UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GISLAINE DESANI DA COSTA

**NECESSIDADES EDUCACIONAIS DE PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO ÀS
DEMÊNCIAS**

SÃO PAULO
2019

GISLAINE DESANI DA COSTA

**NECESSIDADES EDUCACIONAIS DE PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO ÀS
DEMÊNCIAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Maria Amélia de Campos Oliveira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Costa, Gislaine Desani da

Necessidades educacionais de profissionais da estratégia saúde da família no atendimento às demências / Gislaine Desani da Costa. São Paulo, 2019.

130 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Demência. 2. Educação em saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Saúde da família. 5. Enfermagem. 6. Médicos. 7. Enfermeiros. 8. Enfermeiras. I. Título.

Nome: Gislaine Desani da Costa

Título: Necessidades educacionais de profissionais da Estratégia Saúde da Família no atendimento às demandas.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos pacientes com demência e seus familiares, pois considero que o aperfeiçoamento do conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no acompanhamento das demências pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida de ambos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente e imensamente a Deus por ter aberto os caminhos e tornando possível a conclusão desta pesquisa.

À orientadora e amiga, Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira, pela paciência, competência e respeito com que conduziu este processo, do início da ideia até sua realização.

Às Prof^{as} Dr^{as}. Suely Itsuko Ciosak, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli e Valéria Marli Leonello, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

À Professora Dr^a Renata Eloah de Lucena Ferreti-Rebustini pelas preciosas contribuições para o estudo durante as disciplinas de Adaptação Transcultural de Instrumentos de Medida em Saúde e Métodos Psicométricos na Pesquisa em Saúde.

Ao meu marido, Adriano dos Anjos, pela parceria, companheirismo e incentivo.

Aos meus pais, Denilde Desani da Costa e David José da Costa, pelo incentivo aos estudos desde sempre.

Aos meus irmãos, Thaíse Desani da Costa e Samuel Vinícius Desani da Costa, pela compreensão de minhas ausências em eventos familiares.

Às Coordenadorias de Saúde Oeste, Centro, Sudeste e Norte pela autorização para realização da pesquisa em seus respectivos territórios.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, pelo acolhimento e seriedade com que responderam a pesquisa. Suas contribuições foram de grande valia para o estudo e meu crescimento profissional.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa (Processo n° 2016/01359-0).

A todos, muito obrigada!

“E tudo o que pedirdes na oração, crendo, o recebereis”.

(Mateus, 21:22)

Costa GD. Necessidades educacionais de profissionais da Estratégia Saúde da Família no atendimento às demências. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: Observa-se mundialmente o aumento progressivo do número de idosos, como resultado da melhoria das condições de vida das populações e dos avanços tecnológicos na área da saúde. Esse processo tem ocasionado alterações nos perfis de morbimortalidade, com aumento de doenças crônico-degenerativas, dentre elas as demências. Cuidar de pessoas com demência representa uma sobrecarga para as famílias. O reconhecimento dos sintomas da doença pode diminuir a tensão decorrente do cuidado e contribuir para a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. **Objetivo:** Analisar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no atendimento às demências. Seus objetivos específicos foram: 1) avaliar a confiabilidade do instrumento *Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica*, nas versões para médicos e enfermeiros, por meio da estabilidade dos itens (teste-reteste); 2) identificar o conhecimento e as atitudes desses profissionais em relação a rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das demências; 3) identificar suas necessidades educacionais no atendimento às demências e 4) elaborar uma proposta de capacitação em demência para as equipes da Estratégia Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica. **Método:** Estudo transversal, prospectivo e correlacional realizado em Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família, pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde Oeste, Centro, Sudeste e Norte do município de São Paulo. A população foi composta por médicos e enfermeiros atuantes em tais Unidades e a amostra para ambas as categorias profissionais foi estimada em 122 para o teste e 61 para o reteste. A coleta de dados foi realizada por meio da autoaplicação do instrumento pelos profissionais, no período de fevereiro a julho de 2018. A etapa de reteste ocorreu no 14º dia após a primeira aplicação. As respostas referentes ao conhecimento dos profissionais em demência e suas práticas foram analisadas por meio de estatística descritiva. Os resultados do teste-reteste foram analisados pelos Coeficientes de Correlação Intraclassa (variáveis numéricas) e *Kappa de Cohen* (variáveis categóricas). O nível de significância adotado para este estudo foi de 5%. Todos os cuidados éticos foram observados. **Resultados:** Participaram da etapa de teste 195 médicos e 274 enfermeiros, e do reteste, 87 médicos e 132 enfermeiros, com idades entre 25 e 68 anos, média de 43,9 e mediana de 34,0 anos para os médicos, e entre 26 a 65 anos, média de 39,2 e mediana de 37,5 anos, para os enfermeiros. Os resultados da análise de confiabilidade do instrumento revelaram que 86,0% de seus itens possuem estabilidade entre forte e quase perfeita/alta; 13,3%, moderada e 0,7%, regular. Quanto ao conhecimento dos profissionais sobre as demências, 64,1% dos médicos referiram realizar diagnóstico da doença de forma rotineira, 56,9% já na fase moderada, 89,2% sinalizaram dificuldades para identificar um caso da doença, 94,9% elencaram dificuldades para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com a doença; 84,6% dos médicos e 79,2% dos enfermeiros mencionaram dificuldades no acompanhamento de pacientes com demência grave e 62,6% dos médicos e 54,4% dos enfermeiros sinalizaram nunca ter participado de

atividades de capacitação específica sobre demência. **Conclusão:** Os resultados da confiabilidade do instrumento permitem recomendar seu uso para identificar necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da Atenção Básica no acompanhamento das demências. Foram identificadas lacunas no conhecimento relacionadas ao processo de rastreamento e diagnóstico das demências; acompanhamento dos pacientes, principalmente na forma grave da doença; manejo de drogas específicas; informação diagnóstica ao paciente e às famílias e suporte ao cuidador. Elaborou-se uma proposta de capacitação em demência visando à incorporação desses conhecimentos à prática profissional de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Demência. Educação Profissional em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Médicos. Enfermeiras e Enfermeiros.

Costa GD. Educational needs of Family Health Strategy professionals in the treatment of dementias [thesis]. São Paulo (SP), Brazil: School of Nursing, University of São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: There is a worldwide increase in the number of elderly people, as a result of improved living conditions and technological advances in health. This increase causes changes in morbidity and mortality profiles, with an increase in chronic-degenerative diseases, among them the dementias. Caring for people with dementia is a heavy load for families. The recognition of the symptoms of the disease can reduce the tension caused by the care and contribute to the quality of life of the patient and their relatives. **Objective:** To analyze the educational needs of physicians and nurses of the Family Health Strategy in the treatment of dementias. The specific objectives were: 1) to evaluate the reliability of the *Dementia Sanitation Tool: the Basic Attention View*, in the versions for physicians and nurses, through the stability of the items (test-retest); 2) to identify the knowledge and attitudes of these professionals regarding the tracking, diagnosis, treatment and follow-up of dementias; 3) to identify their educational needs in the care of dementias and 4) to elaborate a proposal of dementia training for the teams of the Family Health Strategy, in the scope of Primary Care. **Method:** A cross-sectional, prospective and correlational study carried out in the Basic Health Units of the Family Health Strategy, in the Regional Coordinations of Western, Central, Southeastern and Northern Health in the city of São Paulo. The population was composed of physicians and nurses working in these Units and the sample for both professional categories was estimated at 122 for the test and 61 for the retest. The data collection was performed through self-application of the instrument by the professionals, from February to July 2018. The retest stage occurred on the 14th day after the first application. The answers regarding the knowledge of the professionals in dementia and their practices were analyzed through descriptive statistics. The test-retest results were analyzed by the Intraclass Coefficients (numerical variables) and Cohen's Kappa (categorical variables). The level of significance adopted for this study was 5%. All ethical cares were observed. Results: 195 physicians and 274 nurses participated in the test, and 87 physicians and 132 nurses, aged between 25 and 68 years, mean of 43.9 and median of 34.0 years for physicians, and between 26 to 65 years, mean of 39.2 and median of 37.5 years for nurses. The results of the instrument reliability analysis revealed that 86.0% of its items have stability between strong and near perfect/high; 13.3%, moderate and 0.7%, regular. Regarding the professionals' knowledge about dementia, 64.1% of the physicians reported routinely diagnosing the disease, 56.9% made diagnoses in the moderate phase, 89.2% reported difficulties in identifying a case of the disease, 94.9% have difficulties with the treatment and follow-up of patients with the disease; 84.6% of the physicians and 79.2% of the nurses mentioned difficulties in the follow-up of patients with severe dementia, and 62.6% of the physicians and 54.4% of the nurses indicated that they had never participated in specific dementia training activities. **Conclusion:** The reliability results of the instrument allows to recommend its use to identify educational needs of primary care physicians and nurses in the management of dementias. Gaps in knowledge related to the screening and diagnosis of dementias were identified:

monitoring of patients, especially in the severe form of the disease; specific drug management; diagnostic information to the patient and families and support to the caregiver. A proposal of training in dementia was developed to incorporate this knowledge into the professional practice of physicians and nurses of the Family Health Strategy.

Descriptions: Dementia. Education, Public Health Professional. Primary Health Care. Family Health Strategy. Physicians. Nurses.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Estratégia para Educação Permanente nos Serviços de Saúde.....	44
Quadro 2 –	Cronograma de execução financeira da capacitação em demência para os profissionais da Atenção Básica.....	97

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 –** Mapa de Coordenadorias de Saúde do município de São Paulo47
- Figura 2 –** Satisfação dos médicos de Saúde da Família em relação ao encaminhamento dos pacientes com demência aos serviços especializados (n=195). São Paulo, SP, 2018.75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Representatividade da participação dos profissionais na pesquisa por Coordenadoria de Saúde (n=469). São Paulo, SP, 2018.....	56
Tabela 2 –	Confiabilidade dos itens comuns ao ASDVAB-M e ASDVAB-E - variáveis numéricas (n=219). São Paulo, SP, 2018	56
Tabela 3 –	Confiabilidade dos itens do instrumento ASDVAB-M - variáveis numéricas (n=87). São Paulo, SP, 2018	57
Tabela 4 –	Confiabilidade dos itens comuns ao ASDVAB-M e ASDVAB-E - variáveis categóricas (n=219). São Paulo, SP, 2018	57
Tabela 5 –	Confiabilidade dos itens do instrumento ASDVAB-M - variáveis categóricas (n=87). São Paulo, SP, 2018	59
Tabela 6 –	Confiabilidade dos itens do instrumento ASDVAB-E - variáveis categóricas (n=132). São Paulo, SP, 2018	62
Tabela 7 –	Perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (n=469). São Paulo, SP, 2018	65
Tabela 8 –	Processo de rastreamento e diagnóstico das demências pelas equipes de Saúde da Família (n=469). São Paulo, SP, 2018.....	66
Tabela 9 –	Informação diagnóstica das demências ao paciente e suas famílias pelas equipes de Saúde da Família (n=195). São Paulo, SP, 2018.....	70
Tabela 10 –	Acompanhamento dos pacientes com demência pelas equipes de Saúde da Família (n=469). São Paulo, SP, 2018.....	71
Tabela 11 –	Acompanhamento dos pacientes com demência pelas equipes de Saúde da Família - caso clínico médico (n=195). São Paulo, SP, 2018	74
Tabela 12 –	Acompanhamento do cuidador do paciente com demência pelas equipes de Saúde da Família (n=469). São Paulo, SP, 2018	75
Tabela 13 –	Participação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em capacitação específica sobre demência (n=198). São Paulo, SP, 2018	76

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADKS	<i>The Alzheimer's Disease Knowledge Scale</i>
AVDs	Atividades de Vida Diária
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
AMPI	Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa
APS	Atenção Primária à Saúde
ASDVAB-E	Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica – versão para Enfermeiros
ASDVAB-M	Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica – versão para Médicos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDR	Avaliação cognitiva-funcional global
CERAD	Lista de palavras do <i>Consortium Establish of Alzheimer Disease</i>
CRI	Centro de Referência do Idoso
DA	Doença de Alzheimer
DAS	<i>Dementia Attitudes Scale</i>
DCJ	Doença de Creutzfeldt-Jakob
DCL	Demência por Corpúsculos de Lewy
DFT	Demência Frontotemporal
DH	Doença de Huntington
DM	Demência Mista
DP	Doença de Parkinson
DV	Demência Vascular
EAD	Escala de Atitudes face à Demência
EAD/SES-SP	Educação à Distância / Secretaria do Estado de São Paulo
EC	Educação Continuada
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde

ES	Educação em Serviço
ESF	Estratégia Saúde da Família
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Apoio Domiciliar
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Coeficientes de Correlação Intraclasse
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INP	Inventário Neuropsiquiátrico
INP-E	Inventário Neuropsiquiátrico – Estresse
ISRS	Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina
IQCODE	Questionário de Avaliação do Comprometimento Cognitivo do Idoso por Informante
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MOCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OSS	Organização Social de Saúde
ONG	Organização não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Programa de Acompanhante do Idoso
PET	Tomografia por Emissão de Pósitrons
PMM	Programa Mais Médicos
PSF	Programa de Saúde da Família
QPAF	Questionário de Atividades Funcionais de <i>Pfeffer</i>
RASPI	Rede de Atenção à Saúde da População Idosa
RS	Rio Grande do Sul
SMSSP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SP	São Paulo
SPECT	Tomografia por Emissão Única de Fótons
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TSH	Hormônio Tireoestimulante
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

URSI	Unidade de Referência à Saúde do Idoso
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	22
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
2.1 OS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM DEMÊNCIA	25
2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	35
2.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	39
3 OBJETIVOS.....	46
3.1 GERAL	46
3.2 ESPECÍFICOS	46
4 MÉTODO.....	47
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	47
4.2 LOCAL DA PESQUISA	47
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	48
4.3.1 Critérios de inclusão	49
4.3.2 Critérios de exclusão	49
4.4 COLETA DE DADOS.....	49
4.4.1 O instrumento	50
4.4.1.1 Avaliação da Confiabilidade	52
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	53
4.6 TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	53
4.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – DEMÊNCIAS	54
5 RESULTADOS.....	56
5.1 CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO.....	56
5.2 CONHECIMENTO, ATITUDES E NECESSIDADES DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA	64
5.2.1 Perfil dos profissionais	64
5.2.2 Processo de rastreamento e diagnóstico das demências	66
5.2.3 Informação diagnóstica ao paciente e suas famílias	69
5.2.4 Acompanhamento dos pacientes com demência	70
5.2.5 Acompanhamento do cuidador do paciente com demência e satisfação dos médicos com o serviço especializado	75
5.2.6 Capacitação profissional em demência	76
6 DISCUSSÃO	77
6.1 CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO.....	77

6.2 CONHECIMENTO, ATITUDES E NECESSIDADES DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA	79
7 PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO EM DEMÊNCIA ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	93
8 CONCLUSÃO	98
9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	99
10 REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICE A – INSTRUMENTO ATENÇÃO SANITÁRIA ÀS DEMÊNCIAS: A VISÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – VERSÃO PARA MÉDICOS (ASDVAB-M)	111
APÊNDICE B – INSTRUMENTO ATENÇÃO SANITÁRIA ÀS DEMÊNCIAS: A VISÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – VERSÃO PARA ENFERMEIROS (ASDVAB-E).....	116
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – EEUSP	121
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SMS/SP	126

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha carreira profissional ainda bem jovem. A Graduação em Enfermagem foi o primeiro passo para me tornar a profissional que sou hoje. Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo, tive o incentivo de uma das minhas professoras, Ceres Eloah de Lucena Ferreti, para percorrer o caminho do cuidado aos idosos. Apaixonada pelo cuidado à terceira idade, esse foi o estímulo que eu precisava para tomar uma decisão tão importante.

Iniciei minhas atividades profissionais na cidade de São Paulo, no Hospital Glória, onde tive a oportunidade de exercer o cuidado à população idosa. Apesar de não se tratar de uma instituição específica no cuidado à terceira idade, pude prestar assistência a muitos idosos, já que representavam a maioria dos internados no setor em que eu atuava.

Em 2007, ingressei na pós-graduação *sensu lato* em Neuropsiquiatria Geriátrica da Universidade Federal de São Paulo. Ao participar do Ambulatório de Neurologia daquela Universidade, pude aprofundar-me no cuidado a idosos portadores de demência. Diante do sofrimento das famílias no enfrentamento às demências, senti que precisava contribuir de alguma forma para o avanço do conhecimento nessa área.

Em 2008, iniciei minhas atividades como docente no Centro Universitário Sant'Anna, onde permaneci até o início de 2015. Ministrei a disciplina Enfermagem na Saúde do Idoso, compartilhando meu conhecimento na assistência aos idosos com alunos da Graduação em Enfermagem e com eles aprendendo grandes lições de vida.

Em 2011, paralelamente às atividades profissionais como docente, iniciei minha participação no grupo de pesquisa Necessidades de Saúde, liderado pela Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Com isso, pude amadurecer a ideia de um projeto de pesquisa para o Mestrado, que iniciei no ano subsequente.

Em 2012, ingressei no Mestrado sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia para desenvolver a pesquisa intitulada *Adaptação Transcultural do Instrumento Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primària*. A escala foi adaptada com o intuito de conhecer as necessidades de enfermeiros e médicos da Atenção Básica no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com demência e suas famílias.

Em 2016, fui convidada para assumir a Coordenação Assistencial de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, a Cora Residencial Sênior, onde tive a satisfação diária de prestar cuidados a idosos e contribuir para a melhora de sua qualidade de vida e de suas famílias. O desafio foi bastante grande, visto que a institucionalização de idosos no Brasil ainda é vista por muitos como abandono, o que leva os familiares a experimentar sentimentos de frustração e culpa. Lá permaneci até janeiro de 2018.

Desde fevereiro de 2018 atuo como enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Tenho o privilégio de vivenciar o dia a dia da prática de cuidado à população de uma microárea do município de São Paulo e contribuir para a melhorar sua qualidade de vida. Na prática de saúde do idoso, sigo aplicando o instrumento Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica e formulando propostas de intervenção de acordo com suas necessidades de saúde, juntamente com a equipe multiprofissional. Também participo do Grupo de Saúde do Idoso da região de Vila Prudente/Sapopemba.

Esta pesquisa representa mais uma etapa no percurso que resolvi trilhar como enfermeira, pois em minha vivência prática pude perceber a dificuldade dos profissionais da Atenção Básica em lidar com as necessidades de saúde de uma população que cresce a cada dia. Com esta investigação, espero colaborar para evidenciar tais necessidades e elaborar uma proposta de capacitação em demência para as equipes da Estratégia Saúde da Família. Com isso, espero contribuir para o aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes e, conseqüentemente, a melhora da qualidade de vida do paciente com demência e sua família.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento deixou de ser característico dos países desenvolvidos para se tornar um fenômeno mundial. Em 1950, havia cerca de 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo. Em 2012, esse número elevou-se para quase 810 milhões. Projeta-se que atinja 1 bilhão até 2022 e duplique até 2050, alcançando a marca dos 2 bilhões (Fundo de População das Nações Unidas, 2012).

Em meados de 1960, a taxa de natalidade começou a declinar nos países desenvolvidos, enquanto naqueles em desenvolvimento esse processo iniciou-se apenas no final do século XX. Ainda que as nações desenvolvidas tenham maior proporção de idosos e que o início da queda da fecundidade possa ter ocorrido de forma tardia nos países em desenvolvimento, neles a velocidade do envelhecimento é relativamente maior (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2013; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013).

No Brasil, a taxa de crescimento da população idosa é de mais de 4% ao ano. Em 2010, a população com idade igual ou superior a 60 anos já ultrapassava os 19,6 milhões (10,1% do total). Projeções indicam que em 2030 deverá atingir 41,5 milhões (18,6% do total) e em 2060, 73,5 milhões (33,7% do total) (Borges, Campos, Silva, 2015; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013; United Nations, 2011).

Em 2015, a mediana de idade do brasileiro era de 31,2 anos. Projeções indicam que em 2050 alcançará 46,2 anos. A esperança de vida ao nascer irá se elevar de 76 anos em 2017 para 81 anos em 2060. As mulheres continuarão a viver mais que os homens. Atualmente, elas vivem até os 79,6 anos em média, enquanto eles, até os 72,5 anos. Em 2030, a expectativa de vida das mulheres será de aproximadamente 82 anos, contra 75,3 anos dos homens. Em 2060, as mulheres alcançarão 84,4 anos e os homens, 78,0, ou seja, as mulheres viverão em média cerca de sete anos a mais que os homens (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018, 2016, 2013). Tal fato pode ser explicado pela maior preocupação das mulheres no cuidado e na manutenção de sua saúde (Costa, Maia, 2009; Louvison *et al.*, 2008).

Do ponto de vista econômico, em 2011 o Brasil possuía um idoso dependente para cada dez pessoas em idade ativa. Em 2050, essa relação será de um idoso dependente para cada três pessoas em idade ativa, média que irá superar aquela estimada em nível mundial e para os países com nível de renda similar (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2013).

No que se refere à cidade de São Paulo (SP), projeções indicam que o índice de envelhecimento, que relaciona o total de pessoas com mais de 60 anos de idade com a população com menos de 15 anos, deverá dobrar em 20 anos. Deverá passar de seis idosos para cada 10 jovens em 2010 para 12 idosos a cada 10 jovens em 2030, para novamente quase dobrar em 2050, ao atingir o índice de 21 idosos para cada 10 jovens. A partir de 2027, o contingente de pessoas idosas será sempre superior ao de crianças e jovens menores de 15 anos (São Paulo, 2015).

Esse fenômeno demográfico resulta da redução das taxas de fecundidade e mortalidade e do aumento da expectativa de vida. Além disso, o desenvolvimento tecnológico, que possibilitou o tratamento e a cura de muitas doenças, o acesso a melhores condições de alimentação e o aumento da renda contribuem para o estreitamento da base da pirâmide etária brasileira e o alargamento de seu topo, refletindo a estrutura de uma população mais envelhecida (Camarano, 2014, 2010; Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2013; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013).

O envelhecimento é certamente uma conquista da humanidade. Entretanto, o aumento da longevidade pode vir acompanhado de doenças crônico-degenerativas, dentre elas as demências, que acarretam grande dependência cognitivo-funcional para o idoso e sobrecarga para as famílias. Além do crescimento das taxas de doenças potencialmente relacionadas à idade, como as demências, tais mudanças no perfil demográfico remetem a três importantes desafios: a manutenção do crescimento econômico, mesmo com o crescimento relativo da população inativa, a sustentabilidade fiscal e a provisão adequada de serviços essenciais, em particular de assistência à saúde (Burlá *et al.*, 2013; Silva, Passos, Barreto, 2012; Banco Mundial, 2011; Nogueira *et al.*, 2010).

No Brasil, a assistência à saúde está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a forma prioritária para a reorganização da Atenção Básica (AB) no País. Assim, a qualificação das equipes da ESF para o atendimento aos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos é essencial para o envelhecimento ativo e saudável.

A implantação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) teve início em 2016 no município de São Paulo, mas somente em 2019 houve a inclusão de espaço para isso no Siga, a agenda eletrônica de marcação de consulta para os profissionais. Na configuração anterior, os idosos eram prioridade somente na presença de comorbidades, como diabetes e hipertensão, por exemplo.

Particularmente no que diz respeito ao diagnóstico e ao acompanhamento das demências na AB, ainda há muitos desafios a superar, pois existem muitas dúvidas dos profissionais sobre como realizar tal avaliação e as condutas a serem adotadas nos casos suspeitos de demência.

Tendo em vista o exposto, este estudo buscou analisar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da ESF no atendimento às demências, para subsidiar a elaboração de uma proposta de capacitação para as equipes da ESF no âmbito da AB.

Fundamentação Teórica

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 OS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM DEMÊNCIA

As demências são uma das principais causas de incapacidade na velhice. Em 2010, estimou-se que havia um total de 35,6 milhões de pessoas vivendo com essa síndrome em todo o mundo. Projeções indicam a duplicação desse número a cada 20 anos, ou seja, serão 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. Se confirmadas, haverá cerca de 7.000.000 novos casos de demência por ano em todo o mundo, ou seja, um novo caso a cada 4 segundos, assim distribuídos: 3.600.000 (46%) na Ásia, 2.300.000 (31%) na Europa; 1.200.000 (16%) nas Américas e 500.000 (7%) na África (Burlá *et al.*, 2013; *World Health Organization*, 2012).

As demências podem ser causadas por desordens neurodegenerativas de várias etiologias: vasculares, traumáticas, desmielinizantes, neoplásicas, hidrocefálicas, tóxicas, infecciosas, inflamatórias, dentre outras. São classificadas em primárias (decorrentes de lesões na estrutura cerebral) e secundárias a outras doenças de base como, por exemplo, a hipertensão e o diabetes. São ainda divididas em dois grandes grupos: reversíveis, como, por exemplo, alterações metabólicas, intoxicações, infecções e deficiências nutricionais, e irreversíveis, como a doença de Alzheimer (DA), a demência vascular (DV), a demência mista (DM), a por corpúsculo de Lewy (DCL), a fronto-temporal (DFT), e as doenças de Parkinson (DP), Huntington (DH) e Creutzfeldt-Jakob (DCJ) (Fornari *et al.*, 2010; Tavares, 2005).

No Brasil, dois estudos de incidência de demência em indivíduos com 65 anos ou mais evidenciaram taxas de 13,8 e 14,8 por 1.000 pessoas/ano. O primeiro foi realizado em Catanduva, SP, e o segundo, em Porto Alegre, RS. Para a doença de Alzheimer, as taxas encontradas foram de 7,7 e 14,8 por 1.000 pessoas/ano, respectivamente (Chaves *et al.*, 2009; Nitrini *et al.*, 2004; Herrera Jr *et al.*, 2002).

Revisão sistemática que avaliou a prevalência global de demência entre indivíduos com 60 anos e mais, incluindo 147 estudos publicados no período de 1980 a 2009, identificou prevalência entre 5 e 7% na maior parte das regiões do mundo (6,9% na Austrália, 6,8% na América do Norte, 6,5% na Oceania, 6,4% no

Sudeste Ásia, 6,3% na Ásia do Pacífico, 5,8% na Ásia Central, África do Norte/Meio Leste e Europa Central, 5,7% no Sul da Ásia e Europa Ocidental e 5,0% no Leste da Ásia). As maiores prevalências foram encontradas na Europa Ocidental (7,3%), no Caribe (8,1%) e na América Latina (8,5%). A menor foi registrada na África, com valores entre 2 a 4% (4,0% no leste, 3,5% no sul, 3,2% na região central e 2,1% no oeste da África subsaariana). Na metanálise, verificou-se que a porcentagem aumentou com a idade e foi maior em regiões com economia mais vulnerável (Prince *et al.*, 2013).

No Brasil, estudo de metanálise que objetivou calcular a taxa de prevalência atual e projetar o crescimento do número de idosos com demências em um futuro próximo, identificou que a taxa geral de prevalência, situada em torno de 7,6%, alcançará 7,9% em 2020, quando estimada juntamente com o envelhecimento populacional. Se considerada a incidência, serão 2,7 novos casos de demência a cada 1.000 idosos/ano. A taxa de prevalência foi maior para a DA, em torno de 54% dos casos, aumentou com a idade e foi maior entre as mulheres (Burlá *et al.*, 2013).

Estudo mais recente realizado na cidade de Tremembé, SP, encontrou prevalência de 17,5% de demências na avaliação de 630 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, selecionados aleatoriamente. Foram submetidos a avaliação clínica e neurológica, além da aplicação de questionários para avaliação da capacidade funcional (Questionário de Avaliação do Comprometimento Cognitivo do Idoso por Informante e Questionário de Atividades Funcionais de *Pfeffer* – QPAF). Também foram aplicados testes neuropsicológicos (Bateria Breve do Rastreo Cognitivo, Miniexame do Estado Mental – MEEM, Teste de Fluência Verbal e Teste do Desenho do Relógio), juntamente com escalas de avaliação psiquiátrica. Houve associação significativa entre demência e baixo nível socioeconômico, etilismo, acidente vascular encefálico, transtorno psiquiátrico prévio e epilepsia. A prevalência encontrada foi relativamente superior aos demais estudos já mencionados. Os autores atribuíram esse resultado à baixa escolaridade e ao menor nível socioeconômico dos indivíduos que constituíram a amostra (César *et al.*, 2016).

Nas pesquisas citadas fica evidente que, além da idade, a prevalência das demências é influenciada por variáveis sociodemográficas como escolaridade, sexo

e nível socioeconômico (César *et al.*, 2016; Burlá *et al.*, 2013; Prince *et al.*, 2013; Nitrini *et al.*, 2009).

No que se refere aos subtipos de demência, a DA apresenta-se como a forma mais comum da síndrome em todo o mundo, correspondendo a 60 a 70% dos casos. É seguida, em ordem de frequência, pela DV, a DCL e a DFT. Também são frequentes as formas mistas (DM) (*World Health Organization*, 2012).

No Brasil, a tarefa de cuidar de um idoso dependente em geral cabe aos familiares mais próximos, como companheiras e filhas. Tal prática é adotada para redução dos custos da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados. A permanência do idoso em sua casa e sob os cuidados da família também permite preservar seu conforto e sua dignidade (Silva, Passos, Barreto, 2012).

Vivenciar um quadro de demência é doloroso tanto para o portador quanto para os familiares. O ato de cuidar de um familiar idoso com demência é tarefa extremamente complexa. A falta de compreensão sobre o quadro demencial resulta em estigmatização do paciente. As barreiras vão do diagnóstico aos cuidados de saúde, com impactos negativos na vida dos cuidadores e familiares nos aspectos físico, psicológico e emocional, razão pela qual os cuidadores necessitam não só de informações sobre a doença e suas manifestações, mas, sobretudo, que suas limitações e inseguranças sejam conhecidas e valorizadas pela equipe de saúde (Nieuwboer, Richters, Van der Marck, 2017; Silva, Passos, Barreto, 2012; *World Health Organization*, 2012; Santos *et al.*, 2011).

Os familiares muitas vezes se descobrem cuidadores de uma hora para a outra e deparam-se com tarefas múltiplas e desafiadoras, desde aceitar o diagnóstico e até reprogramar a rotina para incluir atividades relacionadas ao cuidado. Além disso, podem ter de prover suporte financeiro e legal ao portador de demência. Na maioria das vezes, os familiares não estão preparados para o cuidado, não possuem os conhecimentos necessários e tampouco contam com suporte social e dos serviços de saúde adequados para assumir tal papel. Com isso, tornam-se mais vulneráveis a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia,

uso de álcool e medicamentos psicotrópicos. Também podem ocorrer conflitos e até mesmo desagregação familiar (Silva, Passos, Barreto, 2012; Gratão *et al.*, 2010).

Em geral, cuidar desses pacientes é um ato solitário, sem garantia de retribuição, reconhecimento ou afeto, o que pode originar sentimentos ambíguos por parte do cuidador em relação ao idoso, tais como raiva, culpa, angústia e medo. Por outro lado, pode ocasionar sentimentos de carinho, amor e gratidão, como forma de retribuir os cuidados recebidos em outro momento da vida. Com a evolução da doença, a demanda de cuidados também aumenta, acarretando aumento das dificuldades e, conseqüentemente, da sobrecarga (Silva, Passos, Barreto, 2012).

Estudos que avaliaram a sobrecarga em cuidadores de pacientes com demência por meio da escala *Zarit Burden Interview* evidenciaram algum grau de sobrecarga na maior parte das amostras estudadas (>80%). Os distúrbios de comportamento apresentados pelo portador da demência podem levar o cuidador a apresentar quadros depressivos e de ansiedade que contribuem para a deterioração de suas condições físicas (Brodaty *et al.*, 2014; Springate, Tremont, 2014; Bauab, Emmel, 2014; Abdollahpour *et al.*, 2012; Silva, Passos, Barreto, 2012; Seima, Lenardt, 2011; *Joanna Briggs Institute*, 2010).

Para os profissionais de saúde, saber reconhecer os sintomas da doença e orientar os cuidadores de forma efetiva pode colaborar para diminuir a tensão entre ambos. Na maioria das vezes, os cuidadores beneficiam-se do suporte educacional e emocional proveniente de profissionais especializados (Nieuwboer, Richters, Van der Marck, 2017; Brodaty *et al.*, 2014; Silva, Passos, Barreto, 2012; Santos *et al.*, 2011).

Entretanto, nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para tal. Por exemplo, o médico generalista, que tem papel destacado na prevenção, no diagnóstico e no tratamento dos problemas mentais da terceira idade, pode não ter conhecimentos ou habilidades para prestar cuidados aos pacientes com demência. Isso ocorre tanto em ambientes hospitalares quanto na coletividade e constitui uma preocupação em nível internacional (Nieuwboer, Richters, Van der Marck, 2017; Tullo, Allan, 2011).

A enfermeira também tem papel destacado na assistência às demências. Os diagnósticos de enfermagem revelam a complexidade dos cuidados voltados para os problemas fisiológicos, psicossociais e familiares que o doente apresenta. A manutenção da qualidade de vida, a adaptação às limitações e a preservação da autonomia do paciente e sua família nas mais diversas situações exigem da enfermeira ampla capacidade de adaptação, assertividade, versatilidade, partilha, humildade e respeito ao próximo (Bidarra, 2013).

Na maioria dos países, faltam compreensão e sensibilização em relação às demências. Grande parte da população considera que as alterações decorrentes da doença fazem parte do processo de envelhecimento ou são condição em que não há nada a fazer. Assim, a procura por cuidados de saúde ocorre quando a doença já está avançada. O baixo nível de conhecimento contribui para a estigmatização e o isolamento social do paciente, além de criar barreiras para o diagnóstico precoce e o acesso aos serviços de saúde e assistência social, o que cria dificuldades para o tratamento (Nieuwboer, Richters, Van der Marck, 2017; *World Health Organization*, 2012).

...existe uma grande parcela de profissionais da área da saúde e cuidadores sem esclarecimentos norteadores sobre a demência, enfrentando, nas diversas fases da doença, a dúvida sobre o que fazer, bem como do tipo de apoio que necessitam para enfrentar a doença em todo o seu longo curso. Em se tratando de doença neurológica crônico-degenerativa, traz consigo dúvidas em relação ao manejo do doente, afetando aspectos de ordem pessoal, emocional, financeiro e social do paciente e seus familiares (Poltroniere, Cecchetto, Souza, 2011, p. 272).

O conhecimento restrito afeta de várias maneiras o portador de demência, seus cuidadores, as famílias e as estruturas de apoio. Repercute negativamente na unidade familiar e aumenta sua vulnerabilidade. Em diversos países, incluindo aqueles que passam por uma transição econômica, os membros de famílias grandes já não vivem perto de seus familiares e não são mais capazes de absorver o impacto decorrente da prestação de cuidados. Essa mudança resulta em maior necessidade de cuidados profissionais, algo que tende a crescer em um futuro próximo. O conhecimento limitado e a infraestrutura precária para fornecer suporte adequado e oportuno nos casos de demência aumentam a probabilidade de aumento de custos,

dependência e morbidade (Barcellos *et al.*, 2017; Abreu, Val, 2015; *World Health Organization*, 2012).

Em 2012, a comunidade global reconheceu a necessidade de ações para colocar a demência na agenda da saúde pública. Sua prevalência elevada, o impacto econômico nos cuidadores, nas famílias e nas coletividades, assim como o estigma e a exclusão social a ela associados constituem um grande desafio contemporâneo (*World Health Organization*, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem elaborado propostas de educação permanente para promover o envelhecimento ativo e saudável. De fato, é papel das políticas de saúde colaborar para que mais pessoas atinjam idades avançadas com a melhor condição de saúde possível. Se considerada de forma ampliada, a saúde requer mudanças substanciais em direção à construção de um ambiente social e cultural mais favorável aos idosos. No trabalho das equipes da ESF, as atividades realizadas em grupo, as ações na coletividade e a comunicação nas redes sociais são alguns dos recursos necessários para a atuação nas dimensões cultural e social (Brasil, 2006a).

Em 2002 foi publicada no País a Portaria 843, de abrangência nacional, que aprovou o primeiro Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas para a DA (Brasil, 2002). Em 2010, dado o avanço técnico-científico, tal protocolo foi revogado e substituído pela Portaria 491 (Brasil, 2010a), substituída em 2013 pela Portaria 1.298 (Brasil, 2013).

O Protocolo Clínico vigente e as Diretrizes Terapêuticas da DA apresentam o conceito geral da doença, os critérios de diagnóstico, os critérios de inclusão e exclusão de pacientes no tratamento, o esquema terapêutico preconizado e os mecanismos de acompanhamento e avaliação do tratamento. Têm abrangência nacional e devem ser utilizados pelas secretarias de saúde de estados e municípios na regulação do acesso à assistência, na autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes (Brasil, 2013).

O Protocolo determina que, em caso de suspeita da DA, o paciente deve ser encaminhado para um serviço especializado em Neurologia, Psiquiatria ou Geriatria para que o diagnóstico da doença seja feito por médicos com treinamento na

avaliação de demências. Também devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão dos pacientes nesse Protocolo, a duração e o monitoramento do tratamento medicamentoso, além da averiguação periódica das doses prescritas e dispensadas, incluindo o ajuste do uso dos medicamentos. Para a dispensação dos fármacos é necessário um relatório médico com descrição da doença, evolução, sintomas neuropsiquiátricos apresentados e medicamentos empregados. Mesmo que haja o encaminhamento ao especialista, cabe à equipe da AB manter o acompanhamento do caso e prover suporte familiar (Brasil, 2013; Brasil, 2006a).

No que se refere a outros tipos de demência, ressalta-se a existência do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para DP, objeto da Portaria 228 (Brasil, 2010b).

A partir de 2006, a avaliação para rastreamento das demências passou a fazer parte do Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que recomenda que idoso com um possível transtorno da memória deve ser submetido a investigação clínica e cognitiva para excluir as demências potencialmente reversíveis. Para rastreamento dos quadros irreversíveis, o Caderno indica a aplicação de escalas como o MEEM, o Teste de Fluência Verbal e o QPAF (Brasil, 2006a).

Apesar da existência dessas recomendações, a avaliação raramente é realizada na AB. Muitos profissionais referem que não se sentem seguros ou devidamente preparados, que não receberam treinamentos para lidar com a problemática e até mesmo que não dispõem de tempo em suas agendas para tal investigação (Nieuwboer, Richters, Van der Marck, 2017; Tullo, Allan, 2011).

No município de São Paulo, com o aumento acelerado do processo de envelhecimento nas últimas décadas, houve algum avanço em relação a saúde do idoso. Em 2016, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo propôs a implantação do instrumento AMPI-AB e realizou a capacitação de alguns profissionais para o atendimento a essa parcela da população (São Paulo, 2016).

O AMPI-AB instrumentaliza os profissionais da AB para a qualificação da demanda, o planejamento e a gestão do cuidado em saúde das pessoas idosas. Foi elaborado com base na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e no Caderno

da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde. Visa identificar as condições de saúde dos idosos nas dimensões sociais, físicas, cognitivas e funcionais (São Paulo, 2016).

Além disso, considerando o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, firmado em 2013, e o Plano de Metas da Prefeitura de São Paulo de promover a inclusão e a garantia dos direitos da população idosa, de 2013 a 2016, em 2016 foi criada a Rede de Atenção à Saúde da População Idosa – RASPI (São Paulo, 2016).

Na RASPI o cuidado às pessoas idosas está organizado de modo que abranja todos os pontos de atenção (ESF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, Unidade Básica de Saúde – UBS, Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI, Unidade de Referência à Saúde do Idoso – URSI, entre outros). Inclui a realização em tempo oportuno de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, para superar a fragmentação e proporcionar atenção integral às necessidades dos idosos, considerando sua integração na família e na coletividade (São Paulo, 2016).

Na maioria dos países ocidentais os serviços de cuidados primários estão em melhor posição para fornecer assistência integral à saúde de pacientes com demência. Ainda assim, a demência é uma doença subdiagnosticada em instituições de cuidados primários de saúde, variando entre 25 e 80% (Tuero *et al.*, 2011).

Variações na gravidade e na duração dos sintomas têm sido destacadas como aspectos que influenciam a detecção da demência em serviços de cuidados primários. Além disso, nem todos os casos detectados são encaminhados a serviços especializados para realizar o diagnóstico etiológico. Dentre as razões para a falta de encaminhamento predominam as dúvidas dos próprios profissionais de saúde e de familiares sobre os benefícios que o diagnóstico etiológico pode trazer para a qualidade de vida do paciente (Tuero *et al.*, 2011; Ahmad *et al.*, 2010).

Diante de tal cenário, diversos estudos vêm sendo realizados para avaliar o conhecimento e as atitudes de profissionais de cuidados primários em relação à temática (Martín-Carrasco *et al.*, 2014; Parmar *et al.*, 2014; Hausner *et al.*, 2012;

Van den Dungen *et al.*, 2012; Buhagiar, Afzal, Cosgrave, 2011; Poltroniére, Cecchetto, Souza, 2011; Tuero *et al.*, 2011; Ahmad *et al.*, 2010; Baloch *et al.*, 2010). Uma das estratégias mais utilizadas consiste na aplicação de questionários.

A presente investigação deriva de estudo realizado na Catalunha, Espanha, em que foram investigados 218 profissionais (108 médicos e 110 enfermeiros) de 19 Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de conhecer sua percepção, atitudes e necessidades de qualificação para o diagnóstico e o acompanhamento de pacientes com demência. Para isso foi usado um questionário autoaplicável denominado *Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primarià*, nas versões para médicos e enfermeiros (Tuero *et al.*, 2011).

Os resultados do estudo revelaram que 98,6% dos participantes referiram necessidade de treinamento, 49,1% dos médicos e 74,5% dos enfermeiros afirmaram não ter recebido preparo específico para o atendimento de pacientes com demência nos últimos cinco anos; 88,7% dos médicos disseram que não realizavam rotineiramente o diagnóstico de demência; 85,4% referiram dificuldade em distinguir a demência da depressão geriátrica e 77,9%, em distinguir o processo normal de envelhecimento da demência. Em apenas 25,5% dos casos o diagnóstico era realizado na fase leve da demência (Tuero *et al.*, 2011).

As principais barreiras relatadas pelos médicos para o diagnóstico de demência foram a pouca confiança no diagnóstico (32,6%) e a falta de tempo na consulta (31,4%). Ademais, 66,0% dos médicos e 76,1% dos enfermeiros enfatizaram a falta de espaço em suas agendas para o monitoramento de pacientes com demência e a identificação das necessidades associadas ao quadro; 87% dos médicos citaram dificuldades no monitoramento e no controle desses pacientes e 60,6% dos médicos e dos enfermeiros referiram falta de apoio dos membros da família para monitorar pacientes com demência (Tuero *et al.*, 2011).

No Brasil, foi realizado um estudo qualitativo com 22 enfermeiros de unidades de internação com o objetivo de verificar seu conhecimento acerca da DA e a demanda de cuidados de pacientes e familiares. A análise dos discursos revelou que os profissionais possuíam conhecimento limitado sobre a temática. Reconheciam sinais e sintomas característicos e possíveis complicações da doença, entretanto,

desconheciam os aspectos relacionados a seu manejo (Poltroniere, Cecchetto, Souza, 2011).

No depoimento desses enfermeiros, observou-se que a demanda de cuidados em geral decorre de quadros agudos que resultam na internação do paciente, em detrimento dos aspectos relacionados à evolução do quadro nosológico, às necessidades de atenção e às limitações cognitivas e comportamentais do paciente, bem como às necessidades de apoio e orientações da família. Os enfermeiros apareceram como coadjuvantes na assistência, quando deveriam se posicionar emancipadamente frente ao cuidado e à atenção à família, assumindo a orientação e a educação em saúde (Poltroniere, Cecchetto, Souza, 2011).

A identificação do conhecimento e da atitude dos profissionais médicos e enfermeiros na assistência às demências pode subsidiar o levantamento das necessidades de educação permanente dos profissionais de saúde, com o intuito de melhorar a prática clínica no atendimento a essa parcela da população e a abordagem das famílias, trazendo benefícios como retardo na progressão da doença e na dependência cognitivo-funcional do paciente, redução do estresse e da sobrecarga do cuidador, com conseqüentemente melhora da qualidade de vida de ambos.

Estudos que avaliaram o conhecimento e as atitudes de profissionais médicos e enfermeiros na assistência a pessoas com demências evidenciaram a necessidade de programas de educação permanente com o objetivo de orientar e direcionar esses profissionais para o rastreamento, o diagnóstico e o acompanhamento desses pacientes e seus familiares (Buhagiar, Afzal, Cosgrave, 2011; Poltroniere, Cecchetto, Souza, 2011; Tuero *et al.*, 2011; Ahmad *et al.*, 2010; Baloch *et al.*, 2010; Pimlott *et al.*, 2009).

Investigações que incluíram profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem em programas de educação em demência constataram melhora na abordagem, no diagnóstico, no atendimento e no acompanhamento de pacientes com demência e seus familiares (Galvin, Meuser, Morris, 2012; Jefferson *et al.*, 2012; Broughton *et al.*, 2011; Cameron *et al.*, 2010; Hobday *et al.*, 2010; Kuske *et al.*, 2009).

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na década de 1980, a sociedade civil e profissionais de saúde lideraram um movimento denominado Reforma Sanitária que resultou na inclusão na Constituição Federal Brasileira de 1988 da premissa “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, dando origem ao SUS (Fertonani *et al.*, 2015; Mendes, 2012; Rosa, Labate, 2005).

O modelo de atenção à saúde adotado na implementação do SUS é baseado nos conceitos de APS. Possui como princípios a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a equidade no atendimento e a participação social. Suas diretrizes incluem a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços, com comando único em cada esfera de governo. O SUS é regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080, de 1990, e 8142, de 1991 (Fertonani *et al.*, 2015; Mendes, 2012; Rosa, Labate, 2005; Brasil, 2003).

A ESF, inicialmente denominada de Programa de Saúde da Família (PSF), representa uma alternativa de reorganização da APS no Brasil. Foi instituída em 1994 como proposta do Ministério da Saúde na busca de um novo modelo de assistência, com vistas a superar o modelo tecnicista e hospitalocêntrico, que já não respondia às necessidades de saúde dos grupos populacionais. Sua consolidação adveio do imperativo legal e ético de atender ao disposto na Constituição Brasileira e aos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2012; Rosa, Labate, 2005).

...o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (Rosa, Labate, 2005, p. 1028).

Como modelo substitutivo da rede básica tradicional, a Estratégia de Saúde da Família busca converter o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos (Pavoni, Medeiros, 2009, p. 266).

O PSF sofreu influências internas e externas de diferentes modelos e propostas da APS, em particular os modelos canadense, cubano e inglês. No entanto, suas origens mais próximas podem ser localizadas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estabelecido em 1987 pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, como parte de um plano de emergência no combate à seca (Mendes, 2012).

O PACS, tomado isoladamente, constituiu uma proposta de atenção primária seletiva, incompatível com os princípios do SUS. Sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida com tecnologias de maior densidade. Percebendo isso, o município cearense de Quixadá, no governo Hilário Marques, desenvolveu uma experiência pioneira de APS que agregava aos agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros generalistas, formando uma equipe que trabalhava com populações adscritas territorialmente e organizadas em famílias. Esse modelo cearense serviu de base para que o Ministério da Saúde lançasse, no início de 1994, como política oficial da APS no País, o PSF (Mendes, 2012, p. 73).

Em 2006, o PSF havia se consolidado como estratégia prioritária para a reorganização da atenção à saúde no Brasil. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) deliberou utilizá-lo para organizar a AB, com vistas a reafirmar os princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Adotou-se o termo ESF, em substituição a PSF, visto que a palavra “programa” indica atividade com duração limitada, ou seja, com início, desenvolvimento e fim (Brasil, 2012; Brasil, 2006b).

Nos dias atuais, a ESF é considerada pelo Ministério da Saúde e por gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB. Favorece a reorientação dos processos de trabalho em saúde, com potencial para aprofundar os princípios, as diretrizes do SUS e os fundamentos da AB, ampliar o impacto e a resolutividade na saúde das pessoas e das coletividades, além de proporcionar melhor relação custo-efetividade em saúde (Brasil, 2017, 2012).

As unidades de ESF podem ser administradas exclusivamente pelos órgãos governamentais ou em parceria com Organizações Sociais de Saúde (OSS), também denominadas de Organizações não Governamentais (ONG). Tal parceria foi

estabelecida para superar a excessiva burocratização do sistema público. Um exemplo disso é a possibilidade de flexibilização na contratação e na demissão de trabalhadores sem concurso público e a compra de serviços sem a exigência de licitação, proporcionando maior liberdade na gestão dos recursos (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2014).

As equipes da ESF são compostas no mínimo por um médico generalista, especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, uma enfermeira generalista ou especialista em Saúde da Família, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A essa composição podem ser acrescentados o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e técnico ou auxiliar em saúde bucal (Brasil, 2017).

Embora o modelo brasileiro de Saúde da Família tenha sofrido influências externas importantes, distanciou-se do modelo de medicina familiar praticado na maioria dos países e instuiu-se como política pública voltada para a Saúde da Família. Neste sentido, sua prática não se articula em torno dos profissionais médicos, mas sim de uma equipe multiprofissional, com a inclusão dos ACS, que possibilitam o relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, usuários e suas famílias, organizações e movimentos sociais do território (Mendes, 2012).

Em relação ao dimensionamento das equipes de Saúde da Família, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, o número de ACS deve cobrir 100% da população adscrita. Cada ACS deve acompanhar no máximo 750 pessoas e cada equipe deve ter no máximo 12 agentes. Além disso, cada equipe deve ser responsável por no máximo 3.500 pessoas. O número de trabalhadores de saúde por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias do território, de tal modo que, quanto maior a vulnerabilidade, menor deve ser a quantidade de pessoas atendidas por equipe (Brasil, 2017).

As práticas das equipes da ESF fundamentam-se na longitudinalidade do cuidado e na responsabilidade integral pelo acompanhamento de necessidades e problemas de saúde da população de um determinado território. Pressupõem o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso entre as equipes e a

população, promovendo e integrando atividades para enfrentar e resolver os problemas identificados. A família é entendida a partir do ambiente onde vive e constrói suas relações, objetivando promover a melhoria contínua de suas condições de vida (Arce, Sousa, 2014; Cunha, Giovanella, 2011).

Enquanto atributo da APS, a longitudinalidade se refere à relação de longa duração entre os profissionais e os pacientes em suas unidades de saúde, contribuindo para seu alcance enquanto fonte de atenção independente da presença de problemas relacionados à saúde, orientada para a pessoa e não para a doença, e propiciando benefícios como menor utilização dos serviços, melhor atenção preventiva e melhor reconhecimento dos problemas da população (Arce, Sousa, 2014, p. 63).

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (Brasil, 2012, p. 21).

Para apoiar a longitudinalidade do cuidado, a carga horária definida para todos os profissionais das equipes de Saúde da Família é de 40 horas semanais. Dentre as atribuições das equipes de Saúde da Família, destaca-se a o acolhimento dos usuários, com a escuta qualificada de suas necessidades de saúde. A primeira avaliação tem como objetivo realizar a classificação de risco, a avaliação de vulnerabilidade, a coleta de informações e sinais clínicos e a identificação das necessidades de intervenções de cuidado, buscando o atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando a formação de vínculo (Brasil, 2017, 2011).

Ademais, a equipe de ESF deve acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readaptação do processo de trabalho, com o objetivo de atender as necessidades de saúde da população. Para tanto, deve participar ativamente das atividades de educação permanente, buscando empoderamento para a sua prática profissional (Brasil, 2011).

Com o aumento de número de idosos no País, o que inclui o município de SP, e o consequente aumento das demências, as equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para atender a essa parcela da população em suas necessidades de saúde. O momento vivenciado requer a readequação do processo de trabalho, acompanhada de capacitação das equipes no atendimento à população idosa, especificamente no acompanhamento às demências.

A qualificação permanente da força de trabalho em saúde é essencial para melhorar o conhecimento e a conscientização sobre os benefícios de uma resposta coordenada às necessidades de saúde das pessoas, especialmente os mais idosos, haja vista as projeções que indicam que em 2025 o Brasil será o sexto país em número de idosos (*World Health Organization*, 2012).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa destaca a necessidade de formação de profissionais capacitados para o atendimento à pessoa idosa e institui como uma de suas diretrizes a formação e a Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa (São Paulo, 2016; Brasil, 2006c).

2.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O conceito de EPS foi difundido pela Organização das Nações Unidas para a Educação (UNESCO) no início da década de 70 (Brasil, 2009). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi pioneira em utilizar esse conceito na área da saúde nas décadas de 1980 e 90 e reconhecer a necessidade de transformar a teoria e a prática da educação dos trabalhadores da saúde, com a finalidade de torná-los capazes de analisar seu contexto de trabalho para identificar eventuais problemas e tomar decisões essenciais em sua prática profissional (Silva *et al.*, 2010; Marandola *et al.*, 2009).

Com a lógica da sociedade capitalista, na qual predominam políticas neoliberais de mercado, os trabalhadores devem ser cada vez mais qualificados e produtivos, proporcionando mais resultados às instituições. A maioria das organizações está configurada de forma a obter controle sobre os trabalhadores e o processo de trabalho é arquitetado mediante atividades que visam à produtividade constante, com qualidade, economia e segurança (Silva *et al.*, 2010).

Contradizendo tal modelo, a produção científica referente ao trabalho em saúde vem se estruturando e emitindo críticas à perspectiva de que o trabalhador é mero instrumento na busca de produtividade. Concepções atuais sobre o processo de trabalho buscam romper o modelo assistencial hegemônico na saúde, introduzindo novas formas de organização do trabalho, além de relações mais flexíveis e participativas, que propiciem a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos trabalhadores (Silva *et al.*, 2010).

A EPS como política pública foi instituída no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2004 e modificada em 2007 (Brasil, 2009, 2004a). Pautada no conceito de educação problematizadora de Paulo Freire, é uma das formas de valorizar o profissional de saúde em seu processo de trabalho. Sua consolidação depende de que os processos educativos voltados aos trabalhadores de saúde objetivem a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Assim, a EPS pode ser considerada um guia para as iniciativas de desenvolvimento dos trabalhadores, além de uma estratégia de transformação das práticas de saúde (Silva *et al.*, 2010; Marandola *et al.*, 2009; Freire, 1996).

Sua implantação ocorreu em um cenário em que a maioria dos cursos profissionalizantes no País estava formando profissionais com conhecimentos distantes das necessidades de saúde da população e da organização do sistema de saúde. Além disso, a distribuição dos cursos era bastante desigual, com grande oferta de cursos em determinadas regiões, enquanto em outras eles quase não existiam. Muitos dos educadores e orientadores estavam desatualizados, necessitando aprender novos conceitos sobre o processo de ensino e aprendizagem (Haddad *et al.*, 2008; Brasil, 2005).

A Educação Continuada (EC), modelo de educação no trabalho predominante até então, passou a ser questionado por sua insuficiência em produzir transformações na prestação de serviços de saúde. A comparação dos dois modelos (EPS e EC) revela que a EC envolve as atividades de ensino após a graduação (atualização), utiliza metodologia tradicional e possui duração definida. Já a EPS estrutura-se a partir de dois componentes: “as *necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho*” (Mancia, Cabral, Koerich, 2004, p. 606).

O modelo de EC foi dirigido predominantemente ao profissional médico, com menos ênfase na equipe de enfermagem. Centrada nas categorias profissionais, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e dos diversos grupos de trabalhadores (Brasil, 2009).

A EPS representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde. Propõe inverter a lógica do processo de qualificação profissional, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais no ambiente em que ocorrem, modificando as estratégias educativas. Considera a prática como fonte de conhecimento, problematizando o próprio fazer, colocando as pessoas como sujeitos reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de simples receptores de informações, abordando a equipe como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ampliando os espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organizações, como clubes e associações, em ações comunitárias (Davini, 2009).

Na proposta da EPS, a capacitação dos profissionais, as tecnologias empregadas e os conteúdos dos cursos oferecidos devem ser determinados pela observação dos problemas que emergem do ambiente de trabalho e que necessitam ser solucionados para que os serviços oferecidos alcancem eficiência e eficácia, além de satisfação dos usuários com a qualidade da atenção (Brasil, 2005).

O Ministério da Saúde define a EPS como *“a aprendizagem no trabalho (...) baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde”* (Brasil, 2014, p.1).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (Brasil, 2004b, p.10).

A proposta da educação permanente parte de um desafio central: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (Brasil, 2005, p.14).

Ceccim (2005) acrescenta que o conceito de EPS é bem amplo: pode corresponder à Educação em Serviço quando esta coloca os instrumentos de ensino em prol da formação técnica em projetos que visem a mudanças institucionais ou da orientação política das ações prestadas, em dado tempo e lugar; mas pode se limitar à EC quando relacionada à construção de conhecimento para quadros institucionais e ao investimento em carreiras por serviço, em tempo e lugar específicos. Pode ainda se associar à Educação Formal de Profissionais, quando propensa a considerar as múltiplas realidades vivenciadas pelos profissionais, em parceria de projetos integrados entre os campos do trabalho e do ensino.

No SUS, o princípio da integralidade garante ao usuário ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, permitindo o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A atenção está focada no indivíduo, na família e na coletividade e envolve o conceito ampliado de saúde, a humanização da atenção, o trabalho em equipe multidisciplinar e a EPS. No que se refere à formação de profissionais para garantir a integralidade e a qualidade da assistência à saúde, deve-se levar em conta todos estes aspectos, favorecendo o desenvolvimento de profissionais com competência e resolubilidade (Haddad *et al.*, 2008).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde recomenda considerar as necessidades regionais e buscar a superação das desigualdades. Fala em favor das necessidades de formação, do desenvolvimento no trabalho em saúde e da capacidade da oferta institucional para ações formais de ES já instaladas (Brasil, 2009).

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil, 2009, p. 20).

Segundo o Ministério da Saúde, para que uma estratégia de educação integrada possa ser definida como EPS, deve estar inserida no contexto das práticas na vida cotidiana das organizações; ser reflexiva e participativa, voltada à construção conjunta de estratégias que busquem soluções para os problemas evidenciados, já que eles não existem sem sujeitos ativos que os criam e modificam; ser inesgotável, na qual os vários momentos e modalidades específicas combinam-se em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo, e ser orientada para o desenvolvimento e a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais, o que pressupõe a transformação das práticas coletivas. Além disso, deve ser estratégica, de forma que atinja uma multiplicidade de sujeitos, como trabalhadores dos serviços, grupos comunitários e tomadores de decisões técnico-políticas no sistema de saúde (Brasil, 2009).

Tal estratégia de educação traz a problematização como eixo, associando ações distintas e específicas. Nesta perspectiva, a EPS no serviço transforma-se em uma ferramenta dinâmica na transformação institucional, facilitando a compreensão, a valorização e a apropriação do modelo de atenção indicados pelos novos programas, privilegiando a busca de alternativas contextualizadas e integradas para a atenção à saúde da população (Brasil, 2009).

O quadro 1 apresenta a sistemática adotada pela EPS que *“vai da prática à informação, da informação à aquisição de competências e capacidades, da aquisição à programação de soluções práticas”*. Essa sequência é essencial, já que o acesso a informações e conhecimentos tem pouco significado na ausência de identificação e reflexão prévia dos problemas da prática (Brasil, 2009, p. 55).

Quadro 1 – Estratégia para Educação Permanente nos Serviços de Saúde

PROBLEMATIZAR AS PRÁTICAS	Identificar problemas	Ação-Reflexão; Investigação-Ação	Estudo de Casos; Trabalho de Campo; Sistematização de dados locais; Construção e priorização de problemas
	Ampliar o conhecimento	Acesso Bibliográfico; Acesso a Dados; Acesso a Educação virtual; Acesso a Outras Experiências	Seminário de estudos; Estágio <i>in loco</i> ; Grupos de Discussão; Teleconferências e Redes Interativas
	Desenvolver competências específicas e da equipe	Aquisição de competências e capacidades específicas	Supervisão capacitante; Treinamentos focalizados específicos; Oficinas de elaboração de projetos de trabalho
	Buscar soluções; colocá-las em prática e avaliá-las	Coordenar condutas com outros; Trabalho em redes	Grupos Operativos de Qualidade; Oficinas de programação local; Avaliação de processos e resultados

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2009; [55]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.

Um plano trabalho de EPS deve conter: nome da ação educativa; justificativa, objetivo da ação, metodologia, resultados esperados; número e perfil dos participantes; titulação ou certificação a ser conferida (se for o caso); estratégias de avaliação da ação e aprendizado; carga horária, custos, financiamento, cronograma de execução financeira, material pedagógico necessário, dados da instituição parceira ou do instrutor; responsável pela ação de educação e, por fim, data, local e assinatura do responsável pela ação (Brasil, 2014).

Considerando as mudanças ocorridas no processo de trabalho das equipes da ESF no cuidado aos idosos, este estudo buscou avaliar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da ESF no atendimento às demências e elaborar uma proposta de EPS para a capacitação dessas equipes da AB. Decorre

de estudo prévio no qual foi realizada a adaptação transcultural de um instrumento espanhol, intitulado de *Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primaria* (Costa et al., 2015).

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da ESF no atendimento às demências.

3.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar a confiabilidade do instrumento *Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica*;
- Identificar o conhecimento e as atitudes de médicos e enfermeiros em relação a rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das demências;
- Identificar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros no atendimento às demências e
- Elaborar uma proposta de capacitação em demência para as equipes da ESF, no âmbito da AB.

Método

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo transversal e correlacional.

Nos estudos transversais, a coleta de dados é feita em determinado ponto ou em vários pontos de um período curto de tempo. Todos os fenômenos estudados são contemplados durante um período de coleta de dados (coleta-desfecho). Esse tipo de estudo mostra-se adequado para descrever o estado de fenômenos ou relações entre eles em um ponto fixo. Já nos modelos correlacionais, é possível verificar em que grau duas variáveis relacionam-se entre si (Polit, Beck, 2011).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A investigação foi desenvolvida em UBS da ESF pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde Oeste, Centro, Sudeste e Norte do município de SP que, em 2014, possuía uma população estimada de 11.895.893 habitantes em uma área de aproximadamente 1.521 km² de extensão. Por sua dimensão e complexidade, o Município foi subdividido do ponto de vista político-administrativo em 32 subprefeituras para viabilização da gestão e implantação das políticas públicas. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) é composta por seis Coordenadorias Regionais de Saúde e 26 Supervisões Técnicas de Saúde.

As Regiões Oeste, Centro, Sudeste e Norte foram escolhidas porque concentram o maior número de idosos (acima de 60 anos), com um total de 169.806, 70.048, 403.428 e 267.503 indivíduos respectivamente, ou seja, 16,6, 16,2, 15,2 e 12,1% do total de sua população (Martins, Mello, 2012).

As Coordenadorias subdividem-se em supervisões de saúde. A região Oeste é composta pelas supervisões Butantã e Lapa/Pinheiros, e a Centro, pela supervisão Sé. Ambas possuem 23 UBS, 8 equipes de NASF e 95 equipes da ESF. A região Sudeste é composta pelas supervisões Ipiranga, Vila Mariana/Jabaquara, Penha, Mooca/Aricanduva e Vila Prudente/Sapopemba. Possui 49 UBS, 15 equipes NASF e 205 equipes da ESF. Já a região Norte é composta pelas supervisões Casa Verde/Cachoeirinha, Freguesia do Ó/Brasilândia, Perus, Pirituba, Santana/Jaçanã e

Vila Maria/Vila Guilherme. Possui 45 UBS, 14 equipes de NASF e 208 equipes da ESF.

Figura 1 – Mapa de Coordenadorias de Saúde do município de São Paulo

Fonte: Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>. Acesso em: 26 set. 2017.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por médicos e enfermeiros que atuam nas UBS com ESF pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde Oeste, Centro, Sudeste e Norte do município de SP. Para o cálculo da amostra, foram levados em consideração dois critérios:

- 1) Avaliação da confiabilidade:** estimativas de precisão para proporção de concordância (Lwanga, Lemeshow, 1991) entre as respostas do teste-reteste. Imaginando que essa concordância em torno de 80%, para um intervalo de cerca de 10%, estimou-se uma amostra de 61 enfermeiros e 61 médicos. Considerando que do instante inicial poderia haver perda de cerca de 50% para o reteste, a amostra inicial foi ampliada para 122 enfermeiros e 122 médicos, para garantir 61 respondentes no reteste.

2) Conhecimento, atitudes e necessidades de qualificação dos profissionais:

inclusão de 100% dos profissionais médicos e enfermeiros da região que preencheram os critérios de inclusão no estudo, para garantir um diagnóstico mais preciso da investigação nas regiões estudadas. Partindo do princípio que todos os sujeitos preencheriam aos critérios de inclusão no estudo, inicialmente a amostra foi estimada em 508 médicos e 508 enfermeiros.

4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: (1) ser enfermeiro ou médico nas UBS incluídas na pesquisa e (2) atuar na ESF por um período igual ou superior a 12 meses.

4.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão na pesquisa foram: sujeitos que estivessem ausentes nas Unidades por um período igual ou superior a 15 dias no momento da coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS

Para a avaliação das necessidades de educacionais dos profissionais médicos e enfermeiros no atendimento às demências na ESF no âmbito da AB foi escolhida a versão brasileira do instrumento intitulado *Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica*, em suas versões para médicos e enfermeiros (Apêndices A e B) (Costa *et al.*, 2015).

A coleta de dados consistiu na realização do teste e do reteste, este efetuado no 14º dia após o teste. Foi realizada por meio da autoaplicação do instrumento pelos profissionais, no período de fevereiro a julho de 2018. Os questionários e uma cópia das autorizações para a realização da pesquisa foram entregues pessoalmente aos gerentes das UBS, junto com a explicação verbal dos objetivos do estudo, a forma de aplicação dos instrumentos (teste e reteste) e o tempo de resposta para os retestes (14 dias da primeira aplicação).

Foi ainda informada a necessidade da não interferência no momento de o profissional responder o instrumento, uma vez que é autoaplicável. Uma data não

superior a 60 dias foi agendada para buscá-los. A entrega dos instrumentos foi protocolada e uma via foi entregue aos gerentes, juntamente com os contatos da pesquisadora.

4.4.1 O instrumento

Para a avaliação das necessidades de educacionais dos profissionais médicos e enfermeiros no atendimento às demências na ESF no âmbito da AB foi escolhido o questionário intitulado *Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica*, nas versões para médicos e enfermeiros (ASDVAB-M e ASDVAB-E). A literatura menciona alguns instrumentos com essa finalidade (Marques, 2012; O'Connor, McFadden, 2010; Carpenter *et al.*, 2009), entretanto, a opção pelo uso do instrumento de origem espanhola deveu-se a sua abordagem mais completa e a oportunidade de abordar simultaneamente os profissionais médicos e enfermeiros, o que permite uma avaliação global do cuidado à pessoa com demência na ESF.

O ASDVAB trata-se da versão brasileira do instrumento de origem espanhola *Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primaria* (Costa *et al.*, 2015). Originalmente, fora utilizado em um estudo realizado em Catalunha, comunidade autônoma da Espanha, que teve como objetivo conhecer a percepção, as atitudes e as necessidades manifestadas por profissionais da APS em relação ao diagnóstico e ao acompanhamento dos pacientes com demência. Há anos a Catalunha defronta-se com o envelhecimento progressivo de sua população, realidade que passa a ser enfrentada pelo Brasil. Assim, a saúde pública catalã precisou se adaptar para dar respostas específicas às necessidades de saúde desse segmento populacional (Tuero *et al.*, 2011).

Com a finalidade de elaborar um protocolo de atuação em casos com suspeita clínica de comprometimento cognitivo, a Sociedade Catalã de Medicina Familiar e Comunitária realizou um inquérito para conhecer as necessidades de enfermeiros e médicos da APS no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com demência e suas famílias (Tuero *et al.*, 2011).

Ambas as versões do instrumento foram adaptadas para o contexto cultural brasileiro, com o intuito de contribuir para o aperfeiçoamento das práticas médica e de enfermagem no Brasil no que diz respeito ao acompanhamento às demências

(Costa *et al.*, 2015). Utilizou-se para isso o protocolo de normas internacionais de adaptação transcultural de instrumentos proposto por Beaton *et al.* (2000). Foram percorridas as etapas de tradução, síntese, retrotradução, revisão por um comitê de especialistas (juízes) e pré-teste. O instrumento foi considerado adaptado para o contexto cultural brasileiro.

Quanto às características, o instrumento contém questões referentes a: perfil profissional e necessidades educacionais dos profissionais em demência, processo diagnóstico das demências, informações fornecidas ao paciente e suas famílias, acompanhamento dos pacientes e cuidadores, funções principais da enfermeira na atenção aos pacientes com demência e suas famílias e relação dos médicos com o serviço especializado. Contém perguntas abertas e fechadas (múltipla escolha, ordem de classificação e dicotômicas).

Tal como no original, a versão para médicos contém 28 questões, incluindo um estudo de caso, e a versão para enfermeiros é composta por 16 questões. Não existem respostas incorretas: é solicitada a opinião dos profissionais em relação a procedimentos ligados à sua prática clínica habitual, com o intuito de conhecer como atuam no atendimento a essa fração da população. Ambas as versões são autoexplicáveis e autoaplicáveis.

No que se refere à adaptação cultural fundamentada no protocolo de Beaton *et al.* (2000), ressalta-se que o processo assegura apenas a validade de conteúdo, portanto devem ser realizados testes adicionais para a avaliação das propriedades psicométricas dos itens, como confiabilidade e outros tipos de validade, como forma de garantir a qualidade dos instrumentos (Alexandre, Colluci, 2011).

Os instrumentos originais (versão espanhola) foram submetidos apenas a avaliação de conteúdo, pois seus autores consideraram que não seriam necessários outros tipos de validação. Consulta a especialistas na área de validação de instrumentos no ano de 2015 confirmaram essa informação pautada na configuração do instrumento (ausência de testes ou programas capazes de avaliar sua validade), entretanto, reforçaram a necessidade de avaliar sua confiabilidade.

4.4.1.1 Avaliação da Confiabilidade

A avaliação da confiabilidade de um instrumento de medida é fundamental para avaliar sua qualidade. Refere-se à consistência com que o instrumento mede o atributo que se propõe a medir. Quanto menor a variação produzida em mensurações repetidas de um atributo, maior a confiabilidade. Consequentemente, um instrumento é considerado confiável se suas medidas refletirem constância em seus resultados (Oliveira, Walter, Bach, 2011; Martins, 2006).

A estimativa da confiabilidade possui como foco a suscetibilidade do instrumento a influências externas ao longo do tempo (Oliveira, Walter, Bach, 2011; Polit, Beck, 2011). Pode ser determinada por diversos tipos de técnicas e procedimentos, sendo mais conhecidas as técnicas de formas equivalentes, a das duas metades e a do teste-reteste (Pasquali, 2009; Martins, 2006).

A técnica das formas equivalentes consiste na aplicação de duas ou mais formas equivalentes de um instrumento de medida no intuito de avaliar a equivalência dos dados. Geralmente, duas versões são aplicadas em uma amostra representativa de um grupo de sujeitos dentro de um período consideravelmente curto. Nessa técnica, o instrumento é considerado confiável se o padrão de respostas variar pouco entre as aplicações, ou seja, se a correlação entre os resultados das aplicações apresentar-se fortemente positiva (Polit, Beck, 2011; Martins, 2006).

Já a técnica das duas metades ou das metades partidas objetiva avaliar a consistência interna de um instrumento de medida. Assim, o instrumento é aplicado em um único momento a uma amostra representativa e em seguida o conjunto de questões é dividido em duas metades equivalentes e o cálculo de correlação é feito entre ambas. A comparação é feita por meio do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre os escores totais de cada indivíduo, em ambas as metades. Para um instrumento confiável, as pontuações das duas metades devem estar fortemente relacionadas (Polit, Beck, 2011; Martins, 2006).

Por fim, a técnica de teste-reteste, utilizada neste estudo, consiste em avaliar a estabilidade dos itens de um instrumento de medida. Um único instrumento é aplicado para a mesma amostra em dois períodos distintos, com posterior

comparação dos escores obtidos. Desse modo, o pesquisador aplica o mesmo teste a uma amostra de pessoas em ocasiões diferentes e depois compara os resultados. A correlação entre as duas medidas deve ser igual a 1,00. Ponderando que o erro está sempre presente em qualquer medida, quanto mais distante de 1,00 for o resultado obtido, maior será o erro na utilização do teste, ou seja, menor o índice de confiabilidade. Os coeficientes de confiabilidade variam de 0,00 a 1,00 e quanto mais alto o valor, mais confiável ou estável é o instrumento (Polit, Beck, 2011; Martins, 2006).

Em relação ao intervalo das coletas, o ideal é de duas semanas, já que intervalos mais curtos ou longos podem ocasionar superavaliação ou subavaliação da estabilidade. Entretanto, os autores indicam que intervalos até 30 dias podem ser considerados (Polit, Beck, 2011; Martins, 2006).

Assim, neste estudo, para a avaliação da confiabilidade, os mesmos instrumentos foram novamente encaminhados pelos gerentes das UBS aos participantes para reteste no 14º dia.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e da SMS-SP (Anexo 1 e 2).

Para participação na pesquisa, o sujeito recebeu informações sobre o objetivo do estudo, os riscos e os benefícios, assim como o direito a indenização conforme as leis vigentes no País, caso se sentisse lesado em decorrência dessa participação.

Todos os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Deste modo, foram atendidas as exigências da Resolução 466/2012, que normatiza a pesquisa em seres humanos.

4.6 TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a elaboração e gerenciamento da base de dados, assim como a análise estatística, foram utilizados os programas *Microsoft Excel®* em sua versão de 2016 e o *Software R 3.5.1®*. Após o retorno dos questionários, seguiu-se com digitação única dos dados coletados em planilha *Excel®*, conferência de 100% dos

questionários lançados por uma segunda pessoa e transporte dos dados para o *Software R 3.5.1®*, para a análise estatística. As inconsistências encontradas foram corrigidas.

Os resultados do teste-reteste foram analisados pelos Coeficientes de Correlação Intraclassa – ICC (variáveis numéricas) e *Kappa de Cohen* (variáveis categóricas), que expressam o nível de concordância que existe entre dois eventos. Para a interpretação do grau de concordância de *Kappa*, foram utilizados os critérios propostos por Landis e Koch (1977): quase perfeita (0,81 a 1,00), forte (0,61 a 0,80), moderada (0,41 a 0,60), regular (0,21 a 0,40), discreta (0 a 0,20) e pobre (< 0).

Já para a concordância de ICC, foram adotados os critérios propostos por Fleiss e Cohen (1973): alta (1 a 0,75), moderada (0,4 a 0,74) e fraca (< 0,4). A ênfase deve recair sobre o valor numérico, já que tais escalas podem variar entre os autores (Menezes *et al.*, 2017).

Para identificar o conhecimento e as atitudes de médicos e enfermeiros em relação a rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das demências, as respostas foram analisadas por meio de estatística descritiva (número e porcentagem, média, desvio padrão, mediana, mínima e máxima) e intervalo de confiança.

Os itens comuns ao ASDVASB-M e ASDVASB-E foram comparados entre as duas categorias profissionais. Na comparação entre os dois grupos, utilizou-se os testes Exato de *Fisher* e Qui-Quadrado de *Pearson* para as variáveis categóricas e os testes *Wilcoxon-Mann-Whitney* e *Brunner-Munzel* para as variáveis numéricas.

O nível de significância adotado para este estudo foi de 5%, sendo os intervalos de confiança (IC) estabelecidos em 95%.

4.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – DEMÊNCIAS

Para identificar as necessidades educacionais das equipes de SF no atendimento às demências, na AB, os resultados das análises da aplicação do instrumento foram interpretados e as lacunas de conhecimento identificadas mediante o cotejamento das respostas com as diretrizes existentes e as publicações vigentes para o atendimento às demências.

Elaborou-se uma proposta de capacitação em demências para as equipes da ESF no âmbito da AB. Para tal, foram utilizados como base teórica a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2014, 2009, 2007), as diretrizes nacionais de atendimento às demências, tais como o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas – Demência para a DA, publicados por meio da Portaria nº 1.298 (Brasil, 2013), e os referenciais recentes sobre a temática. Além disso, foram consideradas as políticas vigentes no Brasil para a Saúde do Idoso.

Resultados

5 RESULTADOS

Preencheram os critérios de inclusão no estudo e participaram da pesquisa 469 profissionais, sendo 195 médicos e 274 enfermeiros, assim distribuídos no município de SP: 263 (56,1%) vinculados à a Coordenadoria de Regional de Saúde Norte, sendo 89 profissionais da Supervisão de Saúde da Perus/Pirituba, 84 da Freguesia/Brasilândia, 52 da Casa Verde/Cachoeirinha, 27 da Santana/Jaçanã e 11 da Vila Maria/Vila Guilherme; 148 (31,5%) da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, sendo 94 da Supervisão de Saúde Vila Prudente/Sapopemba, 37 da Sé, 9 da Penha e 8 da Mooca/Aricanduva; 37 (7,9%) da Coordenadoria de Regional de Saúde Centro e Supervisão de Saúde Sé e 21 (4,5%) da Coordenadoria de Regional de Saúde Oeste e Supervisão Lapa/Pinheiros.

Dos 469 participantes, todos responderam a etapa de teste; destes, apenas 219 aceitaram a participar também da etapa de reteste. A Coordenadoria com maior representatividade na pesquisa foi a Norte, com a participação de 50,0% dos médicos e 76,4% dos enfermeiros (Tabela 1).

Tabela 1 – Representatividade da participação dos profissionais na pesquisa por Coordenadoria de Saúde (n=469). São Paulo, SP, 2018

Região	Número de equipes ESF	Médico		Enfermeiro	
		n	%	n	%
Oeste e Centro	95	22	23,2	36	37,9
Sudeste	205	69	33,7	79	38,5
Norte	208	104	50,0	159	76,4

5.1 CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO

Na etapa do reteste para a avaliação da confiabilidade do instrumento participaram 219 profissionais, sendo 87 médicos e 132 enfermeiros, ou seja, 44,6% e 48,2% do total de participantes de cada categoria.

Nas análises da concordância teste-reteste, os itens comuns aos dois questionários foram avaliados conjuntamente (n=219). Ambos os instrumentos possuem perguntas com possibilidade de seleção de vários itens de resposta e classificação, de tal forma que as análises de confiabilidade foram feitas item a item, totalizando 150 itens avaliados.

Do total de itens avaliados, 129 (86,0%) apresentaram estabilidade forte (69; 46,0%) e quase perfeita/alta (60; 40,0%). Dentre os demais, 20 (13,3%) apresentaram estabilidade moderada e 1 (0,7%), regular. Tais índices podem ser observados nas Tabelas de 2 a 6, considerando o tipo de variável (numérica ou categórica) e a categoria profissional.

Tabela 2 – Confiabilidade dos itens comuns ao ASDVAB-M e ASDVAB-E - variáveis numéricas (n=219). São Paulo, SP, 2018

Itens	ICC	IC 95% (ICC)
1.(M*;E#) <i>Em que ano você nasceu?</i>	1,00	1,00–1,00
4.(M*;E#) <i>Quanto tempo de experiência de trabalho você tem na Atenção Básica?</i>	1,00	1,00–1,00
5.(M*;E#) <i>Há quanto tempo você trabalha nesta unidade da Atenção Básica?</i>	0,99	0,99–1,00

*Instrumento direcionado ao Médico, #Instrumento direcionado ao Enfermeiro

Tabela 3 – Confiabilidade dos itens do instrumento ASDVAB-M - variáveis numéricas (n=87). São Paulo, SP, 2018

Itens	ICC	IC 95% (ICC)
27. <i>Dê pontuação ao seu nível de satisfação (de 1 a 10) referente aos serviços médicos especializados em relação aos casos de demência que encaminhou (1 significa a mínima satisfação possível e 10 a máxima satisfação possível)</i>		
1 Tempo de espera desde a solicitação de visita até a visita ao paciente	0,81	0,72–0,88
2 Devolução de informações ao serviço de Atenção Básica	0,79	0,68–0,86
3 Capacidade de solucionar	0,83	0,74–0,89
4 Acompanhamento do paciente	0,82	0,73–0,88
5 Acessibilidade do serviço em situações de emergência	0,83	0,75–0,89
6 Não encaminhei nenhum caso de demência aos serviços especializados	1,00	1,00–1,00

Tabela 4 – Confiabilidade dos itens comuns ao ASDVAB-M e ASDVAB-E - variáveis categóricas (n=219). São Paulo, SP, 2018

Itens	Kappa	IC 95% (Kappa)
2.(M*;E#) <i>Onde você realizou o curso de Graduação em Medicina?</i>	1,00	1,00–1,00
3.(M*;E#) <i>Sexo?</i>	1,00	1,00–1,00
6.(M*;E#) <i>Você considera necessário realizar atividades de capacitação específica em demência?</i>	1,00	1,00–1,00
8.(M*;E#) <i>Qual é o percentual aproximado de pessoas com 60 anos ou mais entre os seus pacientes?</i>	0,72	0,66–0,79

11.(M*);10.(E#)	Qual é o número aproximado de consultas que você realiza por mês para pacientes com demência?	0,75	0,66–0,83
16.(M*);12.(E#)	Com base na lista a seguir, de testes para avaliar a função cognitiva e a capacidade funcional, quais você utiliza habitualmente em sua prática clínica? (selecione e ordene somente aqueles que você utiliza, da maior para a menor utilização)		
16.1; 12.1	<i>Capacidade Cognitiva</i>		
1	Miniexame do estado mental (MEEM)	0,77	0,50–1,00
2	Avaliação cognitiva-funcional global (CDR)	0,94	0,84–1,00
3	Teste de fluência verbal categoria animal e/ou frutas	0,83	0,67–0,99
4	Montreal Cognitive Assessment (MOCA)	0,78	0,39–1,00
5	Lista de palavras do Consortium Establish of Alzheimer Disease (CERAD)	0,64	0,05–1,00
6	Teste de nomeação de Boston	1,00	1,00–1,00
7	Teste do desenho do relógio	0,71	0,54–0,87
8	Questionário de avaliação do comprometimento cognitivo do idoso por informante (IQCODE)	0,71	0,40–1,00
9	Inventário Neuropsiquiátrico	1,00	1,00–1,00
10	Escala isquêmica de Hachinski	0,33	0,03–0,64
11	Outros (especifique):	1,00	1,00–1,00
12	Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a função cognitiva	0,92	0,85–0,98
16.2; 12.2	<i>Capacidade Funcional</i>		
1	Teste de Pfeffer	1,00	1,00–1,00
2	Índice de Katz	0,88	0,71–1,00
3	Teste de Lawton	0,95	0,88–1,00
4	Índice de Barthel	0,83	0,53–1,00
5	Outros (especifique):	1,00	1,00–1,00
6	Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a capacidade funcional	0,95	0,92–0,99
20.(M*);13.(E#)	Em sua programação diária, você habitualmente programa visitas domiciliares para tratamento e acompanhamento de pacientes com demência?	0,77	0,66–0,87
22.(M*);15.(E#)	Com qual frequência você costuma planejar acompanhamento específico para o cuidador do paciente com demência?	0,67	0,59–0,75

*Instrumento direcionado ao Médico, #Instrumento direcionado ao Enfermeiro

Tabela 5 – Confiabilidade dos itens do instrumento ASDVAB-M - variáveis categóricas (n=87). São Paulo, SP, 2018

	Itens	Kappa	IC 95% (Kappa)
7.	<i>Você tem participado de atividades de capacitação específica sobre o diagnóstico e o tratamento da demência?</i>	0,92	0,85–1,00
9.	<i>Com que frequência você faz diagnóstico de demência?</i>	0,69	0,56–0,82
10.	<i>Nos últimos 12 meses, aproximadamente, quantos casos de demência você detectou?</i>	0,82	0,71–0,93
12.	<i>Em qual fase da demência você diagnostica mais frequentemente seus pacientes?</i>	0,74	0,62–0,87
13.	<i>Quais são as dificuldades que você encontra para identificar um caso de demência? (selecione e ordene somente aquelas que são uma dificuldade para você, da maior para a menor dificuldade)</i>		
1	Diferenciar os sinais e sintomas de demência do envelhecimento normal	0,71	0,53–0,89
2	Diferenciar os sinais e sintomas da demência da depressão geriátrica	0,80	0,66–0,95
3	Pouca confiabilidade dos testes de memória	0,51	0,17–0,86
4	Pouca utilidade dos exames complementares (neuroimagem e/ou laboratoriais)	0,84	0,67–1,00
5	Outras (especifique):	1,00	1,00–1,00
6	Não tenho dificuldades para identificar um caso de demência	0,84	0,66–1,00
14.	<i>Quais os sinais e sintomas que levam você a suspeitar de um diagnóstico de demência? (selecione e ordene somente aqueles que você utiliza, da maior para a menor importância)</i>		
1	Sintomas psicológicos e comportamentais das demências (depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade etc.)	0,66	0,53–0,80
2	Comprometimento cognitivo com alterações de memória	0,72	0,59–0,86
3	Comprometimento cognitivo sem alterações de memória	0,69	0,51–0,88
4	Comprometimento da capacidade de executar atividades da vida diária (AVDs)	0,64	0,49–0,78
5	Outros (especifique):	1,00	1,00–1,00
15.	<i>Quais são os aspectos que dificultam você no momento de realizar um diagnóstico de demência? (selecione e ordene somente aqueles que dificultam você, da maior para a menor importância)</i>		
1	Pouca confiança sobre o diagnóstico (dúvidas quanto ao paciente realmente ter uma demência)	0,68	0,46–0,90
2	Pensar que o diagnóstico deve ser feito pelo serviço especializado	0,44	0,10–0,77
3	Pouca utilidade do diagnóstico (não traz benefício nenhum para o paciente)	1,00	1,00–1,00
4	Efeito negativo do diagnóstico sobre o paciente	0,72	0,29–1,00
5	Efeito negativo do diagnóstico no ambiente familiar e social do paciente	1,00	1,00–1,00

6	Dificuldades em dar más notícias	1,00	1,00–1,00
7	Falta de tempo para realizar o processo de diagnóstico (aplicar testes, análises etc.)	0,45	0,23–0,67
8	Outros (especifique):	1,00	1,00–1,00
9	Nenhum aspecto me dificulta, tento diagnosticar todos os casos detectados	0,95	0,85–1,00
17.	<i>Quais exames complementares você solicita habitualmente para realizar o diagnóstico do subtipo de demência? (Ex.: Alzheimer, demência vascular etc.) (resposta múltipla, selecione todos os testes solicitados em sua prática clínica)</i>		
1	Hemograma	0,81	0,68–0,93
2	Bioquímica com glicemia	0,81	0,69–0,94
3	Enzimas hepáticas	0,75	0,61–0,89
4	Coagulograma	0,64	0,41–0,87
5	Hormônio estimulante da tireoide (TSH)	0,79	0,65–0,92
6	Vitamina B12	0,79	0,66–0,92
7	Ácido fólico	0,71	0,56–0,86
8	Sorologia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV)	0,86	0,76–0,97
9	Sorologia para sífilis	0,79	0,66–0,92
10	Função renal	0,75	0,61–0,89
11	Cálcio	0,82	0,70–0,95
12	Fósforo	0,81	0,66–0,96
13	Eletrocardiograma	0,78	0,64–0,93
14	Eletroencefalograma	0,58	0,20–0,95
15	Tomografia computadorizada do crânio	0,75	0,61–0,90
16	Ressonância magnética do crânio	0,58	0,35–0,81
17	Tomografia por emissão única de fótons (SPECT)	1,00	1,00–1,00
18	Tomografia por emissão de pósitrons (PET)	1,00	1,00–1,00
19	Espectroscopia por ressonância magnética do crânio	0,95	0,84–0,99
20	Punção lombar	1,00	1,00–1,00
21	Punção lombar com dosagem das proteínas características da doença de Alzheimer	1,00	1,00–1,00
22	Outros (especifique):	0,80	0,41–1,00
23	Não faço o diagnóstico do subtipo de demência, encaminho para um especialista	0,88	0,76–0,99
18.	<i>Com qual frequência você informa o diagnóstico de demência?</i>		
1	Ao paciente	0,64	0,52–0,77
2	Aos familiares	0,67	0,55–0,80
19.	<i>Quais são os fatores que mais têm influência para você não informar ao paciente que ele sofre de uma demência? (selecione e ordene somente aqueles que influenciam você, da maior para a menor influência)</i>		
1	Estar em um estágio avançado da doença	0,69	0,45–0,93
2	Ter mais de 80 anos	1,00	1,00–1,00
3	Não ter capacidade suficiente para compreender a informação sobre o diagnóstico	0,50	0,26–0,73
4	Possibilidade de o diagnóstico provocar efeitos negativos sobre o humor do paciente	0,75	0,47–1,00
5	Possibilidade de o diagnóstico provocar efeitos negativos sobre a vida diária do paciente	0,67	0,37–0,98

6	A família não querer que o paciente conheça o diagnóstico	0,70	0,39–1,00
7	A impossibilidade de realizar um tratamento farmacológico específico	0,78	0,41–1,00
8	Não existe nenhum fator que me influencie, sempre informo ao paciente e à família sobre o diagnóstico de demência	0,81	0,68–0,95
21.	Você encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave?	0,62	0,37–0,88
21.1	<i>Por quais motivos? (resposta múltipla, selecione todos os motivos que você considerar)</i>		
1	O tratamento farmacológico é complexo	0,86	0,76–0,97
2	Exigem muitas visitas domiciliares	0,73	0,58–0,89
3	Não há suporte de atendimento especializado	0,69	0,54–0,85
4	Suas demandas não são solucionáveis na Atenção Básica	0,70	0,54–0,86
5	Outros (especifique):	0,85	0,65–1,00
23.	<i>Em sua opinião, quais são as principais dificuldades para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com demência na Atenção Básica? (selecione e ordene somente aquelas que você considerar como dificuldade, da maior para a menor importância)</i>		
1	O tratamento com fármacos específicos (anticolinesterásicos e/ou memantina)	0,57	0,37–0,77
2	O tratamento farmacológico com antidepressivos	0,68	0,38–0,99
3	O tratamento farmacológico com antipsicóticos (típicos ou atípicos)	0,54	0,30–0,79
4	O tratamento farmacológico com sedativos, benzodiazepínicos e hipnóticos	0,60	0,34–0,86
5	O tratamento farmacológico da rigidez, do tremor e de outros distúrbios neurológicos	0,65	0,46–0,85
6	As necessidades de apoio do cuidador e/ou da família	0,77	0,60–0,93
7	O acompanhamento e o tratamento do paciente com demência requer uma grande quantidade de tempo, não disponível na Atenção Básica	0,72	0,55–0,90
8	Não encontro dificuldade nenhuma em realizar o acompanhamento e o tratamento dos pacientes com demência	1,00	1,00–1,00
24.	<i>Quando você planeja o encaminhamento de pacientes para diagnóstico e/ou controle, quais serviços médicos especializados existem na sua área de referência? (resposta múltipla, selecione todas as respostas aplicáveis)</i>		
1	Ambulatório Médico de Especialidades (AME)	0,72	0,57–0,86
2	Centro de Referência do Idoso	0,74	0,59–0,89
3	Ambulatório de Especialidades em Demências	0,78	0,55–1,00
4	Serviço de neurologia hospitalar	0,78	0,54–1,00
5	Neurologista de referência	0,69	0,52–0,85
6	Outros (especifique):	0,66	0,29–1,00
25.	<i>Em porcentagem, quantos pacientes com demência você encaminha aos serviços especializados para confirmar o diagnóstico?</i>	0,70	0,58–0,81
26.	<i>Em porcentagem, quantos pacientes com demência</i>	0,72	0,61–0,83

you encaminhando aos serviços especializados para controle de distúrbios comportamentais?

28. Caso clínico

1	Vitaminas	0,70	0,56–0,80
2	Tratamentos naturais/ervas	0,77	0,66–0,85
3	Remédios anticolinesterásicos	0,90	0,84–0,93
4	Memantina	0,86	0,78–0,91
5	Antidepressivos tricíclicos	0,71	0,58–0,81
6	Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)	0,77	0,66–0,85
7	Antipsicóticos típicos	0,62	0,45–0,74
8	Antipsicóticos atípicos	0,65	0,49–0,76
9	Exercícios de memória (gerais)	0,90	0,84–0,93
10	Estimulação cognitiva (específica)	0,86	0,79–0,91
11	Musicoterapia, aromaterapia	0,84	0,76–0,90
12	Assistência em um centro dia para idosos	0,53	0,36–0,67
13	Ingresso em uma instituição de longa permanência	0,73	0,61–0,82
14	Encaminhamento a um especialista	0,78	0,68–0,86
15	Visita de um(a) assistente social	0,80	0,71–0,87
16	Associação de familiares de pacientes com Alzheimer	0,74	0,62–0,83

Tabela 6 – Confiabilidade dos itens do instrumento ASDVAB-E - variáveis categóricas (n=132). São Paulo, SP, 2018

Itens		Kappa	IC 95% (Kappa)
7.	<i>Você tem participado de atividades de capacitação específica sobre demência?</i>	0,86	0,78–0,93
9.	<i>Nos últimos 12 meses, aproximadamente, quantos novos casos de demência você atendeu durante a consulta de enfermagem?</i>	0,75	0,64–0,86
11.	<i>Quais são os sinais e os sintomas que você utiliza como base para suspeitar de uma possível demência e encaminhar o paciente para o médico? (selecione e ordene somente aqueles que você utiliza, da maior para a menor importância)</i>		
1	Sintomas psicológicos e comportamentais das demências (depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade etc.)	0,56	0,43–0,69
2	Comprometimento cognitivo com alterações de memória	0,54	0,41–0,66
3	Comprometimento cognitivo sem alterações de memória	0,79	0,66–0,92
4	Comprometimento da capacidade de executar atividades da vida diária (AVDs)	0,54	0,41–0,67
5	Outros (especifique):	1,00	1,00–1,00
14.	<i>Você encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave?</i>	0,91	0,83–1,00
14.1	<i>Por quais motivos? (resposta múltipla, selecione todos os motivos que você considerar)</i>		
1	Por serem pacientes difíceis	0,73	0,61–0,86
2	Exigem muitas visitas domiciliares	0,75	0,60–0,89

3	Não há suporte de atendimento especializado	0,71	0,58–0,83
4	Suas demandas não são solucionáveis na Atenção Básica	0,80	0,69–0,91
5	Outros (especifique):	0,84	0,72–0,95
16.	<i>Em sua opinião, quais são as funções que a equipe de enfermagem deve desenvolver para acompanhamento de pacientes com demência na Atenção Básica? (selecione e ordene todas as que você considerar, da maior para a menor importância)</i>		
1	Avaliação periódica do comprometimento cognitivo	0,50	0,40–0,61
2	Avaliação periódica do comprometimento funcional	0,51	0,40–0,61
3	Controle da(s) comorbidade(s) apresentada(s) pelo(a) paciente	0,58	0,48–0,68
4	Controle da prescrição farmacológica e acompanhamento terapêutico	0,53	0,42–0,63
5	Avaliação de riscos no domicílio	0,55	0,45–0,65
6	Realização de atividades de estimulação cognitiva	0,52	0,41–0,63
7	Apoio às necessidades do cuidador e/ou da família	0,53	0,43–0,62
8	Outras (especifique):	1,00	1,00–1,00

Os itens classificados como estabilidade moderada e regular foram:

- **Moderada**

- ✓ 13.3(M) *pouca confiabilidade dos testes de memória* (0,51);
- ✓ 15.2/7(M) *pensar que o diagnóstico deve ser feito pelo serviço especializado* (0,44) e *falta de tempo para realizar o processo de diagnóstico (aplicar testes, análises etc.)* (0,45);
- ✓ 17.14/16(M) *eletroencefalograma e ressonância magnética de crânio* (ambos com 0,58);
- ✓ 19.3(M) *não ter capacidade suficiente para compreender a informação sobre o diagnóstico* (0,50);
- ✓ 23.1/3/4(M) *o tratamento com fármacos específicos (anticolinesterásicos e/ou memantina)* (0,57), *o tratamento farmacológico com antipsicóticos (típicos ou atípicos)* (0,54) e *o tratamento farmacológico com sedativos, benzodiazepínicos e hipnóticos* (0,60);
- ✓ 28.12(M) *assistência em um centro dia para idosos* (0,53);
- ✓ 11.1/2/4(E) *sintomas psicológicos e comportamentais das demências (depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade etc.)* (0,56), *comprometimento cognitivo com alterações de memória* (0,54) e *comprometimento da capacidade de executar as AVDs* (0,54);
- ✓ 16.1/2/3/4/5/6/7(E) *avaliação periódica do comprometimento cognitivo* (0,50), *avaliação periódica do comprometimento funcional* (0,51), *controle da(s)*

comorbidade(s) apresentada(s) pelo(a) paciente (0,58), controle da prescrição farmacológica e acompanhamento terapêutico (0,53), avaliação de riscos no domicílio (0,55), realização de atividades de estimulação cognitiva (0,52) e apoio às necessidades do cuidador e/ou da família (0,53).

- **Regular**

- ✓ 16.1.10(M) *escala isquêmica de Hachinski (0,33).*

5.2 CONHECIMENTO, ATITUDES E NECESSIDADES DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

5.2.1 Perfil dos profissionais

Do total de participantes na etapa de análise do conhecimento, das atitudes e das necessidades de qualificação dos profissionais da AB, 195 eram médicos e 274 enfermeiros, o que representa 38,4% e 53,9% da população estudada (508 médicos e 508 enfermeiros).

Dentre os médicos, as idades variaram de 25 e 68 anos, com média de 43,9 e mediana de 34,0 e, entre os enfermeiros, de 26 a 65 anos, com média de 39,2 e mediana de 37,5 anos. Em ambas as categorias profissionais predominou o sexo feminino (60,0% médicas e 90,1% enfermeiras) e, na comparação com as médicas, houve predomínio de enfermeiras ($p < 0.001$).

Quanto ao país de formação, 14,9% dos médicos graduaram-se na Bolívia, 10,3% em Cuba, 1,5% na Argentina, Paraguai e Peru, respectivamente, 1,0% na Venezuela, 0,5% na Rússia e os demais, no Brasil (68,7). Todos os 274 dos enfermeiros graduaram-se no Brasil ($p < 0.001$).

O tempo de experiência de trabalho na AB e na UBS pesquisada foi maior entre os enfermeiros ($p < 0.001$). O tempo médio de experiência de trabalho na AB foi de sete anos para os médicos e 10 anos para os enfermeiros (min/max: 1–40; 1–35; $dp=7, 5$; IC 95%: 4,5–6,5, 9,0–10,0). A mediana foi de quatro e nove anos, respectivamente. Já o tempo médio de atuação na UBS foi de quatro anos para médicos e cinco anos para enfermeiros (min/max: 0,8–22; 0,8–20; $dp=4, 4$; IC 95%: 2,0–3,0, 4,5–5,5). A mediana foi de dois e quatro anos, respectivamente.

Quanto ao percentual de idosos presentes em suas áreas de abrangência, 48,7% dos médicos e 52,2% dos enfermeiros mencionaram entre 10,0 e 24,0% de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos em seu território. Quanto aos demais profissionais, 39,5% dos médicos e 34,3% dos enfermeiros, indicaram haver um contingente de 25% ou mais de idosos, e 11,8% dos médicos e 13,1% dos enfermeiros, um contingente inferior a 10%.

Todas as informações referentes ao perfil dos profissionais encontram-se reunidas na Tabela 7, distribuídas em frequência absoluta e relativa.

Tabela 7 – Perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (n=469). São Paulo, SP, 2018

Perfil dos profissionais	Médico		Enfermeiro	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	117	60,0	247	90,1
Masculino	78	40,0	27	9,9
País de formação				
Brasil	134	68,7	274	100,0
Bolívia	29	14,9	-	-
Cuba	20	10,3	-	-
Argentina	3	1,5	-	-
Paraguay	3	1,5	-	-
Peru	3	1,5	-	-
Venezuela	2	1,0	-	-
Rússia	1	0,5	-	-
Tempo de experiência na Atenção Básica				
Entre 1 e 10 anos	154	79,0	175	63,9
Entre 11 e 20 anos	34	17,4	96	35,0
Entre 21 e 30 anos	4	2,1	2	0,7
Entre 31 a 40 anos	3	1,5	1	0,4
Tempo de experiência na Unidade				
Entre 0,8 e 5 anos	154	79,0	158	57,7
Entre 6 e 11 anos	25	12,8	98	35,8
Entre 12 e 17 anos	15	7,7	16	5,8
Entre 18 anos ou mais	1	0,5	2	0,7
Percentual de idosos na área de abrangência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família				
Inferior a 10%	23	11,8	36	13,1
Entre 10 a 24%	95	48,7	143	52,2
25% ou mais	77	39,5	94	34,3

5.2.2 Processo de rastreamento e diagnóstico das demências

No processo de rastreamento e diagnóstico das demências, 64,1% dos médicos referiram realizar diagnóstico da doença de forma rotineira e 56,9% realizar o diagnóstico da doença já na fase moderada (IC 95%: 49,9–63,7). Com relação ao número casos novos atendidos e diagnosticados, houve predomínio de cinco a nove pacientes nos últimos 12 meses (59,5% dos médicos e 63,1% dos enfermeiros). Trinta e dois (16,4%) médicos informaram não realizar o diagnóstico de demência, preferindo encaminhar o paciente ao especialista (IC 95%: 11,9–22,2) (Tabela 8).

Quanto os sinais e sintomas mais levados em conta pelos profissionais para um possível diagnóstico de demência, 52,3% dos médicos referiram como prioridades o comprometimento cognitivo com alterações de memória e 34,4%, os sintomas psicológicos e comportamentais das demências (depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade etc.). Os enfermeiros mencionaram as mesmas prioridades, porém em ordem inversa, com 44,9% e 50,0%, respectivamente (Tabela 8).

Houve predomínio do uso de instrumentos para a avaliação da capacidade cognitiva pelos médicos (médicos: 159, 81,5%; enfermeiros: 201, 73,4%; $p=0,039$), especificamente o uso do MEEM ($p=0,002$) e do teste do relógio ($p=0,047$). Contudo, observou-se preponderância do uso de instrumentos para avaliação da capacidade funcional por enfermeiros (médicos: 71; 37% e enfermeiros 159; 58,0%; $p<0,001$). Quatro (2,0%) médicos e 25 (9,1%) enfermeiros citaram o uso da ferramenta AMPI-AB no campo da avaliação cognitiva ou funcional (Tabela 8).

Com relação às dificuldades enfrentadas no diagnóstico das demências, 174 (89,2%) médicos revelaram dificuldades para identificar casos da doença. As dificuldades mais citadas foram: diferenciar os sinais e sintomas da demência da depressão geriátrica (40,0%) e do envelhecimento normal (34,9%). Além disso, 175 (89,0%) fizeram referência a aspectos dificultadores no momento de realizar o diagnóstico, dentre os quais destacaram a falta de tempo para aplicar testes, realizar análises etc. (56,4%) e a pouca confiança ao emitir o diagnóstico por dúvidas quanto ao fato do paciente realmente ser portador de demência (19,0%) (Tabela 8).

Dentre os exames complementares mais solicitados pelos médicos para realizar o diagnóstico do subtipo de demência foram mencionados o hemograma (57,9%; IC 95%: 50,9–64,7), o hormônio estimulante da tireoide – TSH (57,4%; IC 95%: 50,4–64,2), a vitamina B12 (55,9%; IC 95%: 48,9–62,7), o exame bioquímico com glicemia (55,4%; IC 95%: 48,4–62,2), a sorologia para sífilis (54,9%; IC 95%: 47,9–61,7) e a tomografia computadorizada do crânio (43,1%; IC 95%: 36,3–50,1). Quarenta e cinco médicos (23,1%) informaram não utilizar exames complementares para diagnosticar o subtipo da doença, preferindo encaminhar ao especialista (IC 95%: 17,7–29,5) (Tabela 8).

Tabela 8 – Processo de rastreamento e diagnóstico das demências pelas equipes de Saúde da Família (n=469). São Paulo, SP, 2018

Rastreamento e diagnóstico das demências	Médico		Enfermeiro	
	n	%	n	%
<i>Frequência do diagnóstico das demências</i>				
Raramente	62	31,8	NA*	NA*
Às vezes	102	52,3	NA*	NA*
Frequentemente	23	11,8	NA*	NA*
<i>Fase do diagnóstico das demências</i>				
Leve	45	23,1	NA*	NA*
Moderada	111	56,9	NA*	NA*
Grave	7	3,6	NA*	NA*
<i>Casos novos de demência atendidos e detectados nos últimos 12 meses</i>				
Entre 1 e 4	16	8,2	24	8,8
Entre 5 e 9	116	59,5	173	63,1
Entre 10 e 14	46	23,6	41	15,0
Entre 15 e 20	10	5,1	23	8,4
20 ou mais	4	2,1	9	3,3
<i>Sinais e sintomas que levam a suspeita de demência</i>				
Comprometimento cognitivo com alterações de memória	102	52,3	123	44,9
Sintomas psicológicos e comportamentais das demências (depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade etc.)	67	34,4	137	50,0
Comprometimento da capacidade de executar atividades da vida diária (AVDs)	41	21,0	85	31,0
Comprometimento cognitivo sem alterações de memória	11	5,6	26	9,5
<i>Testes de avaliação cognitiva e funcional utilizados na prática clínica</i>				
<i>Capacidade Cognitiva</i>				
Miniexame do estado mental (MEEM)	132	67,7	182	66,4
Teste de fluência verbal categoria animal e/ou frutas	14	7,2	9	3,3
Avaliação cognitiva-funcional global (CDR)	13	6,7	16	5,8
Teste do desenho do relógio	13	6,7	14	5,1

Montreal Cognitive Assessment (MOCA)	5	2,6	3	1,1
Questionário de avaliação do comprometimento cognitivo do idoso por informante (IQCODE)	4	2,1	8	2,9
Lista de palavras do Consortium Establish of Alzheimer Disease (CERAD)	2	1,0	1	0,4
Inventário Neuropsiquiátrico	2	1,0	-	-
Outros (especifique): Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – Atenção Básica (AMPI-AB)	2	1,0	10	3,6
Teste de nomeação de Boston	1	0,5	4	1,5
Escala isquêmica de Hachinski	-	-	2	0,7
<i>Capacidade Funcional</i>				
Índice de Katz	43	22,1	124	45,3
Teste de Pfeffer	17	8,7	13	4,7
Teste de Lawton	12	6,2	51	18,6
Índice de Barthel	2	1,0	8	2,9
Outros (especifique): Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – Atenção Básica (AMPI-AB)	2	1,0	15	5,5
<i>Dificuldades para identificar um caso de demência</i>				
Diferenciar os sinais e sintomas da demência da depressão geriátrica	78	40,0	NA*	NA*
Diferenciar os sinais e sintomas de demência do envelhecimento normal	68	34,9	NA*	NA*
Pouca utilidade dos exames complementares (neuroimagem e/ou laboratoriais)	20	10,3	NA*	NA*
Pouca confiabilidade dos testes de memória	16	8,2	NA*	NA*
<i>Aspectos que dificultam para identificar um caso de demência</i>				
Falta de tempo para realizar o processo de diagnóstico (aplicar testes, análises etc.)	110	56,4	NA*	NA*
Pouca confiança sobre o diagnóstico (dúvidas quanto ao paciente realmente ter uma demência)	37	19,0	NA*	NA*
Pensar que o diagnóstico deve ser feito pelo serviço especializado	25	12,8	NA*	NA*
Pouca utilidade do diagnóstico (não traz benefício nenhum para o paciente)	5	2,6	NA*	NA*
Efeito negativo do diagnóstico sobre o paciente	5	2,6	NA*	NA*
Efeito negativo do diagnóstico no ambiente familiar e social do paciente	5	2,6	NA*	NA*
Dificuldades em dar más notícias	5	2,6	NA*	NA*
<i>Exames complementares para o diagnóstico do subtipo de demência</i>				
Hemograma	113	57,9	NA*	NA*
Hormônio estimulante da tireoide (TSH)	112	57,4	NA*	NA*
Vitamina B12	109	55,9	NA*	NA*
Bioquímica com glicemia	108	55,4	NA*	NA*
Sorologia para sífilis	107	54,9	NA*	NA*
Função renal	95	48,7	NA*	NA*
Enzimas hepáticas	94	48,2	NA*	NA*
Sorologia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV)	89	45,6	NA*	NA*
Tomografia computadorizada do crânio	84	43,1	NA*	NA*

Ácido fólico	68	34,7	NA*	NA*
Cálcio	61	31,3	NA*	NA*
Eletrocardiograma	56	28,7	NA*	NA*
Fósforo	47	24,1	NA*	NA*
Ressonância magnética do crânio (RMC)	32	16,4	NA*	NA*
Coagulograma	26	13,3	NA*	NA*
Eletroencefalograma	16	8,2	NA*	NA*
Tomografia por emissão única de fótons (SPECT)	3	1,5	NA*	NA*
Tomografia por emissão de pósitrons (PET)	2	1,0	NA*	NA*
Espectroscopia por ressonância magnética do crânio	2	1,0	NA*	NA*
Punção lombar com dosagem das proteínas características da doença de Alzheimer	2	1,0	NA*	NA*
Punção lombar	1	0,5	NA*	NA*
Outros (especifique): diagnóstico pela clínica	1	0,5	NA*	NA*
Outros (especifique): urina I	1	0,5	NA*	NA*
Outros (especifique): urina I e urocultura	1	0,5	NA*	NA*

*Não aplicável

5.2.3 Informação diagnóstica ao paciente e suas famílias

No que concerne à informação do diagnóstico de demência às famílias e aos pacientes, foram observadas diferenças entre a informação do diagnóstico de demência ao paciente e às famílias. A maioria dos médicos assinalou informar raramente ou às vezes aos pacientes (62,0%), e às vezes e frequentemente, às famílias (69,0%). Do total, 138 (70,8%) fizeram referência a fatores intervenientes no momento de informar o diagnóstico ao paciente, dentre os quais se sobressaíram a ausência de capacidade cognitiva do paciente para compreender a informação sobre o diagnóstico (34,4%) e o estágio avançado da doença (21,5%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Informação diagnóstica das demências ao paciente e suas famílias pelas equipes de Saúde da Família (n=195). São Paulo, SP, 2018

Informação diagnóstica	Médico	
	n	%
<i>Informação do diagnóstico da demência</i>		
<i>Ao paciente</i>		
Nunca	40	20,5
Raramente	63	32,3
Às vezes	58	29,7
Frequentemente	34	17,4
<i>Aos familiares</i>		
Nunca	13	6,7
Raramente	47	24,2
Às vezes	48	24,7
Frequentemente	86	44,3
<i>Fatores que influenciam para não informar o diagnóstico de demência ao paciente</i>		
Não ter capacidade suficiente para compreender a informação sobre o diagnóstico	67	34,4
Estar em um estágio avançado da doença	42	21,5
A família não querer que o paciente conheça o diagnóstico	15	7,7
Possibilidade de o diagnóstico provocar efeitos negativos sobre a vida diária do paciente	12	6,2
Possibilidade de o diagnóstico provocar efeitos negativos sobre o humor do paciente	11	5,6
Ter mais de 80 anos	9	4,6
A impossibilidade de realizar um tratamento farmacológico específico	5	2,6

5.2.4 Acompanhamento dos pacientes com demência

No acompanhamento de pacientes com demência, o número mensal de consultas realizadas pelos profissionais para acompanhamento de pacientes com demência situou-se entre um e quatro (65,6% dos médicos e 63,1% dos enfermeiros). Além disso, 79,5% dos médicos e 82,9% dos enfermeiros referiram programar de forma habitual visitas domiciliárias para acompanhar os pacientes (Tabela 10).

Quanto aos serviços médicos especializados para encaminhar os pacientes para diagnóstico ou controle das demências em suas áreas de abrangência, a maioria dos médicos citou o neurologista de referência (64,6%), o Centro de Referência do Idoso (63,6%) e o Ambulatório Médico de Especialidades – AME (41,5%). Sessenta e oito profissionais referiram encaminhar mais de 75,0% dos

casos suspeitos para confirmar o diagnóstico (34,9%; IC 95%: 28,5–41,8) e 50, para controle dos distúrbios comportamentais (25,6%; IC 95%: 20,0–32,2) (Tabela 10).

No que se refere às funções da equipe de enfermagem no acompanhamento das demências, os enfermeiros classificaram como prioridades a avaliação periódica do comprometimento cognitivo (42,3%), a avaliação de riscos no domicílio (31,0%) e o apoio às necessidades do cuidador ou da família (26,6%) (Tabela 10).

A quase totalidade dos médicos referiu dificuldades no tratamento e no acompanhamento dos pacientes com demência (185; 94,9%; IC 95%: 90,8–97,2), com destaque para o tratamento com fármacos específicos como anticolinesterásicos e memantina (32,3%), a grande quantidade de tempo requerida para o acompanhamento e o tratamento do paciente com demência (31,3%) e as necessidades de apoio ao cuidador e à família (28,2%) (Tabela 10).

No acompanhamento de pacientes com demência grave, 84,6% dos médicos e 79,2% dos enfermeiros referiram dificuldades como tratamento farmacológico complexo (45,6% dos médicos), falta de suporte para o atendimento especializado (39,5% dos médicos e 44,3% dos enfermeiros) e demandas não solucionáveis na AB (35,9% dos médicos e 37,0% dos enfermeiros) (Tabela 10).

Tabela 10 – Acompanhamento dos pacientes com demência pelas equipes de Saúde da Família (n=469). São Paulo, SP, 2018

Acompanhamento das demências	Médico		Enfermeiro	
	n	%	n	%
<i>Número de consultas mensal para pacientes com demência</i>				
Nenhum	22	11,3	49	17,9
Entre 1 e 4	128	65,6	173	63,1
Entre 5 e 9	27	13,8	34	12,4
Entre 10 e 14	9	4,6	12	4,4
Entre 15 e 20	6	3,1	3	1,1
Mais de 20	3	1,5	3	1,1
<i>Programação diária de visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência</i>				
Sim	155	79,5	227	82,9
Não	40	20,5	47	17,1
<i>Serviços médicos disponíveis na área de abrangência para encaminhamento dos casos de demência para diagnóstico e/ou controle</i>				
Neurologista de referência	126	64,6	NA*	NA*
Centro de Referência do Idoso	124	63,6	NA*	NA*
Ambulatório de Especialidades Médicas (AME)	81	41,5	NA*	NA*

Serviço de neurologia hospitalar	18	9,3	NA*	NA*
Ambulatório de Especialidades em Demências	14	7,2	NA*	NA*
Outros (especifique): Geriatria Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	3	1,5	NA*	NA*
Outros (especifique): Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	3	1,5	NA*	NA*
Outros (especifique): Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI)	2	1,0	NA*	NA*
Outros (especifique): Centro de Atenção Psicossocial	1	0,5	NA*	NA*
Outros (especifique): Geriatria	1	0,5	NA*	NA*
Outros (especifique): Psiquiatria	1	0,5	NA*	NA*
Outros (especifique): Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD)	1	0,5	NA*	NA*

Percentual de pacientes com demência encaminhados aos serviços especializados para confirmar o diagnóstico

<10%	58	29,7	NA*	NA*
11-25%	24	12,3	NA*	NA*
26-50%	22	11,3	NA*	NA*
51-75%	21	10,8	NA*	NA*
>75%	68	34,9	NA*	NA*
Não encaminha	2	1,0	NA*	NA*

Percentual de pacientes com demência encaminhados aos serviços especializados para controle de distúrbios comportamentais

<10%	62	31,8	NA*	NA*
11-25%	25	12,8	NA*	NA*
26-50%	31	15,9	NA*	NA*
51-75%	25	12,8	NA*	NA*
>75%	50	25,6	NA*	NA*
Não encaminha	2	1,0	NA*	NA*

Funções da equipe de enfermagem no acompanhamento de pacientes com demência na Atenção Básica

Avaliação periódica do comprometimento cognitivo	NA*	NA*	116	42,3
Avaliação de riscos no domicílio	NA*	NA*	85	31,0
Apoio às necessidades do cuidador e/ou da família	NA*	NA*	73	26,6
Controle da(s) comorbidade(s) apresentada(s) pelo(a) paciente	NA*	NA*	61	22,3
Avaliação periódica do comprometimento funcional	NA*	NA*	59	21,5
Controle da prescrição farmacológica e acompanhamento terapêutico	NA*	NA*	46	16,8
Realização de atividades de estimulação cognitiva	NA*	NA*	38	13,9

Dificuldades para o tratamento e acompanhamento de pacientes com demência na AB

O tratamento com fármacos específicos (anticolinesterásicos e/ou memantina)	63	32,3	NA*	NA*
O acompanhamento e o tratamento do paciente com demência requer uma grande quantidade de tempo, não disponível na Atenção Básica	61	31,3	NA*	NA*
As necessidades de apoio do cuidador e/ou da família	55	28,2	NA*	NA*

O tratamento farmacológico da rigidez, do tremor e de outros distúrbios neurológicos	17	8,7	NA*	NA*
O tratamento farmacológico com antipsicóticos (típicos ou atípicos)	14	7,2	NA*	NA*
O tratamento farmacológico com sedativos, benzodiazepínicos e hipnóticos	14	7,2	NA*	NA*
O tratamento farmacológico com antidepressivos	6	3,1	NA*	NA*
<i>Dificuldades para o acompanhamento de pacientes com demência grave</i>				
Sim	165	84,6	217	79,2
Não	30	15,4	57	20,8
<i>Motivos</i>				
O tratamento farmacológico é complexo	89	45,6	NA*	NA*
Não há suporte de atendimento especializado	77	39,5	121	44,3
Suas demandas não são solucionáveis na Atenção Básica	70	35,9	101	37,0
Por serem pacientes difíceis	NA*	NA*	81	29,7
Exigem muitas visitas domiciliares	48	24,6	43	15,8
Outros (especifique): falta de apoio/adesão da família ao tratamento/acompanhamento	8	4,1	26	9,5
Outros (especifique): falta de conhecimento/capacitação no assunto	5	2,6	14	5,1
Outros (especifique): serviços/especialistas na área insuficientes para acompanhar a demanda	4	2,1	7	2,6
Outros (especifique): excesso de demandas na AB, falta de espaço na agenda para o acompanhamento	3	1,5	7	2,6

*Não aplicável

Quanto às recomendações médicas aos pacientes com demência, mais de 70,0% dos profissionais médicos informaram que sempre ou quase sempre indicam exercícios de memória e estimulação cognitiva, além de encaminhar os casos suspeitos ao especialista. Quanto ao ingresso em uma ILPI, cerca de 65,0% dos médicos quase nunca ou nunca recomendam (Tabela 11).

Tabela 11 – Acompanhamento dos pacientes com demência pelas equipes de Saúde da Família - caso clínico médico (n=195).
São Paulo, SP, 2018

Acompanhamento das demências	Não Recomendaria						Recomendaria					
	Nunca		Quase Nunca		Poucas Vezes		Algumas Vezes		Quase Sempre		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Caso clínico</i>												
Vitaminas	18	9,2	23	11,8	25	12,8	38	19,5	45	23,1	23	11,8
Tratamentos naturais/ervas	60	30,8	51	26,2	25	12,8	18	9,2	8	4,1	4	2,1
Remédios anticolinesterásicos	24	12,3	24	12,3	34	17,4	31	15,9	32	16,4	20	10,3
Memantina	22	11,3	21	10,8	28	14,4	43	22,1	30	15,4	26	13,3
Antidepressivos tricíclicos	28	14,4	34	17,4	27	13,8	45	23,1	25	12,8	5	2,6
Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)	21	10,8	24	12,3	30	15,4	54	27,7	29	14,9	5	2,6
Antipsicóticos típicos	32	16,4	43	22,1	33	16,9	37	19,0	19	9,7	2	1,0
Antipsicóticos atípicos	34	17,4	45	23,1	33	16,9	41	21,0	9	4,6	2	1,0
Exercícios de memória (gerais)	5	2,6	5	2,6	8	4,1	6	3,1	43	22,1	120	61,5
Estimulação cognitiva (específica)	6	3,1	2	1,0	11	5,6	12	6,2	40	20,5	109	55,9
Musicoterapia, aromaterapia	31	15,9	22	11,3	21	10,8	26	13,3	27	13,8	45	23,1
Assistência em um centro dia para idosos	10	5,1	14	7,2	19	9,7	40	20,5	36	18,5	64	32,8
Ingresso em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI)	75	38,5	58	29,7	22	11,3	5	2,6	1	0,5	5	2,6
Encaminhamento a um especialista	2	1,0	3	1,5	5	2,6	26	13,3	46	23,6	101	51,8
Visita de um(a) assistente social	11	5,6	23	11,8	31	15,9	40	20,5	32	16,4	40	20,5
Associação de familiares de pacientes com Alzheimer	31	15,9	23	11,8	17	8,7	28	14,4	23	11,8	50	25,6

5.2.5 Acompanhamento do cuidador do paciente com demência e satisfação dos médicos com o serviço especializado

Houve predomínio de enfermeiros no planejamento e no acompanhamento específico das necessidades de saúde dos cuidadores de pacientes com demência ($p=0,003$). A distribuição dos resultados em frequência absoluta e relativa pode ser observada na Tabela 12.

Tabela 12 – Acompanhamento do cuidador do paciente com demência pelas equipes de Saúde da Família (n=469). São Paulo, SP, 2018

Acompanhamento do cuidador	Médico		Enfermeiro	
	n	%	n	%
<i>Frequência de planejamento para o acompanhamento do cuidador de pacientes com demência</i>				
Nunca	27	13,9	15	5,5
Raramente	55	28,4	69	25,2
Às vezes	69	35,6	100	36,5
Frequentemente	43	22,2	90	32,8

A satisfação dos médicos em relação ao encaminhamento dos pacientes com demência aos serviços especializados foi consideravelmente baixa. A maior satisfação foi com a capacidade de solucionar as demandas (5,7) (min/max: 1–10; mediana: 5,0; $dp=2,4$; IC 95%: 5,5–6,0) e a menor, com a devolução das informações ao serviço da AB (3,3) (min/max: 1–10; mediana: 2; $dp=2,6$; IC 95%: 3,0–3,5) (Figura 2).

Figura 2 – Satisfação dos médicos de Saúde da Família em relação ao encaminhamento dos pacientes com demência aos serviços especializados (n=195). São Paulo, SP, 2018

5.2.6 Capacitação profissional em demência

Por fim, 98,1% (IC 95%: 96,4–99,0) dos profissionais consideraram necessário realizar capacitação específica em demência (99,5% dos médicos e 97,1% dos enfermeiros). Entretanto, 122 (62,6%) médicos e 149 (54,4%) enfermeiros sinalizaram nunca ter participado de capacitação com essa finalidade. Entre os que referiram participação no último ano, 18,5% eram médicos e 20,1%, enfermeiros (Tabela 13).

Tabela 13 – Participação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em capacitação específica sobre demência (n=198). São Paulo, SP, 2018

Participação do profissional	Médico		Enfermeiro	
	n	%	n	%
No último ano	36	18,5	55	20,1
Entre 2 e 4 anos atrás	25	12,8	47	17,1
Há 5 anos ou mais	12	6,1	23	8,4

Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO

Segundo aos critérios de interpretação adotados neste estudo, os itens do instrumento ASDVAB, nas versões para médicos e enfermeiros, mostraram-se estáveis e obtiveram em sua maioria índices classificados entre fortes e quase perfeitos/altos.

Nesta investigação, o reteste ocorreu 14 dias após a primeira aplicação. O intervalo de tempo entre a aplicação dos testes pode influenciar a confiabilidade, se for muito curto. A memória da primeira aplicação pode influenciar os resultados da segunda e inflar falsamente a confiabilidade teste-reteste. Por essa razão os autores recomendam que a aplicação ocorra entre 14 a 30 dias. Além disso, mudanças no estado de conhecimento ocorridas entre os testes e às formas de responder o instrumento podem influenciar as respostas dos entrevistados e diminuir a confiabilidade teste-reteste (Souza, Alexandre, Guirardello, 2017; Polit, Beck, 2011; Martins, 2006).

O ASDVAB é um instrumento autoaplicável e as formas de respondê-lo podem se revelar mutáveis e complexas. No ASDVAB-M, nas questões 13, 15, 19, 23 e 28, os itens classificados com estabilidade moderada foram novamente assinalados pela maioria dos respondentes no reteste, porém em ordem de prioridade diferente:

- 13.3 *pouca confiabilidade dos testes de memória* - 0,51;
- 15.2/7 *pensar que o diagnóstico deve ser feito pelo serviço especializado* - 0,44 e *falta de tempo para realizar o processo de diagnóstico* - 0,45;
- 19.3 *não ter capacidade suficiente para compreender a informação sobre o diagnóstico* - 0,50;
- 23.1/3/4 *o tratamento com fármacos específicos, anticolinesterásicos e/ou memantina* - 0,57, *o tratamento farmacológico com antipsicóticos, típicos ou atípicos* - 0,54 e *o tratamento farmacológico com sedativos, benzodiazepínicos e hipnóticos* - 0,60;

- 28.12 *assistência em um centro dia para idosos* - 0,53).

Tal comportamento também foi observado nos itens com estabilidade moderada do ASDVAB-E:

- 11.1/2/4 *sintomas psicológicos e comportamentais das demências, depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade, etc.* - 0,56, *comprometimento cognitivo com alterações de memória* - 0,54 e *comprometimento da capacidade de executar as AVDs* - 0,54;
- 16.1/2/3/4/5/6/7 *avaliação periódica do comprometimento cognitivo* - 0,50, *avaliação periódica do comprometimento funcional* - 0,51, *controle da(s) comorbidade(s) apresentada(s) pelo(a) paciente* - 0,58, *controle da prescrição farmacológica e acompanhamento terapêutico* - 0,53, *avaliação de riscos no domicílio* - 0,55, *realização de atividades de estimulação cognitiva* - 0,52 e *apoio às necessidades do cuidador e/ou da família* - 0,53.

Na questão 17 do ASDVAB-M, a estabilidade de 0,58 em ambos os itens (*eletroencefalograma e ressonância e magnética de crânio*) pode estar associada ao fato dos profissionais terem respondido tais itens de forma intempestiva, já que somente o especialista pode solicitar esses exames na AB. Deste modo, essa informação pode ter sido pesquisada *a posteriori* e respondida diferentemente no reteste.

Quanto ao item com estabilidade regular no ASDVAB-M (16.1.10 *escala isquêmica de Hachinski* - 0,33), verificou-se que um profissional o selecionou no teste, porém no reteste marcou-o em ordem de prioridade diferente.

Não houve itens avaliados com estabilidades pobre ou fraca em ambas as versões do ASDVAB (Landis, Koch, 1977; Fleiss, Cohen 1973).

As versões originais do ASDVAB-M e ASDVAB-E não passaram por avaliação da confiabilidade. Entretanto, a *The Alzheimer's Disease Knowledge Scale* (ADKS), escala americana que avalia conhecimento sobre a doença de Alzheimer entre leigos, pacientes, cuidadores e profissionais da saúde, composta por 30 afirmativas para julgamento entre verdadeiro ou falso, apresentou índices de confiabilidade de 0,81, quando aplicada a um grupo de 40 estudantes da área da

saúde (teste-reteste). A etapa de reteste aconteceu entre duas e 50 horas após o teste (Carpenter *et al.*, 2009).

Outra escala americana que avalia atitudes de profissionais da saúde face às demências, a *Dementia Attitudes Scale* (DAS), apresentou altos índices de confiabilidade, entre 0,83 e 0,85, quando autoaplicada a 145 profissionais da enfermagem (técnica das duas metades). A escala é composta por uma estrutura de dois fatores, o “conhecimento sobre a demência” e “conforto social”, os quais refletem os componentes emocional, comportamental e cognitivo de uma atitude. Possui 20 afirmativas sobre as demências e a forma de responder segue o formato *Likert* (discordo fortemente, discordo, discordo ligeiramente, não concordo nem discordo, concordo ligeiramente, concordo e concordo fortemente) (O'Connor, McFadden, 2010).

A DAS foi traduzida, adaptada e validada para o contexto cultural português e intitulada como Escala de Atitudes Face à Demência (EAD). A versão adaptada manteve os 20 itens. Para a avaliação da confiabilidade foi autoaplicada a 135 enfermeiros portugueses, por meio da técnica teste-reteste. Os resultados revelaram índices excelentes de estabilidade (0,90 e 0,80), todavia o intervalo de aplicação foi de apenas uma semana (Marques, 2012; O'Connor, McFadden, 2010).

Índices menores de confiabilidade foram encontrados no ASDVAB-M e ASDVAB-E quando comparados aos índices do ADKS, DAS e EAD. Alguns de seus itens alcançaram estabilidade moderada e regular, o que não inviabiliza seu uso. Dentre os fatores que podem explicar tais diferenças estão os aspectos metodológicos relativos às formas de preenchimento dos itens do questionário e o curto intervalo de tempo entre o teste e o reteste.

6.2 CONHECIMENTO, ATITUDES E NECESSIDADES DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Obteve-se boa representatividade da população estudada, com 38,4% médicos e 53,9% enfermeiros, tenha selecionado uma amostra por conveniência (Polit, Beck, 2011). Houve predomínio do sexo feminino entre as duas categorias profissionais, o que corrobora os resultados de pesquisas realizadas com médicos e enfermeiros da ESF de diferentes regiões do Brasil (Brito *et al.*, 2016; Oliveira *et al.*,

2016; Melo *et al.*, 2016; Costa *et al.*, 2013; Damno *et al.*, 2013) e o estudo espanhol de Tuero *et al.* (2011).

Na comparação entre médicos e enfermeiros, houve maior número de enfermeiras, à semelhança do encontrado por Oliveira *et al.* (2016) em sua investigação sobre o perfil de formação e qualificação dos profissionais da ESF e os fatores associados à qualidade dos serviços de AB da região noroeste de Goiânia, Goiás, com uma amostra representativa de 54,2% médicas e 93,2% enfermeiras.

Também se observou a predominância do sexo feminino, resultado da feminização das profissões da saúde. Há relatos da presença feminina nas práticas de cuidados desde tempos remotos, no desempenho da arte do cuidar das mais diferentes formas, mediante saberes que eram passados de geração para geração. Aos homens, dotados de maior força física, eram atribuídos cuidados com o corpo ferido na guerra, em acidentes durante a caça e a pesca, traumatismos e fraturas e o controle e a restrição de pessoas agitadas, embriagadas ou em estado de delírio (Souza *et al.*, 2014).

Ainda hoje as mulheres seguem sendo vistas como mais capacitadas para exercer funções de cuidado desde a infância, como, por exemplo, nas brincadeiras de bonecas, no cuidar dos irmãos e no auxílio nos serviços domésticos. À medida que crescem, o que era apenas brincadeira de infância concretiza-se no cotidiano das práticas familiares e na divisão de trabalho por gênero. Assim, o papel de cuidadora consolida-se como atribuição feminina. Ademais, nos padrões de identidade feminina definidos pela estrutura social brasileira, cabem às mulheres papéis de subordinação (Borges, Detoni, 2017; Chies, 2010).

Apesar da conquista por espaços no mercado de trabalho, as mulheres ainda enfrentam desigualdades de gênero historicamente construídas. Trabalhadoras assalariadas recebem salários inferiores aos dos homens para a mesma ocupação. Mesmo quando ocupam espaço em profissões tidas como “masculinas”, a força de trabalho feminina é tida como inferior, não apenas pela construção histórica, mas muitas vezes pela demarcação de requisitos tipicamente associados ao sexo masculino como, por exemplo, força, resistência e liderança. Enfrentam ainda a

dupla jornada de trabalho, pois acumulam o trabalho doméstico e as tarefas ligadas à criação dos filhos (Chies, 2010).

No que diz respeito à faixa etária dos participantes, os resultados revelaram idades entre 25 e 68 anos, com média de 43,9 anos e mediana de 34,0 anos para os médicos, e entre 26 a 65 anos, média de 39,2 anos e mediana de 37,5 anos para os enfermeiros.

Estudos realizados com profissionais da ESF, sobre diversos temas, em Teresina-PI, e Campo Grande-MT, encontraram resultados assemelhados: idades entre 23 e 64 anos para os médicos e entre 25 e 68 anos para os médicos e os enfermeiros; média de idade de 42,0 anos (Melo *et al.*, 2016; Damno *et al.*, 2013). Costa *et al.* (2013), entretanto, constataram uma população de profissionais mais jovens em Montes Claros-MG, com idades entre 26 a 45 anos e média de 31,2 anos na Medicina, e 23 a 34 anos e média de 27,6 anos na Enfermagem.

É digno de nota que cerca de 32,3% dos médicos participantes deste estudo fizeram suas graduações fora do Brasil. Não foram encontrados dados que apoiassem tais resultados na ESF. Todavia, podem ser resultado do acesso de brasileiros à graduação em Medicina em algumas universidades estrangeiras ou ainda à implementação Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil.

Lançado em 2013 pelo governo federal como resposta às manifestações de rua que colocaram em cena a priorização da saúde, o PMM teve o propósito de fortalecer a AB no Brasil. Foi estruturado em três eixos estratégicos: 1) mudanças na formação médica, com investimento para a criação de vagas de graduação e residência, além de novos cursos de medicina baseados em diretrizes curriculares revisadas; 2) ampliação e melhoria da infraestrutura das UBS; e 3) provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros para a AB em regiões com carência de oferta do profissional (Medina *et al.*, 2018).

Com o PMM, até 2015, houve o ingresso de 18 mil médicos no País, dos quais 79,0% eram cubanos, que assumiram postos na ESF em regiões com maior dificuldade de atração e retenção de médicos. Alguns deles podem estar exercendo a Medicina em equipes ESF de regiões periféricas da cidade de São Paulo (Medina *et al.*, 2018).

No presente estudo, o tempo de experiência na AB e na unidade de saúde (UBS) em que o profissional trabalhava no momento da coleta de dados foi maior entre os enfermeiros, o que corrobora os achados de Tuero *et al.* (2011), na Catalunha. Entretanto, no estudo catalão, as médias de tempo de atuação na AB e na unidade de saúde diferem em ambas categorias profissionais, com 16 anos para os médicos e 14 para os enfermeiros, e oito anos para os médicos e 10 anos para os enfermeiros, respectivamente. Isso mostra que os profissionais espanhóis permanecem mais tempo atuando na APS, em geral em uma mesma unidade (Tuero *et al.*, 2011).

Já os resultados referentes ao tempo médio de atuação na APS de um estudo chinês que objetivou determinar a eficácia de um programa de educação em demência e incorporação de conhecimentos por profissionais de saúde na APS, aproximam-se mais aos desse estudo em ambas as categorias profissionais, com média de 9,2 anos (Wang *et al.*, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza o vínculo entre as equipes da AB e a população adscrita como um dos princípios desse nível de atenção, entretanto a permanência dos profissionais nas equipes pode ser influenciada por aspectos econômicos, sociais e políticos, que se inter-relacionam de modo dinâmico.

Estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, com 811 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal, que objetivou analisar a rotatividade dos profissionais de saúde vinculados às equipes de ESF, constatou tempo de permanência 20 meses, em média, sendo que 396 (48,8%) profissionais permaneceram na equipe por menos que 12 meses. Dentre os principais motivos destacaram-se a transferência para outra unidade (43,6%) e o término de contrato (39,2%) (Tonelli *et al.*, 2018).

Quanto ao percentual de idosos acompanhados pelos profissionais nas áreas de abrangência das UBS, as respostas de ambas as categorias profissionais foram semelhantes. Tuero *et al.* (2011) encontraram resultados assemelhados para enfermeiros catalães: 52,0% referiram acompanhar entre 10 a 24,0% de indivíduos

idosos; 38,5%, 25,0% ou mais e 11,5%, menos de 10,0%. Já os resultados dos médicos foram divergentes, pois 63,7% deles referiram acompanhar entre 10 a 24,0% de idosos; enquanto 19,2% mencionaram a presença de 25,0% ou mais de idosos na área de abrangência da ESF e 13,5%, menos de 10,0%.

Na cidade de São Paulo, os idosos predominam em determinadas áreas. Em se tratando das Coordenadorias de Saúde, os destaques são para a Oeste e o Centro e, nas Supervisões de Saúde, os bairros de Lapa/Pinheiros e Mooca/Aricanduva. Tais diferenças são resultado das distintas formas de acesso a serviços de saúde, educação, saneamento e habitação existentes no Município (Silva, Nóbrega, Côrte, 2015; Martins, Mello, 2012).

Em se tratando do rastreamento e do diagnóstico das demências, no geral os resultados revelados neste estudo não diferem da literatura especializada, que destaca que o diagnóstico da demência é mais comum na fase moderada; a baixa confiança dos médicos em realizar o diagnóstico, visto que grande parte não diagnostica o subtipo de demência, preferindo encaminhar o paciente ao especialista; a dificuldade em diferenciar os sinais e os sintomas da demência da depressão geriátrica e do envelhecimento normal; a falta de tempo para realizar o diagnóstico e a pouca confiança ao emití-lo (Barbosa, 2014; Buhagiar, Afzal, Cosgrave, 2011; Poltroniere, Cecchetto, Souza, 2011; Tuero *et al.*, 2011; Ahmad *et al.*, 2010; Baloch *et al.*, 2010; Pimlott *et al.*, 2009).

Estudo que objetivou descrever os conhecimentos e as atitudes sobre demência de 152 médicos do primeiro ano do programa de residência da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) encontrou dados parcialmente divergentes da literatura especializada. Os residentes apresentaram bom nível de conhecimento sobre etiologia, fatores de risco, avaliação diagnóstica da demência e manejo da doença. Entretanto, o percentual de respostas relacionadas aos aspectos de prevalência, incidência e sintomas da demência foi baixo (Jacinto *et al.*, 2016).

Na presente investigação, uma pequena parcela de médicos e enfermeiros fez referência ao uso da ferramenta AMPI-AB, que estrutura e organiza o cuidado às pessoas idosas nas dimensões clínica, psicossocial e funcional. Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o manual de Orientações Técnicas para a

Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde do Idoso no SUS, que recomenda o uso da AMPI-AB para identificar as necessidades de saúde dos idosos, estratificá-los em três grandes perfis, de acordo com os níveis de funcionalidade apresentadas, e direcionar o cuidado de acordo com tais perfis: 1) pessoas idosas independentes e autônomas; 2) pessoas idosas com alguma limitação funcional e necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros e 3) pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar suas atividades cotidianas (Brasil, 2018).

O AMPI-AB contém os seguintes itens: questionário multidimensional (instrumento de história clínica, com possível classificação dos idosos em idoso saudável, pré-frágil e frágil); questionário de dados sociais; testes de rastreamento (Escala de Depressão Geriátrica de 4 itens, Escala de Avaliação Cognitiva de 10 pontos, Teste de Velocidade Habitual de Marcha, Teste de *Lawton*, Teste de *Katz*, Escala Optométrica de *Snellen*) e elaboração do plano terapêutico singular (Resumo dos resultados do Questionário de Dados Sociais e Testes de Rastreamento, Ficha de Encaminhamento para o Programa Acompanhamento do Idoso – PAI e Ficha de Encaminhamento para Serviços de Referência em Saúde do Idoso: URSI e Equipamentos da Secretaria do Estado de Saúde, AME Idoso/CRI/Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia. (Brasil, 2018, Veras, Oliveira, 2018).

No município de São Paulo, a implantação da AMPI-AB vem possibilitando a instrumentalização dos profissionais para a avaliação dos idosos. As críticas, entretanto, são que o instrumento é muito extenso e demanda muito tempo dos profissionais e dos idosos, em média uma hora a cada avaliação. Recentemente, o instrumento passou por reformulação e, além da redução do tempo de aplicação para 30 minutos em média, as perguntas ficaram mais objetivas, claras e fáceis de responder. Com isso, espera-se sua difusão e utilização mais amplas por médicos e enfermeiros no âmbito da AB.

Quanto os exames solicitados pelos médicos da ESF para o diagnóstico do subtipo de demência, foram destacados aqueles cuja solicitação é permitida ao médico da ESF, dentre eles o hemograma, a vitamina B12, o exame bioquímico com glicemia, a sorologia para sífilis e a tomografia computadorizada do crânio. Em relação aos testes de rastreio para demência, os instrumentos mais citados foram o

MMEE e o Índice de *Katz*. Todavia, foi constatada maior tendência dos médicos a realizar a avaliação cognitiva, enquanto os enfermeiros mencionaram com maior frequência a avaliação funcional, dados corroborados pelo estudo de Tuero *et al.* (2011).

Para fundamentar o diagnóstico do subtipo de demência na ESF, os médicos de família não podem solicitar os exames de eletroencefalograma, ressonância magnética do crânio, tomografia por emissão única de fótons (SPECT), tomografia por emissão de pósitrons (PET), espectroscopia por ressonância magnética do crânio, punção lombar e punção lombar com dosagem das proteínas características da doença de Alzheimer. A solicitação é restrita aos especialistas, que são em pequeno número na rede de atenção à saúde e não atendem somente casos de suspeita de demência. Quando os médicos da ESF não encaminham os pacientes já com os resultados dos exames que podem solicitar, a investigação diagnóstica torna-se ainda mais morosa e tende a ocorrer nas fases mais tardias da doença.

No que diz respeito à informação sobre o diagnóstico, constatou-se que é dada com maior frequência aos familiares. Dentre os motivos para não revelar o diagnóstico aos pacientes foram destacados a ausência de capacidade cognitiva para compreender a informação e o estágio avançado da doença. O mesmo ocorreu na pesquisa de Tuero *et al.* (2011), para os quais a informação diagnóstica reflete várias posições. Segundo esses autores, a opinião dos familiares é decisiva para não comunicar o diagnóstico ao paciente em pelo menos um terço dos casos. Características dos pacientes como a idade avançada ou a possível repercussão negativa da informação diagnóstica em sua condição de saúde também podem ser fatores decisivos para não informar o diagnóstico ao paciente.

Treinamentos que abranjam aspectos ético-legais relacionados às demências podem ser úteis para a decisão da comunicação do diagnóstico da doença ao paciente (Wang *et al.*, 2017; Wilcock *et al.*, 2013).

Borson *et al.* (2013) ponderam que, além do questionamento por parte dos médicos sobre se e quando devem introduzir medicações para a cognição, a confirmação do diagnóstico de demência valida as preocupações que costumam estar presentes antes que o diagnóstico seja feito e dar nome ao problema é

benéfico para o paciente e seus familiares. Além do mais, a confirmação da presença de doença permite iniciar o planejamento e a organização do cuidado, tomar medidas adequadas para o planejamento de longo alcance para o bem-estar social e financeiro dos pacientes e seus familiares e identificar aqueles que podem se beneficiar de intervenções de apoio.

Dentre as dificuldades elencadas pelos profissionais da AB no acompanhamento dos pacientes com demência, sobressaíram-se a falta de tempo para a consulta; o manejo complicado do paciente, relacionado sobretudo ao uso de fármacos específicos; a necessidade de visitas e consultas frequentes; a falta de suporte para o atendimento especializado; as demandas não solucionáveis na AB e a necessidade de apoio familiar e social. Um percentual considerável referiu que habitualmente programa visitas para o acompanhamento desses pacientes. Tais resultados são semelhantes aos encontrados por Buhagiar, Afzal, Cosgrave (2011); Poltroniere, Cecchetto e Souza (2011); Tuero *et al.* (2011); Ahmad *et al.* (2010); Baloch *et al.* (2010) e Pimlott *et al.* (2009).

Parcela considerável dos médicos informou indicar sempre ou quase sempre exercícios de memória e estimulação cognitiva e encaminhar os casos suspeitos de demência ao especialista. Dentre os encaminhamentos, os profissionais e serviços mais citados foram o neurologista de referência, o Centro de Referência do Idoso e AME.

Com a implantação da RASPI, o município de São Paulo passou a contar com várias opções para encaminhamento, articulação e acompanhamento da população idosa, como o NASF, a URSI, o Centro de Referência do Idoso (CRI), a ILPI, a AME Idoso, o PAI, o Centro Especializado de Reabilitação, a Equipe Multidisciplinar de Apoio Domiciliar (EMAD), o Centro Dia, os equipamentos que compõem o Sistema Único de Assistência Social e os Ambulatórios de Neurologia da Universidade de São Paulo (USP) e UNIFESP (São Paulo, 2016).

Em que pesem os esforços dos últimos anos para aumentar a oferta de vagas e os equipamentos de assistência aos idosos no SUS, os serviços existentes ainda são insuficientes frente à demanda. Pesquisas realizadas em regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos revelaram resultados preocupantes em relação ao

acesso a especialistas e ao tempo de espera. No Paraná, foi identificada a inexistência de oferta para cinco especialidades médicas, dentre elas a Geriatria e a Neurologia (Silva *et al.*, 2017). Em Minas Gerais, o tempo médio de espera pela primeira consulta, independentemente da especialidade, foi de 244 dias, com variação de seis a 559 dias (Vieira, Lima, Gazzinelli, 2015).

A frequência de indicação para ingresso em ILPI pelos médicos foi relativamente baixa. Historicamente, as ILPI foram construídas com base em uma imagem negativa. Tiveram suas origens nas chamadas casas-lares ligadas a obras de caridade, as quais prestavam serviços voluntários a pessoas de qualquer idade em situação de vulnerabilidade social, necessitadas de abrigo e atenção à saúde, na ausência de políticas públicas específicas. Na maioria delas o cuidado era de baixa qualidade e os residentes em geral manifestavam sentimentos de solidão e abandono (Alves *et al.*, 2017).

Apesar da imagem negativa, a demanda das ILPI tem aumentado significativamente no Brasil nos últimos anos. Tal cenário pode ser explicado pela diminuição da disponibilidade de familiares para o cuidado domiciliário de idosos dependentes e por mudanças estruturais das famílias, o que inclui redução do tamanho do núcleo familiar, diferentes arranjos familiares, assim como modificação dos papéis desempenhados por seus membros. Entretanto, os serviços prestados pelas ILPI ainda precisam se tornar mais sensíveis às necessidades de saúde das pessoas idosas, reduzir os riscos relacionados à institucionalização, proporcionar conforto, segurança e qualidade de vida e preservar a autonomia e a independência dos idosos, além de apoiar seus familiares (Alves *et al.*, 2017).

Quanto às funções da Enfermagem no acompanhamento de pacientes com demência na AB, os enfermeiros classificaram como prioridades a avaliação periódica do comprometimento cognitivo, a avaliação de riscos no domicílio e o apoio às necessidades do cuidador ou da família. Todavia, não consideraram prioritárias as principais funções de sua atividade: o acompanhamento terapêutico e o controle da prescrição farmacológica, o controle das comorbidades apresentadas pelo paciente e a estimulação cognitiva, como preconizam Tuero *et al.* (2011). Para esses autores, protocolos específicos de manejo das demências deveriam

necessariamente incluir tais ações dentre as competências e as atividades dos enfermeiros.

Ademais, a estimulação cognitiva faz parte das atividades do enfermeiro no cuidado à saúde do idoso na AB no Brasil, assim como o controle da prescrição farmacológica, o acompanhamento terapêutico e o controle das comorbidades apresentadas pelo paciente (Brasil, 2006).

Estudos brasileiros que realizaram estimulação cognitiva em idosos saudáveis, com déficit cognitivo e demência em uma ILPI de administração pública no município de SP (amostra de 5 idosos), um Centro de Convivência da Zona Leste do município SP (amostra de 64 idosos) e em uma comunidade de Porto Alegre (76 idosos), evidenciaram efeitos positivos no desempenho das AVD, melhora do humor e dos sintomas depressivos (Tavares, Schmidt, Witter, 2015; Lima-Silva, Yassuda, 2012, Irigaray, Schneider, Gomes, 2011). Assim, grupos de estimulação cognitiva organizados por enfermeiros e apoiados pelas equipes NASF poderiam ser uma alternativa benéfica no desempenho cognitivo dos idosos.

Constatou-se predomínio da atuação do enfermeiro no acompanhamento dos cuidadores de pacientes com demência. Grande parte deles mencionou que o acompanhamento ocorre às vezes (36,5%) e frequentemente (32,8%), o que difere dos resultados da pesquisa de Tuero *et al.* (2011), que detectaram que cerca de metade dos médicos (46,2%) e dos enfermeiros (47,6%) da Catalunha realiza o acompanhamento habitual dos cuidadores de pacientes com demência.

É sabido que cuidar de paciente com demência é uma tarefa desafiadora. Revisão crítica de literatura evidenciou que os cuidadores de pacientes com demência apresentam maior risco de doenças cardiovasculares, principalmente a hipertensão, que é mediada por resposta inflamatória crônica e superativação simpática, depressão e ansiedade. Os sintomas depressivos do cuidador resultaram em aumento nos custos dos cuidados de saúde durante um período médio de dois anos, incluindo os custos do uso de medicamentos sem receita médica. Com a aproximação do “tsunami da demência”, a carga sobre o sistema de saúde e assistência social aumentará, a menos que os cuidadores familiares sejam

devidamente apoiados e suas necessidades de saúde devidamente assistidas (Cheng, 2017).

A satisfação dos médicos em relação ao serviço especializado ficou aquém do esperado. A devolução das informações ao serviço de AB, a dificuldade de acesso aos serviços em situação de emergência e o tempo de espera desde a solicitação de visita até a sua ocorrência receberam as piores avaliações (3,3; 3,8 e 4,0, respectivamente, em uma escala de zero a 10). Em contrapartida, a capacidade de solucionar o problema e o acompanhamento dos pacientes com demência recebeu as maiores avaliações (5,7 e 5,5, respectivamente), ainda que bem distantes do ideal.

Tuero *et al.* (2011) também encontraram melhores avaliações para a capacidade de solucionar o problema (6,3) e o acompanhamento dos pacientes com demência (5,7). A pior avaliação recaiu sobre a acessibilidade do serviço em situações de emergência (4,1).

Um fato peculiar que ocorreu neste estudo e no de Tuero *et al.* (2011) foi que os médicos relataram encaminhar mais os pacientes para confirmar o diagnóstico de demência do que para o controle dos sintomas comportamentais. Para os autores, isso se deve ao fato da dificuldade expressa no tempo de espera da visita e a acessibilidade dos serviços em situação de emergência. Consideram necessário estabelecer uma colaboração mais eficiente entre os cuidados primários à saúde e os serviços especializados, com protocolos assistenciais e múltiplas formas de comunicação, como a utilização de contato telefônico em horários pactuados, o uso de aplicativos, a disponibilidade de hospital-dia ou unidades de curta permanência para resolver os casos mais complexos.

O atendimento ao idoso demanda mais tempo do profissional de saúde. São anos de história e vivências a compartilhar com o profissional para que este seja capaz de identificar as necessidades de saúde. Para Tuero *et al.* (2011), a adequação da população assistida em número e faixa etária permitiria maior disponibilidade de tempo de consulta para esses pacientes. Além disso, o estreitamento da relação com o serviço especializado poderia melhorar o acompanhamento desses pacientes e permitir melhores resultados na qualidade de

seus cuidados, suporte social e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida e na de seus familiares.

Quanto à necessidade de educação permanente em demência para os profissionais da AB, os resultados deste estudo corroboram os achados da investigação de Tuero *et al.* (2011), pois 98,6% dos profissionais consideraram necessário realizar capacitação específica em demência. Entretanto, um percentual menor de médicos (49,1%) e maior de enfermeiros (75,2%) catalães referiu nunca ter participado de treinamento específico em demência.

Estudo brasileiro realizado junto aos residentes de medicina da UNIFESP também encontrou percentual de 48,0% de médicos que referiram nunca ter participado de programa de capacitação em demência. Dos 152 residentes avaliados, somente 79 (52,0%) declararam ter recebido treinamento sobre demência durante o curso de Medicina (Jacinto *et al.*, 2016).

Quanto aos enfermeiros, na ESF são considerados os gestores do cuidado das equipes, pois direcionam as necessidades de saúde da população, gerenciam os programas de assistência e replicam os treinamentos nas Unidades de Saúde. Atuam junto aos médicos, às equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e NASF, participam das discussões clínicas e coordenam a assistência referente às necessidades de saúde dos indivíduos e suas famílias. A educação permanente dos enfermeiros é, portanto, essencial para a melhoria das práticas assistenciais e o direcionamento das equipes.

Estudo realizado nas UBS com ESF da Coordenadoria Norte do município de SP avaliou o impacto do treinamento *online* intitulado *Identificação da Demência em Idosos*. Seus resultados revelaram melhora significativa do conhecimento após o treinamento, que se fundamentou na aprendizagem significativa, abrangendo quatro módulos, com os seguintes objetivos: 1) compreender a magnitude do envelhecimento da população, conhecer o custo da demência para todos os envolvidos, refletir sobre a epidemiologia do envelhecimento e sua prática profissional; 2) descrever o processo de envelhecimento de maneira geral, especificamente, o neurológico, descrever os tipos de demência e suas características, explicar os conceitos de alteração cognitiva, demência irreversível e

reversível e *delirium*; 3) identificar sinais sugestivos de alteração cognitiva no idoso, avaliar objetivamente uma queixa de alteração cognitiva, aplicar os instrumentos de avaliação cognitiva, quantificar o grau de demência, identificar os sinais e sintomas de uma possível demência reversível; 4) estabelecer condutas e cuidados para as situações identificadas, oferecer apoio, orientação e cuidados aos idosos com diagnóstico de demência e seus cuidadores, sensibilizar as equipes sobre a questão da demência em idosos, desmistificando o assunto e orientando sobre os principais sinais e sintomas (Alavarce, 2014).

Embora o treinamento tenha apresentado resultados imediatos no conhecimento dos profissionais quanto às demências, tardiamente (180 dias) esse resultado diminuiu (Alavarce, 2014). O declínio discreto na avaliação tardia sugere que, além do treinamento à distância, são necessários encontros presenciais, com espaços de discussão entre especialistas e profissionais da AB.

Em que pese a importância da implantação da AMPI-AB no município de São Paulo, persistem barreiras importantes para detectar a demência nas fases iniciais, entre elas a baixa confiança no diagnóstico, a dificuldade no acompanhamento dos pacientes com demência e a pouca disponibilidade de tempo para o atendimento. A formação específica na temática pode melhorar a confiança no diagnóstico, reduzir o tempo da consulta e diminuir as taxas de interconsultas ocasionadas pela incerteza. Assim, a formação deve ser pautada no conhecimento epidemiológico das demências, na segurança diagnóstica e no manejo dos sintomas comportamentais (Galvin, Meuser, Morris, 2012; Jefferson *et al.*, 2012; Broughton *et al.*, 2011; Cameron *et al.*, 2010; Hobday *et al.*, 2010; Kuske *et al.*, 2009).

Na presente investigação, os resultados evidenciam que, além do processo de rastreamento e diagnóstico das demências, a capacitação deve incluir ainda o manejo de drogas específicas, o acompanhamento aos pacientes, principalmente na forma mais grave da doença; a informação diagnóstica ao paciente e às famílias e o suporte ao cuidador.

Este estudo apresenta informações relevantes na busca da melhoria das práticas assistenciais referente às demências. Como limitação, destaca-se a composição da amostra, em que pode ter havido participação mais expressiva das

Unidades e dos profissionais com maior interesse no assunto e a subjetividade das respostas, baseadas na percepção dos profissionais.

Proposta de Capacitação em Demência às Equipes de Saúde da Família

7 PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO EM DEMÊNCIA ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ação educativa: Capacitação em demência para as equipes da ESF.

Justificativa

Observa-se mundialmente o aumento progressivo do número de idosos, como resultado da melhoria das condições de vida das populações e dos avanços tecnológicos na área da saúde. Esse processo tem ocasionado alterações nos perfis de morbimortalidade, com aumento de doenças crônico-degenerativas, dentre elas as demências (Camarano, 2014, 2010; Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2013; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013).

Cuidar de pessoas com demência representa uma sobrecarga para as famílias. Entretanto, o reconhecimento dos sintomas da doença pode diminuir a tensão decorrente do cuidado e contribuir para a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (Nieuwboer, Richters, Van der Marck, 2017; Silva, Passos, Barreto, 2012; *World Health Organization*, 2012; Santos *et al.*, 2011).

No Brasil, a avaliação para rastreamento de demência faz parte do Caderno de Atenção Básica a Saúde do Idoso e, em 2016, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo propôs à rede de serviços de saúde na AB a adoção do instrumento AMPI-AB e realizou a capacitação de alguns profissionais para a aplicação e atendimento a essa parcela da população (São Paulo, 2016). No entanto, ainda é pouco realizada pelos profissionais da ESF, pois muitos referem que não se sentem preparados ou não receberam capacitação para tal.

Diante da ausência de capacitação em demência para grande parte dos profissionais, do interesse dos profissionais em participar de capacitação e das lacunas de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros identificadas neste estudo, como o diagnóstico médico sendo feito mais comumente na fase moderada da doença, dificuldades no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, dificuldades na informação diagnóstica ao paciente e às famílias e escasso suporte ao cuidador, elaborou-se uma proposta de capacitação em demência para os profissionais da ESF, inicialmente os das Coordenadorias Oeste e

Centro, no intuito de contribuir para o aperfeiçoamento de suas práticas na assistência a essa parcela da população. Está pautada na sistemática de aprendizagem descrita no quadro 1, do subcapítulo de Educação Permanente em Saúde deste projeto.

Objetivo da ação

- Capacitar as equipes da ESF para o rastreamento das demências, acompanhamento aos pacientes portadores dessa condição e suporte aos cuidadores e famílias.

Conteúdo

- Processo de envelhecimento: diferenciação do “envelhecimento normal” (senescência) do comprometimento cognitivo leve, da depressão e da demência;
- Síndrome demencial: definição e tipos, testes para rastreio, diagnóstico clínico, aspectos legais das demências, informação do diagnóstico às famílias e pacientes, manejo farmacológico e não farmacológico, encaminhamento aos serviços especializados (RASPI), suporte às famílias, articulação e acompanhamento junto aos serviços especializados, custos.

Estratégias pedagógicas (Quadro 1, Capítulo 2.3)

- Exposição dialogada dos conteúdos técnicos em plataforma *online*;
- Leitura de bibliografia direcionada;
- Uso de Plataforma *online* para compartilhar experiências e tirar dúvidas, teleconferências;
- Oficinas para discussão dos possíveis casos na região de atuação, com exemplos práticos da aplicação dos testes de rastreio para demência – atividades realizadas em grupo;
- Grupos operativos de qualidade, com pessoas referências de cada Unidade;
- *Workshop*;
- Jogos;
- Teatro.

Obs.: atualmente, no município de São Paulo, uma possibilidade de plataforma *online* já em funcionamento é a EAD/SES-SP (Educação à Distância / Secretaria do Estado – São Paulo).

Número e perfil dos participantes: inicialmente, as 95 equipes de ESF das Coordenadorias Oeste e Centro do município de São Paulo: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS.

Carga horária

Para a definição da carga horária e estratégias metodológicas, considerou-se a incorporação do ensino e da aprendizagem na vida cotidiana dos profissionais. Portanto, além da prática de educação à distância, serão realizados momentos de discussão e reflexão no formato de *workshop*, teatro, oficinas e jogos, totalizando 32 horas, assim distribuídas:

- Treinamento Teórico em Plataforma *Online* – 12 horas;
- *Workshop* e Teatro – 8 horas;
- Oficinas e Jogos – 12 horas.

Material pedagógico a ser fornecido

Disponibilização de conteúdo *online*, com as seguintes temáticas: explanação sobre demências, orientações para rastreamento, manejo e suporte familiar.

Certificação

Certificados serão fornecidos aos participantes com frequência mínima de 70%.

Resultados esperados (Quadro 1, Capítulo 2.3 – identificar problemas; ampliar o conhecimento; desenvolver competências específicas e da equipe; buscar soluções, colocá-las em prática e avaliá-las)

- Compreensão do processo de envelhecimento;
- Avaliação das necessidades de saúde do idoso, incluindo o rastreamento para demências, segundo o protocolo AMPI-AB;

- Reconhecimento das demências potencialmente reversíveis e não reversíveis;
- Identificação pelas equipes dos centros de referência para encaminhamento de casos suspeitos de demência não reversível;
- Acompanhamento dos casos confirmados e suporte às famílias;
- Conhecimento dos custos da demência para a saúde e familiares;
- Engajamento da gestão e equipes de ESF na assistência ao idoso.

Estratégias de avaliação da ação e do aprendizado

As estratégias para avaliação da ação e do aprendizado serão: questionário de satisfação da participação no treinamento, questionário de retenção de conhecimento pré e pós treinamento da parte teórica.

Custo total

O custo total estimado é de R\$ 522.000,00 (ver cronograma financeiro no Quadro 2).

Financiamento

Para o financiamento da capacitação, auxílio poderá ser buscado em instituições patrocinadoras de pesquisa, tais como Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, entre outras.

Dados da instituição parceira: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Responsável pela ação educativa: Gislaine Desani da Costa

São Paulo, 02 junho de 2019.

Cronograma de execução financeira

Quadro 2 – Cronograma de execução financeira da capacitação em demência para os profissionais da Atenção Básica

Atividade	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8
Treinamento <i>Online</i>	R\$10.000,00	R\$10.000,00						
Plataforma de dúvidas <i>Online</i>	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$5.000,00	R\$5.000,00
Teatro e <i>Workshop</i> ¹		R\$32.000,00						
Oficinas e Jogos ²			R\$75.000,00	R\$75.000,00	R\$70.000,00	R\$70.000,00	R\$70.000,00	R\$70.000,00
Total mês	R\$15.000,00	R\$47.000,00	R\$80.000,00	R\$80.000,00	R\$75.000,00	R\$75.000,00	R\$75.000,00	R\$75.000,00
Total acumulado	R\$15.000,00	R\$62.000,00	R\$142.000,00	R\$222.000,00	R\$297.000,00	R\$372.000,00	R\$447.000,00	R\$522.000,00

1 (dois evento para até 430 pessoas); 2 (86 oficinas para até 30 pessoas).

Conclusão

8 CONCLUSÃO

As conclusões deste estudo foram:

- **Confiabilidade do instrumento:** 86,0% dos itens do instrumento, em suas versões para médicos e enfermeiros (ASDVAB-M e ASDVAB-E) tiveram sua estabilidade avaliada como forte (69; 46,0%) e quase perfeita/alta (60; 40,0%); 13,3% como moderada e 0,7%, como regular, o que permite recomendar seu uso para identificar necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da AB no acompanhamento das demências;
- **Conhecimento e necessidades educacionais de médicos e enfermeiros no atendimento às demências:** foram identificadas lacunas no conhecimento relacionadas ao processo de rastreamento e diagnóstico das demências; acompanhamento aos pacientes, principalmente na forma mais grave da doença; o manejo de drogas específicas; informação diagnóstica ao paciente e às famílias e suporte ao cuidador;
- **Proposta de capacitação em demência para as equipes da ESF, no âmbito da AB:** tendo em vista as lacunas de conhecimento identificadas, elaborou-se uma proposta de capacitação em demência para os profissionais da ESF, visando ao aperfeiçoamento da qualidade da assistência das equipes de saúde da família.

Implicações para a Prática

9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As lacunas de conhecimento referentes às demências evidenciadas nesta pesquisa constituem preocupação de caráter mundial. Países de primeiro mundo já estão se organizando há mais de duas décadas para enfrentar o estigma e a exclusão social associados à demência, superar o conhecimento restrito no assunto e reduzir os custos relacionados ao cuidado.

No Brasil, país em transição demográfica e epidemiológica e com escassa mão de obra especializada na assistência aos idosos, esta investigação fornece informações para fundamentar propostas de capacitação em demência para os profissionais da ESF e, também, para a Educação Permanente na Saúde do Idoso.

Além disso, propicia dados para que os gestores de saúde planejem as agendas das equipes de ESF considerando o atendimento à população idosa por faixa etária, e não por doenças, como a diabetes e hipertensão, por exemplo, e para que as Instituições de Ensino repensem e adequem os seus currículos de formação profissional, considerando o cuidado a essa parcela da população. Tal movimento pode contribuir para a melhoria das práticas assistenciais a essa parcela da população, além da redução dos custos associados à falta de conhecimento dos profissionais e cuidadores na temática das demências.

Por fim, ressalta-se a necessidade de um redimensionamento das equipes de ESF, considerando-se o aumento de serviços e programas que passaram a serem gerenciados pelos profissionais da AB nos últimos anos.

Referências

10 REFERÊNCIAS

- Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. Caregiver burden and its determinants among the family members of patients with dementia in Iran. *Int J Prev Med*. 2012;3(8):544-51.
- Abreu, CB, Val EM. Public health policies for the elderly with Alzheimer's disease. *Novos Estudos Jurídicos*. 2015;20(2):727-54.
- Ahmad S, Orrell M, Iliffe S, Gracie A. GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract*. 2010;60(578):360-5.
- Alavarce DC. Desenvolvimento e avaliação da reação, aprendizagem e impacto de treinamento online para profissionais de saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2014.
- Alexandre NMC, Colluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;17(7):3061-8.
- Alves MB, Menezes MR, Felzemburg RDM, Silva VA, Amaral JB. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):1-8.
- Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Cad Saúde Colet*. 2014;22(1):62-8.
- Baloch S, Moss SB, Nair R, Tingle L. Practice patterns in the evaluation and management of dementia by primary care residents, primary care physicians, and geriatricians. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2010;23(2):121-5.
- Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Washington DC: Banco Mundial; 2011 [citado 2015 jun. 29]. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf
- Barbosa LFLN. Conhecimento e atitude dos médicos e enfermeiros do PSF de Piracicaba no atendimento de idosos demenciados [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia; 2014.
- Barcellos AP, Souza F, Mello HL, Florentino J, Souza S, Bianco T. Right to healthcare and priorities: introduction to an inevitable debate. *Rev Direito GV*. 2017;13(2):457-83.
- Bauab JP, Emmel MLG. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):339-52.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.

Bidarra MJMP. Sobrecarga do familiar cuidador da pessoa com quadro de demência, em contexto domiciliário [dissertação]. Setúbal: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal; 2013.

Borges GM, Campos MB, Silva LGC. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. 2015. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informação demográfica e econômica. Mudanças demográficas no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população. 2015 [citado 2016 mai. 23]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>

Borges TMB, Detoni PP. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. Cad Psicol Soc do Trab. 2017;20(2);143-57.

Borson S, Frank L, Bayley PJ, Boustani M, Dean M, Lin PJ, *et al*. Improving dementia care: the role of screening and detection of cognitive impairment. *Alzheimers Dement*. 2013;9(2):151-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília; 2003 [citado 2017 set. 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1298, de 21 de novembro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília; 2013 [citado 2015 set. 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1298_21_11_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006c [citado 2015 set. 11]. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 228, de 10 de maio de 2010. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas – Doença de Parkinson. Brasília; 2010b [citado 2015 set. 14]. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/ProtocoloClinicoDoencaDeParkinson.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 2011 [citado 2017 set. 19]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 491, de 23 de setembro de 2010. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas – Doença de Alzheimer. Brasília; 2010a [citado 2015 set. 13]. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/ProtocoloClinicoAlzheimer.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 843, de 6 de novembro de 2002. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas – demência por doença de Alzheimer –

Rivastigmina, Galantamina e Donepezil, a ser implantado em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília; 2002 [citado 2015 jun. 29]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-843.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília; 2004a [citado 2015 out. 01]. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria198.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2007 [citado 2015 jun. 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2017 [citado 2019 set. 09]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília; 2014 [citado 2015 jun. 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2006b [citado 2017 set. 19]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1837.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. 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. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília; 2018 [citado 2019 abr. 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília; 2004b [citado 2015 out. 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília; 2005 [citado 2015 out. 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília; 2009 [citado 2015 jun. 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

Brito GEG, Mendes ACG, Neto PMS, Farias DN. Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital do nordeste do Brasil. Rev APS. 2016;19(3):434-45.

Brodaty H, Woodward M, Boundy K, Ames D, Balshaw R. Prevalence and predictors of burden in caregivers of people with dementia. Am J Psychiatry Geriatr. 2014;22(8):756-65.

Broughton M, Smith ER, Baker R, Angwin AJ, Pachana NA, Copland DA, *et al.* Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: a controlled pretest-posttest study with nursing home staff. Int J Nurs Stud. 2011;48(11):1436-44.

Buhagiar K, Afzal N, Cosgrave M. Behavioural and psychological symptoms of dementia in primary care: a survey of general practitioners in Ireland. Ment Health Fam Med. 2011;8(4): 227-34.

Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(10):2949-56.

Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010 [citado 2016 mai. 23]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf

Camarano AM. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea; 2014 [citado 2016 mai. 23]. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf

Cameron MJ, Horst M, Lawhorne LW, Lichtenberg PA. Evaluation of academic detailing for primary care physician dementia education. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2010;25(4):333-9.

Carpenter BD, Balsis S, Otilingam PG, Hanson PK, Gatz M. The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: development and psychometric properties. *Gerontologist*. 2009;49(2):236-47.

Ceccim, RB. Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Comunic, Saúde, Educ*. 2005;9(16):161-77.

César KG, Brucki SM, Sonia MD, Takada, LT, Nascimento LF, Nitrini R, *et al*. Prevalence of cognitive impairment without dementia and dementia in Tremembé, Brazil. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2016;30(3):264-71.

Chaves ML, Camozzato AL, Godinho C, Piazenski I, Kaye J. Incidence of mild cognitive impairment and Alzheimer disease in Southern Brazil. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2009;22(3):181-7.

Cheng ST. Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(9):64.

Chies PV. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho *Rev Estud Fem*. 2010;18(2):507-28.

Costa GD, Souza RA, Yamashita CH, Pinheiro JCF, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências: adaptação transcultural de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):298-308.

Costa J, Maia ACB. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psic: Teor Pesq*. 2009;25(1):55-63.

Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EVP, Junior WSS, Filho ZCG, *et al*. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro. 2013;8(27):90-6.

Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl. 1):1029-42.

Damno HS, Moriyama MC, Pícoli RP, Sartori BG, Asato SMM, Carvalho GC, *et al*. Perfil profissional dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Campo Grande – MS. *Rev Psicol*. 2013;16(25):125-37.

Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em

Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília; 2009. p. 39-58 [citado 2015 jun. 29]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(6):1869-78.

Fleiss JL, Cohen J. The Equivalence of Weighted Kappa and the Intraclass Correlation Coefficient as Measures of Reliability. Educ Psychol Measurement. 1973;33(3):613-9.

Fornari LHT, Garcia LP, Hilbig A, Fernandez LL. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? Sci Med. 2010;20(2):185-93.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996 [citado 2016 nov. 30]. Disponível em: <http://forumeja.org.br/files/Autonomia.pdf>

Fundo de População das Nações Unidas. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio Resumo Executivo. 2012 [citado 2016 nov. 14]. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

Galvin JE, Meuser TM, Morris JC. Improving physician awareness of Alzheimer disease and enhancing recruitment: the Clinician Partners Program. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2012;26(1):61-7.

Gratão ACM, Vale FAC, Cruz MR, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, *et al.* The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):873-80.

Haddad AE, Brenelli SL, Passarella MT, Ribeiro TCV. Política nacional de educação na saúde. Rev Baiana Saúde Pública. 2008;32(Supl1):98-114.

Hausner L, Damian M, Jekel K, Richter M, Frölich L. Attitudes toward dementia management in Germany: data from the impact survey (important perspectives on Alzheimer's care and treatment. Dtsch Med Wochenschr. 2012;137(25-26):1351-5.

Herrera Jr E, Caramelli P, Silveira ASB, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling brazilian population. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2002;16(2):103-8.

Hobday JV, Savik K, Smith S, Gaugler JE. Feasibility of internet training for care staff of residents with dementia: the CARES program. J Gerontol Nurs. 2010;36(4):13-21.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060. Projeção da população das Unidades da Federação por sexo e idade 2000-2030. 2013 [citado 2016 mai. 23]. Disponível em:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. População do Brasil. 2016 [citado 2016 mai. 23]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. 2018 [citado 2019 mar. 19]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101628.pdf>

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. São Paulo: IESS; 2013 [citado 2016 mai. 26]. Disponível em: www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. A participação das ONGs nas políticas públicas: o ponto de vista de gestores federais. Texto para discussão. Brasília; 2014 [citado 2017 jun. 23]. Disponível em: http://portal.convenios.gov.br/images/docs/MROSC/Estudos_e_Pesquisas/ponto_de_vista_dos_gestores_federais.pdf

Irigaray TQ, Schneider RH, Gomes I. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicol Reflex Crit.* 2011;24(4):810-8.

Irwing P, Booth T, Hughes DJ. *The Wiley handbook of psychometric testing*. London, England: John Wiley; 2018.

Jacinto AF, Boas PJFV, Mayoral VFS, Citero VA. Knowledge and attitudes towards dementia in a sample of medical residents from a university-hospital in São Paulo, Brazil. *Dement Neuropsychol.* 2016;10(1):37-41.

Jefferson AL, Cantwell NG, Byerly LK, Morhardt D. Medical student education program in Alzheimer's disease: The PAIRS Program. *BMC Med Educ.* 2012;12(80):1-8.

Joanna Briggs Institute. Assisting caregivers to support people with dementia: evidence-based information sheets for health professionals. *Best Practice.* 2010;14(9):1-4.

Kuske B, Sorte T, Hanns S, Matschinger H, Angermeyer MC, Behrens J, *et al.* Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *Int Psychogeriatr.* 2009;21(2):295-308.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33(1):159-74.

Lima-Silva TB, Yassuda MS. Treino Cognitivo e Intervenção Psicoeducativa para Indivíduos Hipertensos: Efeitos na Cognição. *Psicol Reflex Crit.* 2012;25(1):30-40.

Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Laurenti R. Desigualdades nas condições de saúde e no uso de serviços entre as pessoas idosas do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. *Saúde Colet.* 2008;5(24):189-94.

Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991. [citado 2015 jun. 29]. Disponível em: https://tbrieder.org/publications/books_english/lemeshow_samplesize.pdf

Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(5):605-10.

Marandola TR, Marandola CMR, Melchior R, Baduy RS. Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. *Rev Esp Saúde.* 2009;10(2):53-60.

Marques CS. Escala de atitudes frente à demência – contributos para a validação [dissertação]. Aveiro: Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde; 2012.

Martín-Carrasco M, Arranz FJ. Perspectives of Spanish psychiatrists on the management of dementias: the PsicoDem survey. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;9(14):1-9.

Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. *RBGN.* 2006;8(20):1-12.

Martins MCH, Mello KRC. Boletim CEInfo Informativo Censo Demográfico 2010. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação. São Paulo; 2012 [citado 2015 jun. 29]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Censo_03.pdf

Medina MG, Almeida PF, Lima JG, Moura D, Giovanella L. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde Debate.* 2018;42(Esp.1):346-60.

Melo APR, Mesquita GV, Alves ELM, Valle ARMC, Moura MEB. Ações de profissionais da Estratégia Saúde da Família na detecção da doença renal crônica. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(5):1635-44.

Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 512.

Menezes JRM, Luvisaro BMO, Rodrigues CF, Muzi CD, Guimarães RM. Confiabilidade teste-reteste da versão Brasileira do instrumento Memorial Symptom Assessment Scale para avaliação de sintomas em pacientes oncológicos. *Einstein.* 2017;15(2):148-54.

Nieuwboer MS, Richters A, Van der Marck MA. Triple aim improvement for individuals, services and society in dementia care : The DementiaNet collaborative care approach. *Z Gerontol Geriatr.* 2017;50(Suppl 2):78-83.

Nitrini R, Bottino CM, Albala C, Custodio Capuñay NS, Ketzoian C, Llibre Rodriguez JJ, *et al.* Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *Int Psychogeriatr*. 2009;21(4):622-30.

Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M, *et al.* Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004;18(4):241-6.

Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(4):322-9.

O'Connor M, McFadden, S. Development and psychometric validation of the dementia attitudes scale. *International Journal of Alzheimer's Disease*. 2010;1-10.

Oliveira D, Walter AS, Bach TM. Critérios de validade em pesquisas em estratégia: uma análise em artigos publicados no EnANPAD de 1997 a 2010. III Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade; 2011. p. 1-17.

Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da Atenção Primária. *Rev Bras de Educ Méd*. 2016;40(4):547-59.

Parmar J, Dobbs B, McKay R, Kirwan C, Cooper T, Marin A, *et al.* Diagnosis and management of dementia in primary care: exploratory study. *Can Fam Physician*. 2014;60(5):457-65.

Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 196.

Pavoni DS, CRG Medeiros. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(2):265-71.

Pimlott NJG, Persaud M, Drummond N, Cohen CA, Silvius JA, Seigel K. Family physicians and dementia in Canada. *Can Fam Physician*. 2009;55(5):508-9.

Polit DF, Beck CT. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 339-426.

Poltroniere S, Cecchetto FH, Souza EN. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):270-8.

Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*. 2013;9(1):63-75.

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(6):1027-34.

Santos RL, Sousa MFB, Brasil D, Dourado M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Clín*. 2011;38(4):161-7.

São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo - 461 anos de São Paulo - O envelhecimento e a dinâmica populacional dos distritos paulistanos. São Paulo; 2015 [citado 2017 set. 22]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/midia/spdemografico/SP-Demografico-n1-jan2015-final-2.pdf>

São Paulo. Secretaria de Saúde. Documento norteador: Unidade de Referência à Saúde do Idoso do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. São Paulo; 2016 [citado 2017 set. 22]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADOR%20URSIversaofinal09012017.pdf>

Seima MD, Lenardt MH. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Text Cont*. 2011;10(2):388-98.

Silva APLL, Nóbrega OT, Côrte B. O olhar dos conselheiros de saúde da Região Metropolitana de São Paulo sobre serviços de saúde para idosos: 'quem cuidará de nós em 2030?' *Saúde Debate*. 2015;39(105):469-79.

Silva CF, Passos VMA, Barreto SM. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):707-31.

Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes EFPA. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1109-20.

Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(3):557-61.

Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649-59.

Souza LL, Araújo DB, Silva DS, Bêrredo VCM. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectivade estudantes. *Ciênc Cogn*. 2014;19(2):218-32.

Springate BA, Tremont G. Dimensions of caregiver burden in dementia: impact of demographic, mood, and care recipient variables. *Am J Psychiatry Geriatr*. 2014;22(3):294-300.

Tavares A. *Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 234-7.

Tavares PN, Schmidt JH, Witter C. Efeitos de um programa de intervenção no desempenho cognitivo e sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados. *Rev Kairós Gerontol.* 2015;18(2):103-23.

Tonelli BQ, Leal APR, Tonelli WFQT, Veloso DCMD, Gonçalves DP, Tonelli SQ. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO UPF.* 2018;23(2):180-5.

Tuero GC, Garre-Olmo J, Lòpez-Pousa S, Vilalta J, Limon E, Caja C. Percepción, actitudes y necesidades de los profesionales de atención primaria con relación al paciente con demencia. *Atenc Primaria.* 2011;43(11):585-94.

Tullo E, Allan L. What should we be teaching medical students about dementia? *Int Psychogeriatr.* 2011;23(7):1044-50.

United Nations. Department of economic and social affairs. Population division (2011). World population prospects: the 2010 revision, volume I: comprehensive tables. 2015 [citado 2016 mai. 26]. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2010/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf

Van den Dungen P, Van Marwijk HW, Van der Horst HE, Moll Van Charante EP, Macneil Vroomen J, Van de Ven PM, *et al.* The accuracy of family physicians' dementia diagnoses at different stages of dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(4):342-54.

Veras RP, Oliveira M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23(6):1929-36.

Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli, A. The waiting time for specialized medical consultations in a small municipality of Minas Gerais, Brazil. *Rev Min Enferm.* 2015;19(1):72-8.

Wang Y, Xiao LD, Ullah S, Ele GP, De Bellis A. Evaluation of a nurse-led dementia education and knowledge translation programme in primary care: a cluster randomized controlled trial. *Nurse Educ Today.* 2017;49:1-7.

Wilcock J, Iliffe S, Griffin M, Jain P, Thuné-Boyle I, *et al.* Tailored educational intervention for primary care to improve the management of dementia: the EVIDEM-ED cluster randomized controlled trial. *Trials.* 2013;14:397.

World Health Organization. Dementia: a public health priority. 2012 [citado 2015 jun. 29]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf

Apêndices e Anexos

APÊNDICE A – INSTRUMENTO ATENÇÃO SANITÁRIA ÀS DEMÊNCIAS: A VISÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – VERSÃO PARA MÉDICOS (ASDVAB-M)

Orientações para uso do instrumento direcionado ao médico

O questionário é composto por perguntas que possuem diferentes tipos de respostas. Por este motivo, solicitamos que, **antes** de responder, **leia atentamente** a forma de resposta de cada uma das perguntas.

Há perguntas com respostas múltiplas. Para assinalar cada uma das respostas, utilize um **X**.

Há perguntas em que uma série de fatores devem ser identificados e classificados quanto à sua importância (**da maior para a menor importância**).

Responda essas questões conforme apresentado no exemplo a seguir:

⇒ Exemplo:

Quais problemas considera que o sistema de saúde apresenta?	
-Carga de trabalho	
-Falta de tempo para o paciente	1
-Estrutura organizacional	2
-Falta de profissionais	

Com esta resposta, indica-se que o principal problema é a falta de tempo para o paciente, seguido pela estrutura organizacional. Não são considerados problemas a carga de trabalho e a falta de profissionais.

No caso de alguma dúvida sobre como responder a alguma das perguntas, solicite informações ao responsável por essa pesquisa.

O questionário é **absolutamente anônimo** e será considerado em conjunto com os outros instrumentos respondidos nesta pesquisa.

Também pedimos para não deixar **nenhuma pergunta sem resposta**, pois isso pode invalidar o questionário.

1. Em que ano você nasceu?		
2. Onde você realizou o curso de Graduação em Medicina?		
☐ Brasil		☐ Outro país (especifique):
3. Sexo?	☐ Masculino	☐ Feminino
4. Quanto tempo de experiência de trabalho você tem na Atenção Básica?		
5. Há quanto tempo você trabalha nesta unidade da Atenção Básica?		Desde: ____/____/____
6. Você considera necessário realizar atividades de capacitação específica em demência?		☐ Sim ☐ Não
7. Você tem participado de atividades de capacitação específica sobre o diagnóstico e o tratamento da demência?		
☐ Não, nunca	☐ Sim, no último ano	☐ Sim, entre 2 e 4 anos atrás ☐ Sim, há 5 anos ou mais
8. Qual é o percentual aproximado de pessoas com 60 anos ou mais entre os seus pacientes?		
☐ <5%	☐ 5-9%	☐ 10-14% ☐ 15-19% ☐ 20-24% ☐ >=25%
9. Com que frequência você faz diagnóstico de demência?		
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes ☐ Frequentemente

*Adaptação transcultural do instrumento: *Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L'Atenció Primària*

10. Nos últimos 12 meses, aproximadamente, quantos casos de demência você detectou?					
() Nenhum	() Entre 1 e 4	() Entre 5 e 9	() Entre 10 e 14	() Entre 15 e 20	() 20 ou mais

11. Qual é o número aproximado de consultas que você realiza por mês para pacientes com demência?					
() Nenhum	() Entre 1 e 4	() Entre 5 e 9	() Entre 10 e 14	() Entre 15 e 20	() 20 ou mais

12. Em qual fase da demência você diagnostica mais frequentemente seus pacientes?			
() Leve	() Moderada	() Grave	() Não diagnostico, encaminhado ao especialista

13. Quais são as dificuldades que você encontra para identificar um caso de demência? (selecione e ordene <u>somente aquelas que são uma dificuldade para você</u>, da maior para a menor dificuldade)	
- Diferenciar os sinais e sintomas de demência do envelhecimento normal	
- Diferenciar os sinais e sintomas da demência da depressão geriátrica	
- Pouca confiabilidade dos testes de memória	
- Pouca utilidade dos exames complementares (neuroimagem e/ou laboratoriais)	
- Outras (especifique):	
- Não tenho dificuldades para identificar um caso de demência	()

14. Quais os sinais e sintomas que levam você a suspeitar de um diagnóstico de demência? (selecione e ordene <u>somente aqueles que você utiliza</u>, da maior para a menor importância)	
- Sintomas psicológicos e comportamentais das demências (depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade etc.)	
- Comprometimento cognitivo com alterações de memória	
- Comprometimento cognitivo sem alterações de memória	
- Comprometimento da capacidade de executar atividades da vida diária (AVDs)	
- Outros (especifique):	

15. Quais são os aspectos que dificultam você no momento de realizar um diagnóstico de demência? (selecione e ordene <u>somente aqueles que dificultam você</u>, da maior para a menor importância)	
- Pouca confiança sobre o diagnóstico (dúvidas quanto ao paciente realmente ter uma demência)	
- Pensar que o diagnóstico deve ser feito pelo serviço especializado	
- Pouca utilidade do diagnóstico (não traz benefício nenhum para o paciente)	
- Efeito negativo do diagnóstico sobre o paciente	
- Efeito negativo do diagnóstico no ambiente familiar e social do paciente	
- Dificuldades em dar más notícias	
- Falta de tempo para realizar o processo de diagnóstico (aplicar testes, análises etc.)	
- Outros (especifique):	
- Nenhum aspecto me dificulta, tento diagnosticar todos os casos detectados	()

16. Com base na lista a seguir, de testes para avaliar a função cognitiva e a capacidade funcional, quais você utiliza habitualmente em sua prática clínica? (selecione e ordene <u>somente aqueles que você utiliza</u>, da maior para a menor utilização)	
Função Cognitiva:	
- Miniexame do estado mental	
- Avaliação cognitiva-funcional global (CDR)	
- Teste de fluência verbal categoria animal e/ou frutas	
- MOCA	

- Lista de palavras do CERAD	
- Teste de nomeação de Boston	
- Teste do desenho do relógio	
- Questionário de avaliação do comprometimento cognitivo do idoso por informante (IQCODE)	
- Inventário Neuropsiquiátrico	
- Escala isquêmica de Hachinski	
- Outros (especifique):	
- Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a função cognitiva	()
Capacidade Funcional:	
- Teste de Pfeffer	
- Índice de Katz	
- Teste de Lawton	
- Índice de Barthel	
- Outros (especifique):	
- Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a capacidade funcional	()

17. Quais exames complementares você solicita habitualmente para realizar o diagnóstico do subtipo de demência? (Ex.: Alzheimer, demência vascular etc.) (resposta múltipla, selecione todos os testes solicitados em sua prática clínica)

- Hemograma	
- Bioquímica com glicemia	
- Enzimas hepáticas	
- Coagulograma	
- TSH	
- Vitamina B ₁₂	
- Ácido fólico	
- Sorologia para HIV	
- Sorologia para sífilis	
- Função renal	
- Cálcio	
- Fósforo	
- Eletrocardiograma	
- Eletroencefalograma	
- Tomografia computadorizada do crânio	
- Ressonância magnética do crânio	
- Tomografia por emissão única de fótons - SPECT	
- PET	
- Espectroscopia por ressonância magnética do crânio	
- Punção lombar	
- Punção lombar com dosagem das proteínas características da doença de Alzheimer	
- Outros (especifique):	
- Não faço o diagnóstico do subtipo de demência, encaminho para um especialista	()

18. Com qual frequência você informa o diagnóstico de demência?

Ao paciente:	Aos familiares:
() Nunca	() Nunca
() Raramente	() Raramente
() Às vezes	() Às vezes
() Frequentemente	() Frequentemente

19. Quais são os fatores que mais têm influência para você não informar ao paciente que ele sofre de uma demência? (selecione e ordene <u>somente aqueles que influenciam você</u>, da maior para a menor influência)	
- Estar em um estágio avançado da doença	
- Ter mais de 80 anos	
- Não ter capacidade suficiente para compreender a informação sobre o diagnóstico	
- Possibilidade de o diagnóstico provocar efeitos negativos sobre o humor do paciente	
- Possibilidade de o diagnóstico provocar efeitos negativos sobre a vida diária do paciente	
- A família não querer que o paciente conheça o diagnóstico	
- A impossibilidade de realizar um tratamento farmacológico específico	
- Não existe nenhum fator que me influencie, sempre informo ao paciente e à família sobre o diagnóstico de demência	()

20. Em sua programação diária, você habitualmente programa visitas domiciliárias para tratamento e acompanhamento de pacientes com demência?	
() Sim	() Não

21. Você encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave?	
() Sim (vá para a questão 21a)	() Não (vá para a questão 22)
21a. Por quais motivos? (resposta múltipla, <u>selecione todos os motivos</u> que você considerar)	
() O tratamento farmacológico é complexo	() Não há suporte de atendimento especializado
() Exigem muitas visitas domiciliárias	() Suas demandas não são solucionáveis na Atenção Básica
() Outros (especifique):	

22. Com qual frequência você costuma planejar acompanhamento específico para o cuidador do paciente com demência?			
() Nunca	() Raramente	() Às vezes	() Frequentemente

23. Em sua opinião, quais são as principais dificuldades para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com demência na Atenção Básica? (selecione e ordene <u>somente aquelas que você considerar como dificuldade</u>, da maior para a menor importância)	
- O tratamento com fármacos específicos (anticolinesterásicos e/ou memantina)	
- O tratamento farmacológico com antidepressivos	
- O tratamento farmacológico com antipsicóticos (típicos ou atípicos)	
- O tratamento farmacológico com sedativos, benzodiazepínicos e hipnóticos	
- O tratamento farmacológico da rigidez, do tremor e de outros distúrbios neurológicos	
- As necessidades de apoio do cuidador e/ou da família	
- O acompanhamento e o tratamento do paciente com demência requer uma grande quantidade de tempo, não disponível na Atenção Básica	
- Não encontro dificuldade nenhuma em realizar o acompanhamento e o tratamento dos pacientes com demência	()

24. Quando você planeja o encaminhamento de pacientes para diagnóstico e/ou controle, quais serviços médicos especializados existem na sua área de referência? (resposta múltipla, <u>selecione todas as respostas aplicáveis</u>)	
() AME	() Serviço de neurologia hospitalar
() Centro de Referência do Idoso	() Neurologista de referência
() Ambulatório de Especialidades em Demências	() Outros (especifique):

25. Em porcentagem, quantos pacientes com demência você encaminha aos serviços especializados para confirmar o diagnóstico?				
() <10%	() 11-25%	() 26-50%	() 51-75%	() >75%
Não encaminho nenhum caso de demência aos serviços especializados				()

26. Em porcentagem, quantos pacientes com demência você encaminha aos serviços especializados para controle de distúrbios comportamentais?				
() <10%	() 11-25%	() 26-50%	() 51-75%	() >75%
Não encaminho nenhum caso de demência aos serviços especializados				()

27. Dê pontuação ao seu nível de satisfação (de 1 a 10) referente aos serviços médicos especializados em relação aos casos de demência que encaminhou (1 significa a mínima satisfação possível e 10 a máxima satisfação possível)	
- Tempo de espera desde a solicitação de visita até a visita ao paciente	
- Devolução de informações ao serviço de Atenção Básica	
- Capacidade de solucionar	
- Acompanhamento do paciente	
- Acessibilidade do serviço em situações de emergência	
- Não encaminhei nenhum caso de demência aos serviços especializados	()

28. Caso clínico
 Imagine que você está no seu consultório e observa que na sala de espera está o Sr. João (71 anos de idade), sentado com a esposa dele. Você se aproxima dele e o cumprimenta, mas percebe que ele não o reconhece. Ainda que tenha sido o médico dele nos últimos 15 anos e que até há um ano atrás o Sr. João ajudava no açougue da esposa dele, onde você geralmente faz compras, ele só o reconheceu quando a esposa explicou quem você era. A esposa informa que veio ao consultório porque nos últimos meses o Sr. João tem demonstrado alguns problemas de memória, tem esquecido onde deixa suas coisas, tem tido problemas para lidar com as contas da casa, tem estado triste e, em determinada ocasião, ficou desorientado com o carro quando voltavam para a casa por uma rua conhecida. A esposa dele comenta que teme que o Sr. João tenha Alzheimer.

⇒ Após realizar o estudo e diagnosticar a doença de Alzheimer no Sr. João, indique o nível de recomendação das intervenções a seguir:

Indique o nível de recomendação para cada intervenção conforme a seguinte codificação numérica					
Não recomendaria...			Recomendaria...		
Nunca [1]	Quase nunca [2]	Poucas vezes [3]	Algumas vezes [4]	Quase sempre [5]	Sempre [6]
- Vitaminas			- Exercícios de memória (gerais)		
- Tratamentos naturais/ervas			- Estimulação cognitiva (específica)		
- Remédios anticolinesterásicos			- Musicoterapia, aromaterapia		
- Memantina			- Assistência em um centro dia para idosos		
- Antidepressivos tricíclicos			- Ingresso em uma instituição de longa permanência		
- Antidepressivos ISRS			- Encaminhamento a um especialista		
- Antipsicóticos típicos			- Visita de um(a) assistente social		
- Antipsicóticos atípicos			- Associação de familiares de pacientes com Alzheimer		

APÊNDICE B – INSTRUMENTO ATENÇÃO SANITÁRIA ÀS DEMÊNCIAS: A VISÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – VERSÃO PARA ENFERMEIROS (ASDVAB-E)

Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica*

Orientações para uso do instrumento direcionado ao Enfermeiro

O questionário é composto por perguntas que possuem diferentes tipos de respostas. Por este motivo, solicitamos que, **antes** de responder, **leia atentamente** a forma de resposta de cada uma das perguntas.

Há perguntas com respostas múltiplas. Para assinalar cada uma das respostas, utilize um **X**.

Há perguntas em que uma série de fatores devem ser identificados e classificados quanto à sua importância (**da maior para a menor importância**). Responda essas questões conforme apresentado no exemplo a seguir:

⇒ Exemplo:

Quais problemas considera que o sistema de saúde apresenta?	
-Carga de trabalho	
-Falta de tempo para o paciente	1
-Estrutura organizacional	2
-Falta de profissionais	

Com esta resposta, indica-se que o principal problema é a falta de tempo para o paciente, seguido pela estrutura organizacional. Não são considerados problemas a carga de trabalho e a falta de profissionais.

No caso de alguma dúvida sobre como responder a alguma das perguntas, solicite informações ao responsável por essa pesquisa.

O questionário é **absolutamente anônimo** e será considerado em conjunto com os outros instrumentos respondidos nesta pesquisa.

Também pedimos para não deixar **nenhuma pergunta sem resposta**, pois isso pode invalidar o questionário.

1. Em que ano você nasceu?		
2. Onde você realizou o curso de Graduação em Enfermagem?		
☐ Brasil		☐ Outro país (especifique):
3. Sexo?	☐ Masculino	☐ Feminino
4. Quanto tempo de experiência de trabalho você tem na Atenção Básica?		
5. Há quanto tempo você trabalha nesta unidade da Atenção Básica?		Desde: ____/____/____
6. Você considera necessário realizar atividades de capacitação específica em demência?		☐ Sim ☐ Não
7. Você tem participado de atividades de capacitação específica em demência?		
☐ Não, nunca	☐ Sim, no último ano	☐ Sim, entre 2 e 4 anos atrás ☐ Sim, há 5 anos ou mais
8. Qual é o percentual aproximado de pessoas com 60 anos ou mais entre os seus pacientes?		
☐ <5%	☐ 5-9%	☐ 10-14% ☐ 15-19% ☐ 20-24% ☐ ≥25%
9. Nos últimos 12 meses, aproximadamente, quantos novos casos de demência você atendeu durante a consulta de enfermagem?		
☐ Nenhum	☐ Entre 1 e 4	☐ Entre 5 e 9 ☐ Entre 10 e 14 ☐ Entre 15 e 20 ☐ 20 ou mais

*Adaptação transcultural do instrumento: *Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L'Atenció Primària*

10. Qual é o número aproximado de consultas que você realiza por mês para pacientes com demência?					
☐ Nenhum	☐ Entre 1 e 4	☐ Entre 5 e 9	☐ Entre 10 e 14	☐ Entre 15 e 20	☐ 20 ou mais

11. Quais são os sinais e os sintomas que você utiliza como base para suspeitar de uma possível demência e encaminhar o paciente para o médico? (selecione e ordene <u>somente aqueles que você utiliza</u>, da maior para a menor importância)	
- Sintomas psicológicos e comportamentais das demências (depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade etc.)	
- Comprometimento cognitivo com alterações de memória	
- Comprometimento cognitivo sem alterações de memória	
- Comprometimento da capacidade de executar atividades da vida diária (AVDs)	
- Outros (especifique):	

12. Com base na lista a seguir, de testes para avaliar a função cognitiva e a capacidade funcional, quais você utiliza habitualmente em sua prática clínica? (selecione e ordene <u>somente aqueles que você utiliza</u>, da maior para a menor utilização)
--

Função Cognitiva:	
- Miniexame do estado mental	
- Avaliação cognitiva-funcional global (CDR)	
- Teste de fluência verbal categoria animal e/ou frutas	
- MOCA	
- Lista de palavras do CERAD	
- Teste de nomeação de Boston	
- Teste do desenho do relógio	
- Questionário de avaliação do comprometimento cognitivo do idoso por informante (IQCODE)	
- Inventário Neuropsiquiátrico	
- Escala isquêmica de Hachinski	
- Outros (especifique):	
- Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a função cognitiva	☐
Capacidade Funcional:	
- Teste de Pfeffer	
- Índice de Katz	
- Teste de Lawton	
- Índice de Barthel	
- Outros (especifique):	
- Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a capacidade funcional	☐

13. Em sua programação diária, você habitualmente programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência?	
☐ Sim	☐ Não

14. Você encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave?	
☐ Sim (vá para a questão 14a)	☐ Não (vá para a questão 15)
14a. Por quais motivos? (resposta múltipla, <u>selecione todos os motivos que você considerar</u>)	
☐ Por serem pacientes difíceis	☐ Não há suporte de atendimento especializado
☐ Exigem muitas visitas domiciliares	☐ Suas demandas não são solucionáveis na Atenção Básica
☐ Outros (especifique):	

15. Com qual frequência você costuma planejar acompanhamento específico para o cuidador do paciente com demência?			
() Nunca	() Raramente	() Às vezes	() Frequentemente

16. Em sua opinião, quais são as funções que a equipe de enfermagem deve desenvolver para acompanhamento de pacientes com demência na Atenção Básica? (selecione e ordene <u>todas as que você considerar</u>, da maior para a menor importância)	
- Avaliação periódica do comprometimento cognitivo	
- Avaliação periódica do comprometimento funcional	
- Controle da(s) comorbidade(s) apresentada(s) pelo(a) paciente	
- Controle da prescrição farmacológica e acompanhamento terapêutico	
- Avaliação de riscos no domicílio	
- Realização de atividades de estimulação cognitiva	
- Apoio às necessidades do cuidador e/ou da família	
- Outras (especifique):	

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Gislaine Desani da Costa, enfermeira, COREN 169.220, sou aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível de doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Minha orientadora é a Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Convido-o(a) a participar desta pesquisa científica intitulada **NECESSIDADES EDUCACIONAIS DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO ÀS DEMÊNCIAS**. O objetivo principal desta investigação é avaliar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no atendimento às demências, a fim de elaborar uma proposta de capacitação às equipes de SF na temática, no âmbito da Atenção Básica.

Se for de seu interesse participar deste estudo, informo que a coleta de dados será realizada por meio da autoaplicação do instrumento *Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica*, desenvolvido na Espanha e adaptado culturalmente para o Brasil em estudo prévio. O intuito é que você responda às questões, não deixando nenhuma sem resposta. Quatorze dias após esta primeira aplicação do instrumento, você será solicitado a responder novamente as mesmas questões. Esse procedimento, chamado teste-reteste, visa avaliar a confiabilidade do instrumento. O tempo médio de resposta do instrumento é de 15 minutos.

Por conta do tempo dispendido para responder às questões e tema que está sendo pesquisado, este tipo de estudo pode implicar risco de desconforto ou constrangimento ao responder a alguma questão. Para minimizar o referido risco, você terá total liberdade para responder às questões na ordem em que achar mais conveniente e no momento oportuno. Caso o desconforto ou constrangimento persista, você poderá interromper o preenchimento do questionário em qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer ônus ou prejuízo para sua vida pessoal ou profissional. Quanto aos benefícios, sua participação na pesquisa poderá proporcionar a aquisição de conhecimentos na temática das demências úteis para sua vida profissional, com melhoria da assistência às pessoas com demência e suas famílias. Em relação aos aspectos financeiros, essa pesquisa não trará nenhum tipo de gasto para você e, por ser uma atividade voluntária, você também não receberá nenhum tipo de remuneração para participar da mesma.

Você tem a liberdade de se recusar a participar deste estudo, comunicando sua chefia, e de retirar seu consentimento a qualquer momento, interrompendo a participação, sem qualquer prejuízo ou sanção, inclusive quanto ao seu atendimento pela unidade. Além disso, terá direito a receber indenização conforme as leis vigentes no País, caso se sinta lesado em decorrência da participação na pesquisa.

Como responsável por este estudo, asseguro-lhe que os dados coletados serão mantidos em sigilo e que você não será identificado em nenhuma fase da pesquisa. Comprometo-me a divulgar os dados obtidos somente em encontros e publicações científicas.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à pesquisadora responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas:

Gislaine Desani da Costa

Endereço: Rua Américo Brasiliense, 575, Ap. 71 B, centro, São Bernardo do Campo, SP

E-mail: gislaine_desani@hotmail.com

Tel: (11) 98023-8989 (atendimento 24 horas)

Em caso de dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos¹ desta pesquisa, você poderá entrar em contato com os respectivos comitês:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar

Telefone: 3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

CEP da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Endereço: Rua General Jardim, 36, 8º andar

Telefone: 3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Eu....., consinto em participar da pesquisa **NECESSIDADES EDUCACIONAIS DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO ÀS DEMÊNCIAS**, após ter sido convenientemente esclarecido(a) sobre sua finalidade e seus objetivos. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas rubricadas e assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um(a) de nós.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

São Paulo, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Necessidades educacionais de profissionais da Estratégia Saúde da Família no atendimento às demências

Pesquisador: Gislaine Desani da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77834116.6.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.384.286

Apresentação do Projeto:

As demências são uma das principais causas de incapacidade na velhice e podem ser causadas por distúrbios neurodegenerativos de várias etiologias. No Brasil, a incidência em indivíduos com 65 anos ou mais é de 13,8 e 14,8 por 1.000 pessoas/ano. Além da idade, a prevalência das demências é influenciada por variáveis sociodemográficas, como escolaridade, sexo e nível socioeconômico. A tarefa de cuidar de um idoso dependente em geral cabe aos familiares mais próximos, como companheiras e filhas. Prática que tem sido adotada para redução de custos da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados. Porém, na maioria das vezes, os familiares não estão preparados para o cuidado, uma vez que não possuem os conhecimentos necessários e, tampouco, contam com suporte social e de serviço de saúde adequados para assumir tal papel. Para os profissionais de saúde, saber reconhecer os sintomas da doença e orientar os cuidadores de forma efetiva pode colaborar para diminuir a tensão entre ambos, entretanto, nem sempre, os profissionais de saúde estão preparados para tal. O baixo nível de conhecimento contribui para a estigmatização e o isolamento social do paciente, além de criar barreiras para o diagnóstico precoce e o acesso aos serviços de saúde e assistência social, o que cria dificuldades para o tratamento. No Brasil, foi partir de 2006 que a avaliação para rastreamento das demências passou a fazer parte do Caderno de Atenção Básica a Saúde do Idoso: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Apesar disso, essa avaliação raramente é realizada na AB, pois, muitos profissionais referem que não se sentem seguros ou devidamente preparados,

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

que não receberam treinamentos para lidar com a problemática e até mesmo que não dispõem de tempo em suas agendas para tal investigação.

Objetivo da Pesquisa:

Primário Analisar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da ESF no atendimento às demências. Secundário Avaliar a confiabilidade do instrumento Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica por meio da estabilidade dos itens (teste-reteste); Identificar o conhecimento e as atitudes de médicos e enfermeiros em relação a rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das demências; Identificar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros no atendimento às demências; Elaborar uma proposta de capacitação em demência para as equipes de SF, no âmbito da Atenção Básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Este tipo de estudo pode implicar desconforto para o participante ao responder a alguma questão. O referido risco será minimizado permitindo ao sujeito fique livre para responder às questões na ordem que achar mais conveniente e no momento oportuno. Caso o desconforto persista, o preenchimento do questionário poderá ser interrompido sem que haja qualquer ônus ou prejuízo para sua vida pessoal ou profissional. Quanto aos benefícios, a participação na pesquisa poderá trazer ganhos para a sua vida profissional, com a aquisição de novos conhecimentos na temática das demências, com melhoria da assistência às pessoas com demência e suas famílias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A população do estudo será composta por médicos e enfermeiras que atuam em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde Sudeste, Oeste e Norte do Município de SP, com enfermeiro e médico que atuam na ESF por um período igual ou superior a 12 meses. Esses responderão o instrumento Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica, em suas versões para médicos e enfermeiros para responder sobre suas necessidades de educacionais em relação às Demências, que será submetido a avaliação quanto a sua confiabilidade. Após o diagnóstico das necessidades de qualificação, os pesquisadores pretendem elaborar uma proposta de capacitação em demências para esses profissionais como base teórica a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Pesquisa relevante para a área da Atenção Primária a Saúde. O projeto de pesquisa apresenta-se bem delineado, bem fundamentado teoricamente e justificativa apropriada sobre tema relevante para área do conhecimento. Com qualidade excelente em sua construção, e com perspectivas de contribuir para a melhoria da assistência à saúde de pessoas com demências. Os pesquisadores

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

relatam que os participantes receberão instrumento de coleta das mãos de suas respectivas chefias após convite para participação voluntária, ou seja, não haverá qualquer contato entre pesquisador-participante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendendo ao solicitado, os pesquisadores relatam no corpo do projeto e no TCLE os riscos e benefícios que os participantes terão com pesquisa e esclarecem como pretendem garantir a liberdade dos participantes em decisão sobre a participação ou não no estudo. Relatam que todo possível participante receberá informações sobre o objetivo do estudo, os riscos e os benefícios, assim como o direito a indenização conforme as leis vigentes no País, caso se sinta lesado em decorrência dessa participação. Responderam satisfatoriamente sobre o desconforto que o estudo pode trazer "Este tipo de estudo pode implicar desconforto para o participante ao responder a alguma questão...e caso persista, o preenchimento do questionário poderá ser interrompido sem que haja qualquer ônus ou prejuízo para sua vida pessoal ou profissional". Destacam que o risco "será minimizado permitindo ao sujeito fique livre para responder às questões na ordem que achar mais conveniente e no momento oportuno". Quanto aos benefícios, os autores responderam "a participação na pesquisa poderá trazer ganhos para a sua vida profissional, com a aquisição de novos conhecimentos na temática das demências, com melhoria da assistência às pessoas com demência e suas famílias". Houve garantia para o sujeito de pesquisa retirar-se da mesma sem prejuízo "o sujeito terá a liberdade de se recusar a participar do estudo, comunicando sua chefia, e ainda de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou sanção".

Recomendações:

nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As solicitações de revisão do TCLE foram atendidas: Foi acrescentado a garantia de sigilo, os risco de desconforto e medida para minimizá-los "Este tipo de estudo pode implicar risco de desconforto ao responder a alguma questão. Para minimizar o referido risco, você terá total liberdade para responder às questões na ordem em que achar mais conveniente e no momento oportuno. Caso o desconforto persista, você poderá interromper o preenchimento do questionário em qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer ônus ou prejuízo para sua vida pessoal ou profissional. Foi acrescentado aos benefícios "Quanto aos benefícios, sua participação na pesquisa poderá proporcionar a aquisição de conhecimentos na temática das demências úteis para sua vida

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

profissional, com melhoria da assistência às pessoas com demência e suas famílias". Foi acrescentado também ao TCLE a liberdade de recusar em participar do estudo e indenização "Você tem a liberdade de se recusar a participar deste estudo, comunicando sua chefia, e de retirar seu consentimento a qualquer momento, interrompendo a participação, sem qualquer prejuízo ou sanção. Além disso, terá direito a receber indenização conforme as leis vigentes no País, caso se sinta lesado em decorrência da participação na pesquisa". Quanto aos aspectos financeiros: "essa pesquisa não trará nenhum tipo de gasto para você e, por ser uma atividade voluntária, você também não receberá nenhum tipo de remuneração para participar da mesma".

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_662557.pdf	26/10/2017 15:58:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	26/10/2017 15:55:37	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_Coordenadoria_Regional_de_Saude_Centro.pdf	22/10/2017 23:44:19	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_Coordenadoria_Regional_de_Saude_Sudeste.pdf	27/09/2017 18:35:55	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_Coordenadoria_Regional_de_Saude_Oeste.pdf	27/09/2017 18:35:42	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_Coordenadoria_Regional_de_Saude_Norte.pdf	27/09/2017 18:35:05	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Outros	Atencao_Sanitaria_das_Demencias_Instrumento_enfermeiro.pdf	27/09/2017 18:28:59	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Outros	Atencao_Sanitaria_das_Demencias_Instrumento_medico.pdf	27/09/2017 18:28:07	Gislaine Desani da Costa	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.384.286

Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	27/09/2017 18:27:34	Gislaine Desani da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	27/09/2017 12:03:58	Gislaine Desani da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 16 de Novembro de 2017

Assinado por:

Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Necessidades educacionais de profissionais da Estratégia Saúde da Família no atendimento às demências

Pesquisador: Gislaine Desani da Costa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 77834116.6.3001.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.427.256

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal, prospectivo e comparativo.

O estudo será desenvolvido em UBS da ESF pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde Sudeste, Centro, Oeste e Norte do município de SP.

A população do estudo será composta por médicos e enfermeiras que atuam nas UBS com ESF pertencentes às regiões elegidas para o estudo.

Partindo do princípio que todos os sujeitos preencherão aos critérios de inclusão no estudo, inicialmente a amostra será pré-determinada no número total de equipes das regiões do estudo, ou seja, 508 médicos e 508 enfermeiros.

Para a avaliação da confiabilidade, estimativas de precisão para proporção de concordância (Lwanga, Lemeshow, 1991) entre as respostas do teste-reteste. Imaginando que essa concordância será em torno de 80%, para um intervalo de cerca de 10%, estima-se uma amostra de 61 enfermeiras e 61 médicos, respondentes no reteste.

Para a avaliação das necessidades de educacionais dos profissionais médicos e enfermeiras no atendimento às demências, foi escolhida a versão brasileira do instrumento intitulado Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica, em suas versões para médicos e enfermeiros (Costa, Souza, Yamashita, 2015).

A coleta de dados será feita por meio da autoaplicação do instrumento pelos profissionais, no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018. Os questionários serão entregues

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.427.256

pessoalmente às chefias das UBS que indicarão os possíveis respondentes, com base nos critérios de inclusão e exclusão no estudo.

Uma data não superior a sete dias será agendada para buscá-los.

Serão fornecidas informações às chefias das Unidades relacionadas aos objetivos da pesquisa, instrumento/questionário e deixado o contato da pesquisadora para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Para a avaliação da confiabilidade do instrumento, será utilizada a técnica teste-reteste, assim os mesmos instrumentos serão novamente encaminhados aos participantes para reteste após 13 dias de sua aplicação, ou seja, no 14º dia. Tal etapa será previamente explicada à chefia da Unidade.

Após o diagnóstico das necessidades de qualificação, pretende-se elaborar uma proposta de capacitação em demências para as equipes da ESF, no âmbito da AB. Para tal, utilizar-se-á como base teórica a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2014b, 2009, 2007), as diretrizes nacionais de atendimento às demências e os referenciais recentes sobre a temática.

Além disso, serão consideradas as Políticas de Saúde do Idoso vigentes.

O projeto será submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Para a participação na pesquisa, o sujeito receberá informações sobre o objetivo do estudo e, concordando em participar, assinará o Termo de consentimento Livre e Esclarecido para as garantias do sujeito na pesquisa.

Deste modo, serão atendidas as exigências da Resolução 466/2012, que normatiza a pesquisa em seres humanos.

Critério de Inclusão:

(1) ser enfermeiro ou médico nas unidades incluídas na pesquisa e (2) atuar na ESF por um período igual ou superior a 12 meses.

Critério de Exclusão: sujeitos que estiverem ausentes nas unidades por um período igual ou superior a sete dias.

Metodologia de Análise de Dados:

Os resultados do teste-reteste serão analisados pelo coeficiente Kappa de Cohen, que expressa o nível de concordância que existe entre dois eventos. Para identificar o conhecimento e as atitudes de médicos e enfermeiras em relação a rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das demências, as respostas serão analisadas por meio de estatística descritiva (número e porcentagem, média, desvio padrão, mediana, mínima e máxima). O nível de significância adotado para este estudo será de 5%. Para

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.427.256

identificar as necessidades educacionais das equipes de SF no atendimento às demências, na AB, os resultados das análises da aplicação do instrumento serão interpretados e as lacunas de conhecimento identificadas mediante o cotejamento das respostas com as diretrizes e publicações vigentes para o atendimento às demências.

Tamanho da Amostra no Brasil: 1.016

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

- Analisar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da ESF no atendimento às demências.

ESPECÍFICOS

- Avaliar a confiabilidade do instrumento Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica por meio da estabilidade dos itens (teste-reteste);
- Identificar o conhecimento e as atitudes de médicos e enfermeiros em relação a rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das demências;
- Identificar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros no atendimento às demências;
- Elaborar uma proposta de capacitação em demência para as equipes de SF, no âmbito da AB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos: Não há riscos envolvidos.

Benefícios: Capacitação em demência para as equipes de SF (profissional médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem/técnico de enfermagem e ACS), no âmbito da AB.

Vale ressaltar o risco de desconforto ou constrangimento por parte dos voluntários da pesquisa no momento da entrevista, pelo tempo dispendido e pelo tema que está sendo pesquisado.

O TCLE foi retificado e passa a informar possibilidade de desconforto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia proposta está adequada aos objetivos

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.427.256

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante. Autorizações das Coordenadorias Sudeste, Centro, Oeste e Norte para realização da pesquisa foram apresentadas.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1035423.pdf	02/12/2017 09:34:32		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_Coordenadoria_Regional_de_Sudeste.pdf	02/12/2017 09:32:29	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_Coordenadoria_Regional_de_Sudeste_Oeste.pdf	02/12/2017 09:32:15	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Declaração de	Parecer_Coordenadoria_Regional_de_	02/12/2017	Gislaine Desani da	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.427.256

Instituição e Infraestrutura	Saude_Norte.pdf	09:30:37	Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_Coordenadoria_Regional_de_Saude_Centro.pdf	02/12/2017 09:30:17	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Outros	TCLE_corrigido.doc	01/12/2017 18:01:50	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Outros	Projeto_corrigido.doc	01/12/2017 18:01:01	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	26/10/2017 15:55:37	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Outros	Atencao_Sanitaria_das_Demencias_Instrumento_enfermeiro.pdf	27/09/2017 18:28:59	Gislaine Desani da Costa	Aceito
Outros	Atencao_Sanitaria_das_Demencias_Instrumento_medico.pdf	27/09/2017 18:28:07	Gislaine Desani da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	27/09/2017 12:03:58	Gislaine Desani da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 11 de Dezembro de 2017

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)