplinary perspectives: on the road to a holistic approach to dementia prevention and care. *J Alzheimers Dis Rep.* 2020;4(1):39-48. doi: 10.3233/ADR-180070
- 15 Sodri NI, Mohamed-Yassin MS, Mohamad M, Baharudin N. Confidence in dementia management and its associated factors among primary care doctors in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(16):9995. doi: 10.3390/ijerph19169995
- 16 Al-Awad FA, Al-Zahrani MA, Bawazeer AO, Al-Qahtani FS, Al-Jabari SA, Jayaseeli NJ, et al. Physicians' attitudes and confidence toward dementia care: a cross-sectional study at primary health care facilities in the Eastern Province, Saudi Arabia. *J Family Community Med.* 2024;31(2):160-7. doi: 10.4103/jfcm.jfcm_230_23

- 17 Nguyen AHP, Nguyen HV, Nguyen TX, Nguyen HTT, Nguyen TN, Nguyen TTH, et al. Knowledge, attitudes and confidence in providing dementia care to older adults among nurses practicing in Hanoi, Vietnam: a cross-sectional study. *Int J Older People Nurs.* 2024;19(6):e12666. doi: 10.1111/opn.12666
- 18 Meister T, Foessleitner P, Breuer G, Winder FM, Favero M, Friemann M, et al. The impact of gender on the self-confidence of practical and surgical skills among OBGYN residents: a trinational survey. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;309(6):2669-79. doi: 10.1007/s00404-023-07202-6
- 19 Tzamaras H, Sinz E, Yang M, Ng P, Moore J, Miller S. Competence over confidence: uncovering lower self-efficacy for women residents during central venous catheterization training. *BMC Med Educ.* 2024;24(1):923. doi: 10.1186/s12909-024-05747-x
- 20 Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science.* 1974;185(4157):1124–31.
- 21 Blumenthal-Barby JS, Krieger H. Cognitive biases and heuristics in medical decision making: a critical review using a systematic search strategy. *Med Decis Making.* 2015;35(4):539–57.
- 22 Kahneman D. *Thinking, fast and slow.* New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
- 23 Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol.* 1999;77(6):1121–34.
- 24 Sourial N, Schuster T, Bronskill SE, Godard-Sebillotte, Etches J, Vedel I. Interprofessional primary care and acute care hospital use by people with dementia: a population-based study. *Ann Fam Med.* 2022;20(6):512-18. doi:10.1370/afm.2881
- 25 Galvin JE, Valois L, Zweig Y. Collaborative transdisciplinary team approach for dementia care. *Neurodegener Dis Manag.* 2014;4(6):455-69. doi: 10.2217/nmt.14.47
- 26 Koenig AM, Arnold SE, Streim JE. Agitation and irritability in Alzheimer's Disease: evidenced-based treatments and the black-box warning. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(1):3.
- 27 Loi SM, Eratne D, Kelso W, Velakoulis D, Looi JC. Alzheimer Disease: non-pharmacological and pharmacological management of cognition and neuropsychiatric symptoms. *Australas Psychiatry.* 2018;26(4):358–65.
- 28 Nguyen SA, Oughli HA, Lavretsky H. Use of complementary and integrative medicine for Alzheimer's disease and cognitive decline. *J Alzheimers Dis.* 2024;97(2):523-40. doi:10.3233/JAD-230710
- 29 Nimmons D, Aker N, Burnand A, Jordan KP, Cooper C, Davies N. Clinical effectiveness of pharmacological and non-pharmacological treatments for the

- management of anxiety in community dwelling people living with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2024;157:105507. doi:10.1016/j.neubiorev.2023.105507
- 30 Venegas-Sanabria LC, Cavero-Redondo I, Lorenzo-Garcia P, Sánchez-Vanegas G, Álvarez-Bueno C. Efficacy of nonpharmacological interventions in cognitive impairment: systematic review and network meta-analysis. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2024;32(12):1443-65. doi:10.1016/j.jagp.2024.06.012
 - 31 Cho E, Lee JY, Yang M, Jang J, Cho J, Kim MJ. Symptom-specific non-pharmacological interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia: An umbrella review. *Int J Nurs Stud.* 2024;159:104866. doi:10.1016/j.ijnurstu.2024.104866
 - 32 Karkou V, Aithal S, Richards M, Hiley E, Meekums B. Dance movement therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;8(8):CD011022. doi:10.1002/14651858.CD011022.pub3
 - 33 Bessey LJ, Walaszek A. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(8):66. doi: 10.1007/s11920-019-1049-5
 - 34 Eikelboom WS, van den Berg E, Coesmans M, Goudzwaard JA, Koopmanschap M, Lazaar N, et al. Effects of the DICE method to improve timely recognition and treatment of neuropsychiatric symptoms in early Alzheimer's Disease at the memory clinic: the BEAT-IT study. *J Alzheimers Dis.* 2023;93(4):1407–23. doi:10.3233/JAD-230116
 - 35 Yin Z, Li Y, Bao Q, Zhang X, Xia M, Zhong W, Wu K, et al. Comparative efficacy of multiple non-pharmacological interventions for behavioural and psychological symptoms of dementia: a network meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Ment Health Nurs.* 2024;33(3):487-504. doi:10.1111/inm.13254
 - 36 Roy SK, Wang JJ, Xu YM. Effects of exercise interventions in Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Brain Behavior.* 2023;13(7):e3051. doi: 10.1002/brb3.3051
 - 37 Abdelkhalek H, Elliott K, Whitfield T, Pazvantova K, Zabihi S, Wenborn J, Walker Z. Effectiveness of a 14-week protocol for cognitive stimulation therapy for mild dementia: results from a pragmatic study using routinely collected clinical data. *Aging Ment Health.* 2025;29(3):549-57. doi: 10.1080/13607863.2024.2410256
 - 38 Silva MR, Oliveira DL. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. *Cien Saude Colet.* 2021;26(1):119–28.
 - 39 Nguyen SA, Oughli HA, Lavretsky H. Complementary and integrative medicine for Neurocognitive Disorders and Caregiver Health. *Curr Psychiatry Rep.* 2022;24(9):469-80. doi:10.1007/s11920-022-01355-y
 - 40 Eikelboom WS, Singleton E, van der Berg E, Coesmans M, Raso FM, Van Bruchen RL, et al. Early recognition and treatment of neuropsychiatric symptoms to improve quality of life in early Alzheimer's disease: protocol of the BEAT-IT study. *Alzheimers Res Ther.* 2019;11(1):48. doi: 10.1186/s13195-019-0503-2

- 41 Kudlicka A, Martyr A, Bahar-Fuchs A, Sabates J, Woods B, Clare L. Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;6(6):CD013388. doi:10.1002/14651858.CD013388.pub2
- 42 Huang HL, Shyu YIL, Hsu WC. Care management needs of family caregivers at different stages of dementia. *Alzheimers Dement.* 2023;19:e064042. doi:10.1002/alz.064042
- 43 Hui EK, Tischler V, Wong GH, Lau WT, Spector AE. Systematic review of the current psychosocial interventions for people with moderate to severe dementia. *Alzheimer's Dement.* 2021;17(Suppl. 7):e051247. <https://doi.org/10.1002/alz.051247>
- 44 World Health Organization. Integrated Care for Older People (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services [Internet]. WHO; 2019 [acesso em 2024 Dec 10]. p. 12 e 30. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325669/9789241515993-eng.pdf?sequence=1>
- 45 Mattke S, Santos Filho OC, Hanson M, Mateus EF, Reis Neto JP, Souza LC, et al. Preparedness of the Brazilian health-care system to provide access to a disease-modifying Alzheimer's disease treatment. *Alzheimers Dement.* 2023;19(1):375-81. doi: 10.1002/alz.12778
- 46 Oliveira LF, Camargos EF, Martini LLL, Machado FV, Novaes MRCG. Use of psychotropic agents to treat agitation and aggression in Brazilian patients with Alzheimer's disease: a naturalistic and multicenter study. *Psychiatry Res.* 2021;295:113591
- 47 Phan SV, Osae S, Morgan J, Inyang M, Fagan SC. Neuropsychiatric symptoms in dementia: considerations for pharmacotherapy in the USA. *Drugs R&D.* 2019;19(2):93–115.
- 48 Parveen S, Smith SJ, Sass C, Oyebode JR, Capstick A, Dennison A, et al. Impact of dementia education and training on health and social care staff knowledge, attitudes and confidence: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2021;11(1):e039939. doi: 10.1136/bmjopen-2020-039939
- 49 Zhao Y, Liu L, Chan HYL. Dementia care education interventions on health care providers' outcomes in the nursing home setting: a systematic review. *Res Nurs Health.* 2021;44(6):891-905. doi: 10.1002/nur.22180
- 50 Carparelli C, Jones C, Oyebode JR, Riley GA. A Systematic review of the effectiveness of educational interventions in promoting person-centred care in dementia services. *Clin Gerontol.* 2024;47(5):665-83. doi: 10.1080/07317115.2022.2152515
- 51 Allen LM, Palermo C, Armstrong E, Hay M. Categorising the broad impacts of continuing professional development: a scoping review. *Med Educ.* 2019;53(11):1087–99. doi: 10.1111/medu.13922

- 52 Chiaverini DH, organizadora. Guia prático de matriciamento em saúde mental [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2023 Fev 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf

- 53 Vitória (ES). Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes do matriciamento no município de Vitória [Internet]. Vitória (ES); 2019 [acesso em 2024 Fev 12]. Disponível em: https://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/diretrizes_do_matriciamento.pdf

- 54 Oliveira MM, Campos GWS. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 [acesso em 2021 Ago 30];20(1):229-238. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>

- 55 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada [Internet]. Brasília (DF); 2009 [acesso em 2024 Ago 30]. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

- 56 Ministério da Saúde (BR). Linhas de Cuidado. Linhas de cuidado Secretaria de Atenção Primária [Internet]. Brasília (DF); 202-. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>

- 57 World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. WHO; 2021 [acesso em 2024 Dec 10]. p. 159 e 162. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344701/9789240033245-eng.pdf?sequence=1>

- 58 Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para doença de Alzheimer [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 Jul [acesso em 2024 Dec 10]. Relatório de Recomendação, nº 285. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2017/recomendacao/relatorio_pcdtdoena_de_alzheimer_285_2017_final.pdf/view

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa indicam um cenário assistencial marcado pela predominância da medicalização no manejo da DA, em detrimento da adoção sistemática de intervenções não farmacológicas e PICS. Verificou-se, ainda, a persistência de lacunas no manejo clínico e uma limitada articulação com serviços especializados, especialmente entre profissionais sem formação específica no cuidado à pessoa idosa. Esses achados ressaltam a necessidade premente de revisão dos modelos vigentes de atenção à saúde, visando à qualificação da assistência oferecida no âmbito do SUS.

Nesse contexto, o presente estudo representa uma contribuição inédita e significativa para o campo da saúde coletiva, ao oferecer uma análise crítica e situada das condições estruturais, operacionais e formativas da RAS da pessoa idosa com demência no DF. Ao integrar dados provenientes de múltiplas fontes e perspectivas, a pesquisa apresenta um panorama abrangente e regionalizado, com potencial para embasar políticas públicas mais responsivas, fundamentadas em evidências científicas e orientadas por uma lógica de cuidado contínuo, coordenado e centrado nas necessidades da população idosa.

Entre as medidas prioritárias identificadas, destacam-se a ampliação e diversificação das equipes multiprofissionais; a implementação de protocolos clínicos e linhas de cuidado; o desenvolvimento da educação permanente; bem como a institucionalização do AM como ferramenta estruturante para a qualificação dos processos de trabalho. Essas ações são essenciais para garantir uma assistência integral, equânime e humanizada às pessoas com DA, em consonância com os preceitos da PNSPI e da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências.

Considerando a complexidade inerente ao cuidado da pessoa com demência e a necessidade de abordagens interdisciplinares, o fortalecimento das equipes que atuam nos diferentes níveis da RAS configura uma estratégia de elevado custo-efetividade. Além de contribuir para a redução de prescrições inadequadas e do uso excessivo de psicofármacos, profissionais capacitados possuem potencial para influenciar positivamente o curso clínico da doença e promover melhorias significativas na qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores.

Outro aspecto relevante diz respeito à sobrecarga dos cuidadores familiares, frequentemente negligenciada nas estratégias assistenciais. A identificação de perfis de maior vulnerabilidade e de desafios institucionais reforça a necessidade de investimentos em políticas públicas que contemplem programas específicos de capacitação, suporte emocional e dispositivos de proteção social destinados a esses atores fundamentais na rede de apoio à pessoa com demência. Tais elementos são indispensáveis para a sustentabilidade do cuidado domiciliar e para a prevenção do adoecimento desses indivíduos.

Frente a esses desafios, propõe-se a implementação de programas permanentes de educação e capacitação das equipes multiprofissionais, com ênfase no manejo dos SNP por meio de intervenções não farmacológicas validadas. Sugere-se, ainda, a construção de protocolos assistenciais integrados que articulem a atenção primária, os serviços especializados e os dispositivos de apoio psicossocial, buscando garantir a integralidade e continuidade do cuidado.

Adicionalmente, recomenda-se o fortalecimento da rede de apoio ao cuidador, garantindo acesso a suporte psicológico, orientação técnica e recursos sociais, como medida essencial para a mitigação da sobrecarga identificada. A sustentabilidade dessas propostas requer, também, o fomento a pesquisas longitudinais e multicêntricas, capazes de avaliar os efeitos dessas intervenções no médio e longo prazo. Nesse sentido, sugere-se a criação de uma comissão distrital de monitoramento sobre demência, com base nos dados produzidos pela pesquisa, como estratégia para dar continuidade concreta à produção de evidências locais e fomentar a articulação entre ensino, gestão e atenção à saúde.

Por fim, reconhecem-se as limitações inerentes ao delineamento transversal adotado, que restringem a inferência de relações causais. A amostragem por conveniência e o recorte geográfico exclusivo ao DF limitam a generalização dos resultados para outras realidades regionais e nacionais. Essas limitações, entretanto, não comprometem a relevância dos achados, que oferecem subsídios sólidos para a reflexão crítica e o fortalecimento das políticas de cuidado à pessoa idosa com demência no contexto do SUS.

REFERÊNCIAS

- 1 United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022: Summary of Results. New York: United Nations; 2022.
- 2 World Health Organization. Dementia: a public health priority [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 2025 Abr 10] Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sequence=1
- 3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população. Brasília (DF): IBGE; 2023.
- 4 Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão; Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios - Distrito Federal - PDAD/DF-2021. Brasília, DF: Codeplan; 2022.
- 5 Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. População. Projeção da população do DF [Internet]. Brasília, DF; 2025 Mar 09 [acesso em 2025 Mar 9]. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/projecao-da-populacao-do-df-salasi/>
- 6 Ortega JA. Is Active Ageing Coping with Population Ageing? Draft Submitted to Journal of Population Aging. J Popul Ageing. 2020:1-16.
- 7 Alzheimer Disease Internacional. World Alzheimer Report 2019 [Internet]. 2019 [acesso em 2025 Jan 15]. Disponível em: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2019/>
- 8 Alzheimer Disease Internacional. WHO Global action plan on dementia [Internet]. 2022 [acesso em 2025 Jan 15]. Disponível em: <https://www.alzint.org/what-we-do/partnerships/world-health-organization/who-global-plan-on-dementia/>
- 9 Nichols E, Szeke CE, Vollset SE, Abbasi N, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019;18(1):88–106.

- 10 Ferretti C, Sarti FM, Nitrini R, Ferreira FF, Brucki SMD. An assessment of direct and indirect costs of dementia in Brazil. *PLoS One*. 2018;13(3):e0193209.
- 11 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Relatório nacional sobre a demência: epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2024 [acesso em 2025 Abr 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf
- 12 Teixeira SM. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. *Serv Soc Soc*. 2020;137:135-54.
- 13 World Health Organization. Dementia [Internet]. Geneva: WHO, 2021 [acesso em 2025 Abr 20]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- 14 Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413–46. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6
- 15 Reis SP, Marques MLDG, Marques CCDG. Diagnóstico e tratamento da doença de alzheimer. *Braz J Health Rev*. 2022;5(2):5951–63. doi: 10.34119/bjhrv5n2-172
- 16 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Identificação da demência na atenção primária [Internet]. Brasília (DF); 2024 [acesso em 2025 Abr 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/identificacao_demencia_atencao_primaria_digital.pdf. Acesso em: 31 maio 2025.
- 17 Deb A, Thornton JD, Sambamoorthi U, Innes K. Direct and indirect cost of managing alzheimer's disease and related dementias in the United States. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2017;17(2):189–202. doi: <https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1294401>

- 18 Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*. 2015;350:h369–h369. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- 19 Cloutier M, Gauthier-Loiselle M, Gagnon-Sanschagrin P, Guerin A, Hartry A, Baker RA, et al. Institutionalization risk and costs associated with agitation in Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2019;5(1):851–61. doi: 10.1016/j.trci.2019.10.004
- 20 Creese B, Silva MV, Johar I, Ballard C. The modern role of antipsychotics for the treatment of agitation and psychosis in Alzheimer's disease. *Expert Rev Neurother*. 2018;18(6):461–7. <https://doi.org/10.1080/14737175.2018.1476140>
- 21 Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*. 2017 Mar 16;7(3):e012759. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012759
- 22 Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308–2314.
- 23 Koenig AM, Arnold SE, Streim JE. Agitation and irritability in Alzheimer's Disease: evidenced-based treatments and the black-box warning. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(1):3.
- 24 Aigbogun MS, Stellhorn R, Hartry A, Baker RA, Filit H. Treatment patterns and burden of behavioral disturbances in patients with dementia in the United States: a claims database analysis. *BMC Neurol*. 2019;19(1):33. doi: 10.1186/s12883-019-1260-3
- 25 Falco A, Cukierman DS, Hauser-Davis R, Rey NA. Doença de Alzheimer: Hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. *Quim Nova*. 2016;39(1):63–80.. doi: <https://doi.org/10.5935/0100-4042.20150152>.
- 26 Sen D, Majumder A, Arora V, Yadu N, Chakrabarti R. Taming Alzheimer's disease: new perspectives, newer horizons. *Iran J Neurol*. 2017;16(3):146–55.

- 27 Calsolaro V, Antognoli R, Okoye C, Monzani F. The use of antipsychotic drugs for treating behavioral symptoms in Alzheimer's Disease. *Front Pharmacol.* 2019;10:1465. doi: <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01465>.
- 28 Custodio N, Wheelock A, Thumala D, Slachevsky A. Dementia in Latin America: epidemiological evidence and implications for public policy. *Front Pharmacol.* 2017;9:221. doi: <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00221>.
- 29 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990 [acesso em 2025 Jan 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- 30 Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2010 [acesso em 2025 Jan 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
- 31 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2297–305.
- 32 Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2017 [acesso em 2023 Jan 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
- 33 Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2023.
- 34 Torrão J, Da Mata M, Pimentel M. Cuidar a pessoa com demência no domicílio: características do cuidador e sobrecarga. *Revista INFAD de Psicología. Int J Dev Educ Psychol.* 2019;2(2):73-85. doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n2.v2.1898>
- 35 Ministério da Saúde (BR). Caderneta de saúde da pessoa idosa. 5. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023.

- 36 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília (DF); 2018.
- 37 Mendonça SS, Marques APO, Nunes MGS, D'Angelo ER, Leal MCC. Functional capacity in the oldest old: cross-sectional analysis based on a decision model. *Functional capacity in the oldest old: cross-sectional analysis based on a decision model. Geriatr Gerontol Aging*. 2020;14:52-60.
- 38 Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. InfoSaúde-DF [Internet]. Brasília (DF); 2025 [acesso em 2025 Jan 15]. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/>
- 39 Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portal da Transparência da Saúde do DF. InfoSaúde-DF. Estabelecimentos de saúde – Rede SES/DF. Brasília, DF; 202- [acesso em 2025 Jan 02. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/estabelecimentosdesaudealasi/>
- 40 Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portal da Transparência da Saúde do DF. InfoSaúde-DF. Força de trabalho SES-DF. Brasília, DF; 202- [acesso em 2025 Jan 02. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/forcadetrabalho/>
- 41 Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 [Internet]. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF; 2006 [acesso em 2025 Jan 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- 42 Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 [Internet]. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF; 1994 [acesso em 2025 Jan 11] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm
- 43 Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003 [Internet]. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF; 2003 [acesso em 2025 Jan 8]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

- 44 Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portarias GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002 [Internet]. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, DF; 2002 [acesso em 2025 Jan 9]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4397.html>
- 45 Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portarias GM/MS 703, de 12 de abril de 2002 [Internet]. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. Brasília, DF; 2002 [acesso em 2025 Jan 9]. Disponível em: <https://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/novo/pdf/ProgramadeAssistenciaaosPortadoresdaDoencadeAlzheimer.pdf>
- 46 Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira e o desafio da demência. *Estudos Avançados*. 2022;36(104):99-114. doi: 10.1590/s0103-4014.2022.36104.06.
- 47 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe epidemiológico das demências no Brasil: dados e desafios para a saúde pública [Internet]. Brasília (DF); 2021 [acesso em 2025 Mar 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/demencias/informe-epidemiologico-demencias.pdf>
- 48 Brasil. Lei nº 14.878, de 17 de abril de 2024 [Internet]. Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF); 2024 [acesso em 2025 Fev 16]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2024/lei/L14878.htm
- 49 Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 702, de 31 de maio de 2010 [Internet]. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2010 [acesso em 2025 Mar 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0702_31_05_2010.html
- 50 Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [Internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção às Condições Crônicas. Brasília

- (DF); 2011 [acesso em 2025 Mar 26]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- 51 World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025 [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [2025 Mar 26]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017-2025>
 - 52 Distrito Federal (BR). Lei nº 6.926, de 02 de agosto de 2021 [Internet]. Institui a política distrital para prevenção, tratamento e apoio às pessoas com doença de Alzheimer e outras demências, aos seus familiares e aos cuidadores e dá outras providências. Brasília, DF; 2021 [acesso em 2025 Jan 23]. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/relacoes-institucionais/arquivos/lei-no-6-926-de-02-de-agosto-de-2021.pdf>
 - 53 Distrito Federal (BR). Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pessoas idosas com demência e cuidadores no Distrito Federal [Internet]. Brasília (DF); 2022 [acesso em 2024 Dez 20]. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/pesquisas-em-andamento/>
 - 54 Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2017;12:381-97.
 - 55 Vicente-Alba J, Gutiérrez-Botelha J, García-Mahía C, Mateos R. Needs assessment of people living with cognitive impairment/dementia, a requirement of comprehensive psychogeriatric assessment and person-centered care. Empirical validation of the model in a community study. *Front Psychiatry*. 2024;15:1481898. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1481898
 - 56 Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG; Detroit Expert Panel on Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc*. 2015;62(4):762–9.
 - 57 Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2012;169(9):946–53.
 - 58 Bessey L, Walaszek A. Nonpharmacological interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia. *Curr Geriatr Rep*. 2019;8(2):51–60.

- 59 Koch J, Amos J, Mortby ME. Determining the efficacy of nonpharmacological interventions to manage neuropsychiatric symptoms of dementia in residential aged care settings: A systematic review of systematic reviews. *Alzheimers Dement*. 2021;17(S7):e055376. doi: <https://doi.org/10.1002/alz.055376>
- 60 Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017;390(10113): 2673–2734. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- 61 Wang G, Albayrak A, van der Cammen TJM. A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: from a perspective of ergonomics. *Int Psychogeriatric*. 2019;31(8):1137-49.
- 62 Cho E, Lee JY, Yang M, Jang J, Cho J, Kim MJ. Symptom-specific non-pharmacological interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia: An umbrella review. *Int J Nurs Stud*. 2024;159: 104866. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104866>
- 63 Feter N, Feter J, Silva GS, Schmidt MI, Rombaldi AJ. Physical activity: a neglected therapy for dementia. *Cad Saude Publica*. 2024;40(10):e00216123. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN216123>.
- 64 Lyu J, Zhang J, Mu H, Li W, Champ M. The Effects of Music Therapy on Cognition, Psychiatric Symptoms, and Activities of Daily Living in Patients with Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis*. 2018;64(4):1347–58. doi: <https://doi.org/10.3233/JAD-180183>.
- 65 Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Política Distrital de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PDPICS) [Internet]. Brasília (DF): SES/DF; 2021 [acesso em 2025 Mar 05]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/politica-distrital-de-praticas-integrativas-e-complementares-em-saude-pdpics/>
- 66 Tampi RR, Tampi DJ, Balachandran S, Srinivasan S. Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from meta-analyses. *Ther Adv Chronic Dis*. 2016;7(5):229–45. doi: <https://doi.org/10.1177/2040622316658463>
- 67 Oliveira LF, Camargos EF, Martini LLL, Machado FV, Novaes MRCG. Use of psychotropic agents to treat agitation and aggression in Brazilian patients with

- Alzheimer's disease: a naturalistic and multicenter study. *Psychiatry Res.* 2021;295:11359. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113591>
- 68 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2017 [acesso em 2025 Jan 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- 69 Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Pública.* 2007;23(2):399-407. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- 70 Eikelboom WS, Singleton E, van den Berg E, Coesmans M, Mattace Raso F, van Bruchem RL, et al. Early recognition and treatment of neuropsychiatric symptoms to improve quality of life in early Alzheimer's disease: protocol of the BEAT-IT study. *Alzheimers Res Ther.* 2019;11(1):48. doi: 10.1186/s13195-019-0503-2
- 71 Loi SM, Eratne D, Kelso W, Velakoulis D, Looi JC. Alzheimer disease: non-pharmacological and pharmacological management of cognition and neuropsychiatric symptoms. *Australas Psychiatry.* 2018;26(4):358–65. doi: <https://doi.org/10.1177/1039856218762303>
- 72 Oliveira MM, Campos GWS. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do cuidado em rede. *Cien Saude Colet.* 2015;20(1):2907-18. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015201.21262014>
- 73 Castro CP, Campos GWS, Kuschmir R. Educação permanente em saúde: análise do apoio institucional no Projeto de Fortalecimento da Gestão da Educação no SUS. *Interface.* 2016;20(57):1165-79. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0826>
- 74 Chiaverini DHS. O apoio matricial e os processos de trabalho na atenção básica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2011;6(19):60-7. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)263](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(19)263)
- 75 Campos GWS; Domitti AC. Matrix support and institutional support: an analysis of their construction. *Cien Saude Colet.* 2007;12(Supl.):867-74. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000500020>

- 76 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 [Internet]. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília (DF); 2008 [acesso em 2025 Abr 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- 77 Distrito Federal (BR). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 [Internet]. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF; 2017 [acesso em 2023 Fev 1]. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria_77_14_02_2017.html
- 78 Distrito Federal (BR). Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018 [Internet]. Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária. Brasília, DF; 2018 [acesso em 2023 Fev 1]. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/82c3196081194fa3b7cd6862311bcaca/Portaria_773_19_07_2018.html
- 79 Jacobovski L. Educação permanente em saúde e humanização do cuidado: convergências e desafios. *Saude Debate*. 2021;45(129):142-55, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112903>
- 80 Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. Brasília (DF); 2020 [acesso em 2025 Jan 10]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>
- 81 Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano de Educação Permanente em Saúde – PEPS 2024–2027 [Internet]. Brasília: SES-DF; 2024 [acesso em 2025 Jan 10]. Disponível em: https://wiki.saude.df.gov.br/index.php/Plano_de_Educa%C3%A7%C3%A3o_Permanente_em_Sa%C3%BAde_-_PEPS
- 82 Fundação Oswaldo Cruz. Apoio matricial: um modo ampliado de cuidar da pessoa idosa [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022 [acesso em 2025 Jan 10]. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/apoio-matricial-um-modo-ampliado-de-cuidar-da-pessoa-idosa.html>
- 83 World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 2025 Jan 10]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>

- 84 Zhang J, Wang J, Liu H, Wu C. Association of dementia comorbidities with caregivers' physical, psychological, social, and financial burden. *BMC Geriatr*. 2023;23(1):60.
- 85 Manzini CSS, Vale FAC. Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*. 2020;14(1):56-61. doi: 10.1590/1980-57642020dn14-010009
- 86 Lima-Costa M, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Macinko J. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):137. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0429-2>
- 87 Kobayashi M, Honda M. The effect of a multimodal comprehensive care methodology for family caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1):434. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02373-w>
- 88 Czaja S, Lee C, Perdomo D, Loewenstein D, Bravo M, Moxley J, Schulz R. Community REACH: An Implementation of an Evidence-Based Caregiver Program. *Gerontologist*. 2018;58(2):e130–e137. <https://doi.org/10.1093/geront/gny001>
- 89 Hepburn K, Nocera J, Higgins M, Epps F, Brewster G, Lindauer A, et al. Results of a Randomized Trial Testing the Efficacy of Tele-Savvy, an Online Synchronous/Asynchronous Psychoeducation Program for Family Caregivers of Persons Living with Dementia. *Gerontologist*. 2021;62(4):616-28. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab029>
- 90 Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica: saúde da pessoa idosa. Brasília (DF); 2021.
- 91 Ministério da Saúde (BR). Guia de cuidados para a pessoa idosa [Internet]. Brasília (DF); 2023 [acesso em 2025 Jan 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf
- 92 Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias

- [Internet]. Brasília (DF); 2021 [acesso em 2025 Jan 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dgcm/dapes/dapes_publicacoes
- 93 Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):103–112.
- 94 Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2008;21(4):290–6.
- 95 Macedo Montañó MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Cad Saude Publica*. 2005;39(6):912–7.
- 96 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília (DF); 2012 [acesso em 2025 Jan 05]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- 97 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- 98 McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group* under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 1984;34(7):939–44.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (ETAPA 1)

DATA: __/__/__

CÓDIGO: _____

IDOSO

DATA NASCIMENTO: _____

SEXO: ☐ M ☐ F ESTADO CIVIL: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viúvo

ESCOLARIDADE: ☐ analfabeto ☐ <4 anos ☐ 4–8 anos ☐ ≥8 anos

TELEFONE: _____ CIDADE DE RESIDÊNCIA: _____

PROVEDOR DE CUIDADOS: ☐ cônjuge ☐ filho(a) ☐ outro: _____

RENDA FAMILIAR: _____

NECESSITA DE AJUDA FINANCEIRA PARA COMPRAR MEDICAÇÃO: ☐ sim ☐ não

TEMPO DE DOENÇA (em anos): _____

ANTECEDENTES:

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| ☐ Hipertensão | ☐ Cardiopatia | ☐ Diabetes | ☐ Dislipidemia |
| ☐ AVC | ☐ DAC | ☐ Osteoporose | ☐ Tireoidopatia |
| ☐ Nefropatia | ☐ Hepatopatia | ☐ Neoplasia | ☐ Obesidade |
| ☐ Etilismo | ☐ Tabagismo | ☐ Outros: _____ | |

CAPACIDADE FUNCIONAL

ABVD (KATZ):

☐ Totalmente Dependente ☐ Parcialmente dependente ☐ Independente

AIVD (LAWTON):

☐ Totalmente Dependente ☐ Parcialmente dependente ☐ Independente

CDR: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

NPI

Frequência: _____ Intensidade: _____ Desgaste: _____

ACOMPANHAMENTO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL/INTERDISCIPLINAR:

☐sim ☐não

MEDICAÇÕES EM USO (nome/dose/posologia) de uso contínuo:

CUIDADOR

DATA NASCIMENTO: _____

SEXO: ☐ M ☐ F

ESTADO CIVIL: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viúvo

ESCOLARIDADE: ☐ analfabeto ☐ <4 anos ☐ 4–8 anos ☐ ≥8 anos

TELEFONE: _____

CIDADE DE RESIDÊNCIA: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (ETAPA 2)

CÓDIGO: _____

1- IDENTIFICAÇÃO

Ano Nascimento: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Cenários de atuação:

- ☐ Atenção Primária
- ☐ Atenção Secundária

Região de Saúde (Lotação):

- ☐ Central
- ☐ Centro Sul
- ☐ Norte
- ☐ Leste
- ☐ Oeste
- ☐ Sudoeste
- ☐ Sul

Cargo na SES-DF:

- ☐ Médico de Família e Comunidade
- ☐ Médico Clínico
- ☐ Médico Geriatra
- ☐ Médico Neurologista
- ☐ Médico Psiquiatra
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Fonoaudiólogo
- ☐ Terapeuta Ocupacional
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Nutricionista
- ☐ Psicólogo
- ☐ Assistente Social
- ☐ Odontólogo
- ☐ Farmacêutico
- ☐ Outros: _____

Formação:

1.1- Curso de Aperfeiçoamento (< 360 h) em saúde da pessoa idosa

☐ Sim ☐ Não

1.2- Especialização *lato sensu* (≥ 360 h) em saúde da pessoa idosa

☐ Sim ☐ Não

1.3- Residência médica em geriatria/gerontologia

☐ Sim ☐ Não

1.4- Mestrado (na área do idoso)

☐ Sim ☐ Não

1.5- Doutorado (na área do idoso)

☐ Sim ☐ Não

2- VOCÊ PRESTA ASSISTÊNCIA A INDIVÍDUO(S) COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER QUE APRESENTA(M) COMPORTAMENTOS PERTURBADORES, DE CONTROLE OU REDIRECIONAMENTO DIFÍCEIS E QUE GERAM DESGASTE NO CUIDADOR:

☐ Sim ☐ Não

Caso tenha respondido “Sim” ao enunciado acima, responda a seguir:

2.1- O(a) paciente passa por períodos em que se recusa a cooperar ou não deixa que os outros o ajudem, sendo difícil de se lidar com ele(a)?

☐ Sim ☐ Não

2.2- O(a) paciente apresenta-se resistente a cooperar mesmo diante de estratégias de persuasão/dissuasão?

☐ Sim ☐ Não

2.3- O(a) paciente se incomoda ou se indis põe com quem tenta cuidar dele?

☐ Sim ☐ Não

2.4- Ao se incomodar/indispor, o(a) paciente grita, vocaliza ou pragueja de raiva?

☐ Sim ☐ Não

2.5- Nestes momentos, o(a) paciente bate portas, chuta ou atira objetos para longe, faz menção a ferir ou bater nas pessoas, ou outra expressão física de raiva?

☐ Sim ☐ Não

2.6- Apresenta algum outro comportamento que o torna difícil de se lidar?

☐ Sim ☐ Não

3- QUANDO REALIZO ATENDIMENTO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER VOLTADO AO MANEJO DAS ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS:

3.1- Não tenho dúvidas sobre o manejo, executando com relativa autonomia

☐ Sim ☐ Não

3.2- Por vezes tenho dúvidas, e desejaria ter apoio por uma equipe ou matricial ao tema

☐ Sim ☐ Não

3.3- Em regra, encaminho para ambulatorios especializados da atenção secundária

☐ Sim ☐ Não

4- HÁ ENCAMINHAMENTO OU ATENDIMENTO COMPARTILHADO COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL/INTERDISCIPLINAR, COMO ESTRATÉGIA NÃO FARMACOLÓGICA, PARA AUXILIAR NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER QUE TÊM AGITAÇÃO E AGRESSIVIDADE:

☐ Sim, sempre ☐ Sim, às vezes ☐ Não

5- SOBRE A DISPONIBILIDADE DOS SEGUINTE PROFISSIONAIS NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR QUE SE ENCONTRA NA/A SUA UNIDADE DE SAÚDE:

Médico	☐ Sim	☐ Não
Fisioterapeuta	☐ Sim	☐ Não
Fonoaudiólogo	☐ Sim	☐ Não
Terapeuta Ocupacional	☐ Sim	☐ Não
Enfermeiro	☐ Sim	☐ Não
Nutricionista	☐ Sim	☐ Não
Psicólogo	☐ Sim	☐ Não
Assistente Social	☐ Sim	☐ Não
Odontólogo	☐ Sim	☐ Não
Farmacêutico	☐ Sim	☐ Não
Outros:		

6- QUAIS DAS INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS E/OU PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) SÃO UTILIZADAS NA SUA UNIDADE DE SAÚDE COM O INTUITO DE TRATAR INDIVÍDUOS COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER COM AGITAÇÃO E AGRESSIVIDADE?

Acupuntura	☐ Sim	☐ Não
Arteterapia	☐ Sim	☐ Não
Aromaterapia	☐ Sim	☐ Não
Automassagem	☐ Sim	☐ Não
Ayurveda	☐ Sim	☐ Não
Estimulação cognitiva	☐ Sim	☐ Não
Estimulação multissensorial	☐ Sim	☐ Não
Fitoterapia	☐ Sim	☐ Não
Hatha Yoga	☐ Sim	☐ Não
Homeopatia	☐ Sim	☐ Não

Laya Yoga	☐ Sim	☐ Não
Lian Gong em 18 terapias	☐ Sim	☐ Não
Massagem	☐ Sim	☐ Não
Medicina e Terapias Antroposóficas	☐ Sim	☐ Não
Meditação	☐ Sim	☐ Não
Musicoterapia	☐ Sim	☐ Não
Organização da rotina	☐ Sim	☐ Não
Protocolos estruturados de cuidado (banho, boca)	☐ Sim	☐ Não
Reiki	☐ Sim	☐ Não
Shantala	☐ Sim	☐ Não
Tai Chi Chuan	☐ Sim	☐ Não
Técnicas de gerenciamento de comportamento	☐ Sim	☐ Não
Técnica de Redução de Estresse – T.R.E	☐ Sim	☐ Não
Terapia Comunitária Integrativa	☐ Sim	☐ Não
Terapia com animal de estimação	☐ Sim	☐ Não
Terapia de reminiscência	☐ Sim	☐ Não
Terapia de validação	☐ Sim	☐ Não
Outras:		

7- SE VOCÊ É MÉDICO (A), QUAIS A(S) CLASSE(S) DE MEDICAMENTO(S) QUE MAIS USUALMENTE PRESCREVE PARA TRATAR SINTOMAS DE AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER?

Antidepressivos	☐ Sim	☐ Não
Antipsicóticos	☐ Sim	☐ Não
Estabilizadores do humor	☐ Sim	☐ Não
Ansiolíticos	☐ Sim	☐ Não

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RESPONSÁVEL (ETAPA 1)



Universidade de Brasília

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Responsável

O (A) seu (sua) dependente, o senhor (a) _____ está sendo convidado (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “*Análise da rede de assistência à saúde da população com demência de Alzheimer e sintomas neuropsiquiátricos do Distrito Federal*”, sob a responsabilidade da pesquisadora *Larissa de Freitas Oliveira*. O projeto visa avaliar os tratamentos adotados em idosos com demência e alteração comportamental, além dos serviços e das equipes multidisciplinares disponíveis para o atendimento destes idosos.

O objetivo desta pesquisa é realizar uma *análise da rede de assistência à saúde da população com demência de Alzheimer e sintomas neuropsiquiátricos do Distrito Federal*. Para se quantificar o impacto dos transtornos comportamentais em idosos com demência, conseguirmos elaborar estratégias para um atendimento mais adequado para a população e melhorar a qualidade de vida dos idosos, são necessários estudos regionais.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A participação de seu (sua) dependente se dará mediante a coleta de informações, fornecidas pelo senhor (a), obtidas por meio de um questionário que abordará as alterações de comportamento do portador de demência e os tratamentos prescritos ou usados para o controle destes sintomas. Também serão coletados dados do prontuário para complementar as informações. A duração dessa entrevista será de aproximadamente 20 minutos. Esses dados serão coletados e anotados em uma ficha própria durante a consulta.

Os riscos decorrentes da participação de seu (sua) dependente na pesquisa são relacionados à possível quebra de sigilo e confidencialidade. A identificação dos participantes da pesquisa será codificada pela equipe de pesquisa, preservando o sigilo e confidencialidade dos dados coletados, minimizando o risco ético de forma a se manter a privacidade e não provocar danos de exposição. Em relação à saúde física e psíquica, em qualquer problema que ocorra, a pesquisadora poderá atuar como médica, minimizando riscos ou intercorrências, sendo que também outros colaboradores da pesquisa, como a equipe multiprofissional, oferecerão toda estrutura para tratamento e suporte do idoso em suas necessidades de saúde.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para o aumento do conhecimento sobre a rede disponível na região, de serviços voltados para idosos com demência de Alzheimer e agitação e/ou agressividade, favorecerá na melhor gestão de recursos e distribuição de equipes interdisciplinares, culminando em tratamentos mais adequados e com olhar integral, além de maior qualidade de vida para os idosos e menor desgaste dos cuidadores.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). O tratamento do seu (sua) dependente seguirá de acordo com o previsto em protocolos da instituição, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, caso não concorde ou desista de participar da pesquisa. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) e seu dependente tiverem relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Rubrica

Rubrica



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Larissa de Freitas Oliveira, na Universidade de Brasília no telefone (61) 30511028 ou (61) 9 8188-0383, disponível inclusive para ligação a cobrar ou e-mail geriatriasesdf@gmail.com

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 2017 1145 - ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em autorizar a participação de seu (sua) dependente, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura
Responsável legal por _____

Nome e assinatura da pesquisadora responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

Rubrica

Rubrica

APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ETAPA 1)



Universidade de Brasília

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

(Para pessoa legalmente Incapaz)

Olá!

Vim convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa. Por favor, leia com atenção este documento e me diga se você concorda. Se concordar, te pedirei para assinar na caixa onde tem escrito “Rubrica” em todas as páginas e, também, lá no final, na linha “Assinatura do Participante”.

O seu filho, filha ou outro responsável precisará ler e assinar um documento bem parecido com este, chamado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável” que a pesquisadora entregará a um deles. Sem isso você não poderá participar da pesquisa, ok?!. Desde já, obrigada!

1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Larissa de Freitas Oliveira*

1.2. ORIENTADOR/ORIENTANDO: *Maria Rita Carvalho Garbi Novaes*

2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?

2.1. TÍTULO DA PESQUISA

Análise da rede de assistência à saúde da população com demência de Alzheimer e sintomas neuropsiquiátricos do Distrito Federal

2.2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa):

Queremos saber os tratamentos que idosos com demência e alteração do comportamento usam, além dos serviços e das equipes disponíveis para o atendimento destes idosos.

2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos):

Analisar todos os serviços que temos para idosos, do Distrito Federal, com demência de Alzheimer e alterações de comportamento.

3. O QUE VOCÊ TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)

3.1 O QUE SERÁ FEITO:

A sua participação se dará mediante a coleta de informações, fornecidas pelo senhor (a), obtidas por meio de um questionário que abordará as alterações de comportamento do portador de demência e os tratamentos prescritos ou usados para o controle destes sintomas. Também serão coletados dados do prontuário para complementar as informações.

3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:

No local onde o senhor (a) é atendido pelo seu médico geriatra, nos dias da consulta já agendada.

3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO:

20 min.

Rubrica



Universidade de Brasília

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA? (Riscos da pesquisa)

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, podemos dizer que o risco é

☒ MÍNIMO

☐ MODERADO

☐ ALTO

4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É:

As informações que o senhor fornecer podem ser vistas por outras pessoas, além da possibilidade de surgir algum mal-estar psíquico ou físico durante a entrevista.

4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE:

Não iremos colocar o nome do senhor (a) em nenhum documento, assim ninguém saberá de quem são as informações. Já em relação à sua saúde física e psíquica, em qualquer problema que ocorra, a pesquisadora poderá atuar como médica, minimizando riscos ou intercorrências, sendo que também outros colaboradores da pesquisa, como a equipe multiprofissional, oferecerão todo tratamento e suporte para o senhor (a) em suas necessidades de saúde.

5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)

5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):

Vai ajudar na melhor distribuição de profissionais para atendimento do senhor (a), ajudando a ter um tratamento mais adequado e completo.

5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

Estará contribuindo para o aumento do conhecimento sobre os serviços oferecidos para idosos com demência de Alzheimer e agitação e/ou agressividade, melhorando a qualidade de vida para estes idosos e seus familiares e cuidadores.

6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE VOCÊ E O SEU RESPONSÁVEL PODEM QUERER SABER: (Direitos dos participantes)

6.1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?

R: Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.

6.2. Mas e se acabarmos gastando dinheiro só para participar da pesquisa?

R: O pesquisador responsável precisará lhe ressarcir estes custos.

6.3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?

R: O senhor (a) pode pedir assistência imediata e integral e ainda indenização à pesquisadora e à universidade.

6.4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)

R: Não. Só se precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.

Rubrica



Universidade de Brasília

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



6.5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?

R: Sim. Em qualquer momento. É só avisar a pesquisadora.

6.6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?

R: Nenhum.

6.7. Os participantes não ficam expostos publicamente?

R: Não. A privacidade é garantida. Os dados podem ser publicados ou apresentados em eventos, mas o nome e a imagem dos voluntários são sigilosos e, portanto, só serão conhecidos pelos pesquisadores.

6.8. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?

R: Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídas.

6.9. Qual a “lei” que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?

R: São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510/2016. Ambas podem ser encontradas facilmente na internet.

6.10. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?

R: Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.

7. CONTATOS IMPORTANTES:

Pesquisadora Responsável: Larissa de Freitas Oliveira

Endereço: Quadra 209, lote 8, bloco B, apto 501, Águas Claras. Brasília – DF. CEP: 71.930-750

Telefone: (61) 98188-0383

E-mail: geriatriasesdf@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (UnB)

Horário de Funcionamento: De 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Endereço: Se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Brasília - DF

Telefone: (061) 3107-1947

E-mail: cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com

Rubrica



Universidade de Brasília

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FEPECS)

Horário de Funcionamento:

7h - 12h (atendimento ao pesquisador por livre demanda)

13 - 19 h (expediente interno do CEP, com atendimento ao pesquisador por agendamento prévio, via e-mail).

Endereço para correspondência:

SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP – Asa Norte.

Brasília – DF. CEP:70.710-907

Telefone: (061) 2017-1145 Ramal 6878

E-mail: cep@fepecs.edu.br e comitedeetica.secretaria@gmail.com

8. ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante)

Declaro que estou ciente e concordo em participar deste estudo. Além disso, confirmo ter recebido uma via deste Termo de Assentimento e asseguro que tive a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Brasília, ____ de ____ de 202 ____.

Assinatura do(a) participante



Impressão Digital
(Se for o caso)

9. COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro conhecer todos os meus deveres e os direitos dos participantes e dos seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro, também, ter feito todos os esclarecimentos pertinentes a todos os envolvidos direta ou indiretamente na pesquisa, e reafirmo que o início da coleta de dados ocorrerá apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o protocolo do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa competente.

Brasília, ____ de ____ de 202 ____.

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS (ETAPA 2)



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “*Análise da rede de assistência à saúde da população com demência de Alzheimer e sintomas neuropsiquiátricos do Distrito Federal*”, sob a responsabilidade da pesquisadora *Larissa de Freitas Oliveira*. O projeto visa avaliar os tratamentos adotados em idosos com demência e alteração comportamental, além dos serviços e das equipes multidisciplinares disponíveis para o atendimento destes idosos.

O objetivo desta pesquisa é realizar uma *análise da rede de assistência à saúde da população com demência de Alzheimer e sintomas neuropsiquiátricos do Distrito Federal*. Para se quantificar o impacto dos transtornos comportamentais em idosos com demência, conseguirmos elaborar estratégias para um atendimento mais adequado para a população e melhorar a qualidade de vida dos idosos, são necessários estudos regionais.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará mediante a coleta de informações, fornecidas pelo senhor (a), obtidas por meio de um questionário que abordará as alterações de comportamento do portador de demência, os tratamentos prescritos (farmacológicos e não farmacológicos) para o controle destes sintomas. Também será questionado sobre a equipe interdisciplinar disponível no serviço. A duração dessa entrevista será de aproximadamente 20 minutos e ocorrerá durante seu período de serviço. Esses dados serão coletados e anotados em uma ficha própria durante a consulta.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relacionados à possível quebra de sigilo e confidencialidade. A identificação dos participantes da pesquisa será codificada pela equipe de pesquisa, preservando o sigilo e confidencialidade dos dados coletados, minimizando o risco ético de forma a se manter a privacidade e não provocar danos de exposição. Em relação à sua saúde física e psíquica, em qualquer problema que ocorra, a pesquisadora poderá atuar como médica, minimizando riscos ou intercorrências, sendo que também outros colaboradores da pesquisa, como a equipe multiprofissional, oferecerão toda estrutura para tratamento e suporte de suas necessidades de saúde.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para o aumento do conhecimento sobre a rede disponível na região, de serviços voltados para idosos com demência de Alzheimer e agitação e/ou agressividade, favorecerá na melhor gestão de recursos e distribuição de equipes interdisciplinares, culminando em tratamentos mais adequados e com olhar integral, além de maior qualidade de vida para os idosos e menor desgaste dos cuidadores.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) e seu acompanhante tiverem relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Rubrica

Rubrica



Universidade de Brasília

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Os resultados da pesquisa serão divulgados no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Larissa de Freitas Oliveira, na Universidade de Brasília no telefone (61) 30511028 ou (61) 9 8188-0383, disponível inclusive para ligação a cobrar ou e-mail geriatriasesdf@gmail.com

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 2017 1145 - ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do (a) participante de pesquisa

Nome e assinatura da pesquisadora responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

Rubrica

Rubrica

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNB

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER E SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: LARISSA DE FREITAS OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50749721.3.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.016.087

Apresentação do Projeto:

Conforme o documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1803440.pdf' postado em 22/09/2021:

"Desenho:

Estudo clínico que será realizado na rede pública do Distrito Federal em duas etapas: 1) diagnóstico situacional da população demenciada com agressividade e agitação através de uma avaliação clínico epidemiológica; 2) avaliação dos serviços ofertados à população idosa com demência e dos profissionais, por meio de questionários estruturados.

Resumo:

Introdução: Diversos sintomas neuropsiquiátricos ocorrem ao longo da evolução da Doença de Alzheimer (DA), destacando-se a agressividade e agitação psicomotora, que propiciam o abuso de fármacos psicotrópicos de uso off-label e podem ser causa de institucionalização. A avaliação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) disponível na região de saúde de referência é imprescindível, uma vez que esta deve estar estruturada e articulada com a perspectiva interdisciplinar e com a oferta de serviços que forneçam intervenções não farmacológicas, fomentando o cuidado e manejo adequados. **Objetivo:** Analisar a rede assistencial à população idosa com demência de Alzheimer, com ênfase no manejo da agressividade e agitação, no âmbito do Sistema Único de Saúde do DF.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

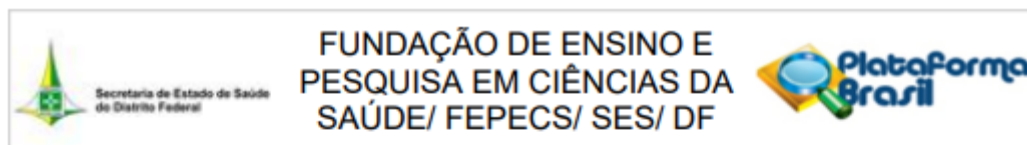
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP FEPECS - INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER E SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: LARISSA DE FREITAS OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50749721.3.3001.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.161.507

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão do projeto (Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília).

Os dados que constam dos campos "Apresentação do projeto", "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram extraídos do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1837302.pdf.

Introdução (Resumo):

"Diversos sintomas neuropsiquiátricos ocorrem ao longo da evolução da Doença de Alzheimer (DA), destacando-se a agressividade e agitação psicomotora, que propiciam o abuso de fármacos psicotrópicos de uso off-label e podem ser causa de institucionalização. A avaliação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) disponível na região de saúde de referência é imprescindível, uma vez que esta deve estar estruturada e articulada com a perspectiva interdisciplinar e com a oferta de serviços que forneçam intervenções não farmacológicas, fomentando o cuidado e manejo adequados."

Hipótese:

"A hipótese principal do estudo é que existe uma carência na rede assistencial disponível no

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

ANEXO C – DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA DE ALZHEIMER SEGUNDO DSM-5 E NINCDS-ADRDA

Diagnóstico de DA pelo DSM-5

Provável doença de Alzheimer é diagnosticada se qualquer um dos seguintes estiver presente; caso contrário, deve ser diagnosticada possível doença de Alzheimer:

1. Evidência de uma mutação genética causadora de doença de Alzheimer a partir de história familiar ou teste genético.
2. Todos os três a seguir estiverem presentes:
 1. Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem e em pelo menos outro domínio cognitivo (com base em história detalhada ou testes neuropsicológicos em série).
 2. Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados.
 3. Ausência de evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistêmica provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo).

Diagnóstico de DA pelo NINCDS-ADRDA

(National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association)

Doença de Alzheimer PROVÁVEL	Sim	Não
1- Demência estabelecida de acordo com o exame clínico e documentado pelo Mini-Exame do Estado Mental, escala de demência de Blessed ou outro teste similar de avaliação e confirmado por testes neuropsiquiátricos;		
2- Deficiência em duas ou mais áreas cognitivas;		
3- Piora progressiva da memória e outras funções cognitivas;		
4- Ausência de desordens da consciência;		
5- Instalação na faixa de 40 a 90 anos, principalmente após os 65 anos;		
6- Ausência de doenças sistêmicas ou outras doenças cerebrais que por si só possam provocar declínio progressivo da memória e cognição.		

Doença de Alzheimer PROVÁVEL é auxiliado por:	Sim	Não
Piora progressiva de funções cognitivas específicas como linguagem (afasia), habilidades motoras (apraxia) e percepção (agnosia);		
Redução na habilidade de desenvolver atividades da vida diária e alterações de comportamento;		
História familiar de demência (particularmente naqueles confirmados por exame neuropatológico)		
EEG (Eletroencefalograma) normal ou com alterações inespecíficas;		
TC (tomografia computadorizada) de crânio ou RNM (Ressonância Nuclear Magnética) de crânio evidenciando atrofia cerebral em progressão através de observações subsequentes.		

Outras características clínicas consistentes com o diagnóstico de Doença de Alzheimer PROVÁVEL, após exclusão de outras causas de demência:	Sim	Não
O surgimento de “platôs” na progressão da doença;		
Sintomas associados de depressão, insônia, incontinência, delírios, ilusões, alucinações, incontinência verbal, explosões emocionais, agitação, distúrbios sexuais, perda de peso;		
Outras anormalidades neurológicas em alguns pacientes (especialmente naqueles com demência avançada) podem incluir: aumento da tonicidade muscular, mioclonias ou distúrbios da marcha;		
Convulsões na doença avançada;		
Achados de TC normais para a idade.		

Características de Doença de Alzheimer PROVÁVEL incerto ou pouco provável:	Sim	Não
Instalação súbita;		
Sinais neurológicos focais, como hemiparesias, perda da sensibilidade, deficit de campos visuais, perda da coordenação motora na fase inicial;		
Convulsões ou distúrbios da marcha na fase inicial;		

Fonte: American Psychiatric Association⁹⁷ e Mckhann et al.⁹⁸.

ANEXO D – INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI)

AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE

O/A paciente passa por períodos em que se recusa a cooperar ou não deixa que os outros o ajudem? É difícil de se lidar com ele?

- ☐ não (passe à próxima pergunta de rastreamento)
☐ sim (passe às subquestões)

Fica zangado com quem tenta cuidar dele ou resiste a atividades como banho ou troca de roupa? ☐

É teimoso, só faz o que quer? ☐

É pouco cooperativo, recusa ajuda dos outros? ☐

Apresenta algum outro comportamento que o torna difícil de se lidar? ☐

Grita ou pragueja de raiva? ☐

Bate as portas, chuta a mobília, atira coisas longe? ☐

Faz menção de ferir ou bater nos outros? ☐

Apresenta algum outro tipo de comportamento agressivo ou agitado? ☐

Frequência:

1. Ocasional – menos de 1 vez por semana
2. Comum – cerca de uma vez por semana
3. Frequente – várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
4. Muito frequente – uma vez por dia ou mais

Intensidade:

1. Leve – comportamento perturbador, mas pode ser administrado com redirecionamento ou conversa;
2. Moderada – comportamentos perturbadores e difíceis de se redirecionar ou controlar;
3. Acentuada – agitação muito perturbadora e fonte de grande dificuldade; pode existir ameaça de danos pessoais; medicamentos comumente necessários.

Desgaste:

O quanto você acha este comportamento angustiante?

1. Nada
2. Quase nada
3. Levemente
4. Moderadamente
5. Muito
6. Extremamente

Frequência: ____ **Intensidade:** ____ **Desgaste:** ____

DATA: ____/____/____

ANEXO E – ESCALA DE KATZ

Área de Funcionamento	Independente (I)	Dependente (D)
Tomar banho (leito, banheiro ou chuveiro)		
() não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) (I)		
() recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como as costas ou uma perna) (I)	()	()
() recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho (D)		
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)		
() pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda (I)		
() pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (I)	()	()
() recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa (D)		
Uso do vaso sanitário (vai ao banheiro ou local equivalente para urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)		
() vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol a noite, esvaziando-o de manhã) (I)		
() recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol a noite (D)	()	()
() não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas (D)		
Transferência		
() deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) (I)		
() deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda (D)	()	()
() não sai da cama (D)		
Continência		
() controla inteiramente a micção e a evacuação (I)		
() tem “acidentes” ocasionais (D)		
() necessita de ajuda para manter controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente (D)	()	()
Alimentação		
() alimenta-se sem ajuda (I)		
() alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão (I)	()	()
() recebe ajuda para alimentar-se, ou alimentação parcial ou completamente por cateteres ou fluidos intravenosos (D)		

INTERPRETAÇÃO	PONTUAÇÃO
Independente em todas as funções	0
Independente em 5 funções e dependente em uma função	1
Independente em 4 funções e dependente em 2	2
Independente em 3 funções e dependente em 3	3
Independente em 2 funções e dependente em 4	4
Independente em 1 função e dependente em 5 funções	5
Dependente em todas as seis funções	6

DATA: __/__/__

ANEXO F – ESCALA DE LAWTON E BRODY**1. Telefone**

- () recebe e faz ligações sem assistência – 3
- () necessita de assistência para ligações ou telefone especial – 2
- () não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone – 1

2. Viagens

- () realiza viagens sozinho – 3
- () somente viaja quando tem companhia – 2
- () não tem o hábito ou é incapaz de viajar – 1

3. Compras

- () realiza compras, quando é fornecido transporte – 3
- () somente faz compras quando tem companhia – 2
- () não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras – 1

4. Preparo de Refeições

- () planeja e cozinha refeições completas – 3
- () prepara só pequenas refeições ou quando recebe ajuda – 2
- () não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições – 1

5. Trabalho Doméstico

- () realiza tarefas pesadas – 3
- () realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas – 2
- () não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos – 1

6. Medicações

- () faz uso de medicamentos sem assistência – 3
- () necessita de lembretes ou de assistência – 2
- () é incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos – 1

7. Dinheiro

- () preenche cheques e paga contas sem auxílio – 3
- () necessita de assistência para uso de cheques e contas – 2
- () não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas – 1

Interpretação:

1. Dependência Total; 2. Dependência Parcial; 3. Independência

Classificação:

- () Dependência Total: ≤ 7
- () Dependência Parcial: $>7 < 21$
- () Independência: 21

DATA: __/__/__

Fonte: Santos et al.⁹⁴.

ANEXO G – CDR - ESCALA CLÍNICA DE DEMÊNCIA

Considerar apenas o declínio do estado anterior da perda cognitiva e não alterações devidas a outros fatores

	SEM DEMÊNCIA CDR 0	DEMÊNCIA QUESTIONÁVEL CDR 0,5	DEMÊNCIA LEVE CDR 1	DEMÊNCIA MODERADA CDR 2	DEMÊNCIA SEVERA CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória ou pequenos e ocasionais esquecimentos	Pequenos mas frequentes esquecimentos; lembrança parcial de acontecimentos; 'esquecimento benigno'	Moderada perda da memória, mais marcadamente para acontecimentos recentes, interferindo nas atividades do cotidiano	Severa perda de memória; lembra-se apenas de assuntos intensamente vivenciados, informações novas rapidamente esquecidas	Severa perda de memória; somente fragmentos permanecem
ORIENTAÇÃO	Orientação perfeita	Totalmente orientado, exceto por pequenas dificuldades relacionadas com o tempo (horário)	Moderada dificuldade com orientação temporal; orientado com relação ao local do exame; pode haver desorientação geográfica para outros locais	Severa dificuldade relacionada com o tempo; frequentemente desorientado com relação ao tempo e espaço	Total desorientação têmporo-espacial, reconhece apenas as pessoas mais íntimas
JULGAMENTO DISCERNIMENTO	Resolve bem os problemas do cotidiano: bom discernimento	Alguma dificuldade na resolução de problemas, semelhanças e diferenças. Alguma dificuldade na resolução de problemas, semelhanças e diferenças	Moderada dificuldade em resolver problemas por si mesmo; dificuldades no discernimento de semelhanças e diferenças	Importante dificuldade em resolver problemas com independência; discernir entre semelhanças e diferenças; crítica e julgamento comprometidos	Incapaz de resolver problemas
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Independência no desempenho profissional, nas compras, finanças e nas atividades sociais	Alguma dificuldade nessas atividades	Apresenta dependência nessas atividades; apesar de poder participar de algumas; aparenta não apresentar anormalidades à primeira vista	Sem interesse em manter atividades fora de casa; aparenta estar bem para sair e manter atividades fora de casa	Aparenta não ter condições de desempenhar atividades fora de casa
AFAZERES DOMÉSTICOS E PASSATEMPOS	Vive em família, passatempos e interesses intelectuais mantidos	Vive em família, passatempos e interesse intelectual levemente afetado	Suave mas definitiva dificuldade com atividades domésticas; deixa de realizar atividades; abandona as tarefas/passatempos mais difíceis	Apenas atividades simplificadas; interesses muito restritos	Atividade doméstica praticamente inexistente
CUIDADOS PESSOAIS	Totalmente capaz e independente	Totalmente capaz e independente	Precisa ser incentivado/instruído	Necessita de assistência para vestir-se e assear-se	Requer muita ajuda para seus cuidados pessoais; frequentemente incontinente

Fonte: Macedo Montañó et al.⁹⁵.