



LUÍS FERNANDO DE LIMA NUNES BARBOSA

**CONHECIMENTO E ATITUDE DOS MÉDICOS E
ENFERMEIROS DO PSF DE PIRACICABA NO
ATENDIMENTO DE IDOSOS DEMENCIADOS**

PIRACICABA

2014

i



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

LUÍS FERNANDO DE LIMA NUNES BARBOSA

**CONHECIMENTO E ATITUDE DOS MÉDICOS E
ENFERMEIROS DO PSF DE PIRACICABA NO
ATENDIMENTO DE IDOSOS DEMENCIADOS**

Dissertação de Mestrado Profissionalizante
apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba
da Universidade Estadual de Campinas como parte dos
requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre
em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Luz Rosario de Sousa

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação
defendida por Luís Fernando de Lima Nunes Barbosa e
orientada pela Profa. Dra. Maria da Luz Rosario de Sousa

Assinatura do orientador

PIRACICABA

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

B234c Barbosa, Luís Fernando de Lima Nunes, 1975-
Conhecimento e atitude dos médicos e enfermeiros do PSF de Piracicaba no atendimento de idosos demenciados / Luís Fernando de Lima Nunes Barbosa. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Maria da Luz Rosário de Sousa.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Conhecimento. 2. Atitudes. 3. Idosos. 4. Demência. I. Sousa, Maria da Luz Rosário de, 1965-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Knowledge and attitudes of physicians and nurses of PSF Piracicaba in the care of elderly people with dementia

Palavras-chave em inglês:

Knowledge

Attitudes

Older people

Dementia

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Maria da Luz Rosário de Sousa [Orientador]

Antonio Bento Alves de Moraes

Pedro Bordini Faleiros

Data de defesa: 21-03-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 21 de Março de 2014, considerou o candidato LUÍS FERNANDO DE LIMA NUNES BARBOSA aprovado.

Handwritten signature of Prof. Dra. MARIA DA LUZ ROSARIO DE SOUSA in cursive script.

Prof. Dra. MARIA DA LUZ ROSARIO DE SOUSA

Handwritten signature of Prof. Dr. PEDRO BORDINI FALEIROS in cursive script.

Prof. Dr. PEDRO BORDINI FALEIROS

Handwritten signature of Prof. Dr. ANTONIO BENTO ALVES DE MORAES in cursive script.

Prof. Dr. ANTONIO BENTO ALVES DE MORAES

Resumo

O aumento da longevidade da população tem sido acompanhado por uma epidemia silenciosa de demência e a Atenção Primária à Saúde precisa estar preparada para enfrentar este novo cenário. Este estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento e a atitude dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família de Piracicaba-SP, no atendimento aos pacientes idosos demenciados. O teste Conhecimento da doença de Alzheimer - ADK (Alzheimer's Disease Knowledge Test) foi aplicado a todos os médicos (n = 26) e enfermeiros (n = 44) das Unidades do Programa Saúde da Família em um município do estado de São Paulo, Brasil. O questionário apresenta três eixos: I – epidemiológico (8 questões), II - diagnóstico (5 questões), e III - gerenciamento (7 questões). Também foram aplicados um questionário sobre atitude no atendimento aos pacientes com demência (10 questões utilizando níveis de concordância - Escala de Likert) e um questionário para avaliar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa (7 questões). A amostra foi composta por 70 pessoas (58 do gênero feminino), com idade variando entre 25 e 65 anos (média = 38,42 anos). O tempo de formado dos profissionais variou entre 7 meses e 38 anos (média = 12,64 anos). Dos participantes da pesquisa, 17 atendem rotineiramente na sua prática clínica idosos demenciados, 46 esporadicamente e 7 não costumam atender estes pacientes. Considerando-se as 20 questões do ADK, 47,85% dos médicos responderam corretamente, e para os enfermeiros este valor foi de 39,85% (p=0,0042). Quanto aos eixos, houve mais erros relacionados ao diagnóstico, com as porcentagens de acertos de: 42,62%, 32,4% e 50,8% para os eixos I, II e III, respectivamente. Mais que 88% dos profissionais de saúde apresentaram atitudes sinceras e animadoras. O conhecimento entre médicos e enfermeiros fica aquém de 50% de respostas corretas, o que sugere a necessidade de uma intervenção educativa nesta área de conhecimento e aplicação. Já as atitudes destes profissionais favorecem positivamente o atendimento aos idosos demenciados e suas famílias.

Palavras-chaves: conhecimento, atitude, idoso e demência.

Abstract

The increase in longevity of population has been accompanied by a silent epidemic of dementia and Primary Health Care needs to be prepared to face this new scenario. This study aims to assess the knowledge and attitudes of physicians and nurses of the Family Health Program Piracicaba-SP, in care for the elderly dementia. The Alzheimer's Disease Knowledge Test - ADK (to evaluate Knowledge about Alzheimer's disease) was applied to all the doctors (n=26) and nurses (n=44) of Family Health Program unit in a municipality the state of São Paulo, Brazil. The questionnaire presents 3 axes: I - epidemiological (8 questions), II – diagnosis (5 questions), and III – management (7 questions). A questionnaires on attitudes to care for patients with dementia (10 questions using levels of agreement - Likert Scale) and the profile of the research participants were also applied. The sample consisted of 70 persons (58 females), aged between 25 and 65 years (mean = 38.42 years). The time of graduation ranged from 7 months to 38 years (mean = 12.64 years). Of the participants, 17 meet routinely in their clinical practice demented elderly, 46 sporadic and 7 not seeing these patients. Considering the 20 questions of the ADK, 47.85% of doctors answered them correctly, and for nurses this value was 39.85% ($p = 0.0042$). As regards the axes, there were more errors related to diagnosis, with the percentages of correct answers being as follows: 42.62%, 32.4% and 50.8% for axes I, II and III respectively. More than 88% of health professionals had sincere and encouraging attitudes. The knowledge among physicians and nurses falls short of 50% correct responses, which suggests the need for an educational intervention in this area of knowledge and application. The attitudes of these professionals can positively promote the care of elderly people with dementia and their families.

Keywords: knowledge, attitude, elderly and dementia.

Sumário

Dedicatória	xiii
Agradecimentos.....	xv
Introdução	1
CAPÍTULO 1 - Conhecimento e atitude de médicos e enfermeiros no atendimento de idosos demenciados.....	9
Conclusão	28
Referências	29
Apêndice 1 - Questionário: Teste sobre o Conhecimento da Doença de Alzheimer (ADK - Versão Modificada).....	32
Apêndice 2 - Questionário: Atitudes durante os cuidados com pacientes demenciados (classificado por nível de concordância):.....	38
Apêndice 3 - Questionário: Perfil dos Voluntários da Pesquisa.....	39
Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	40
Anexo 1 - Certificado do Comitê de Ética	46
Anexo 2 - Comprovação de submissão do artigo.....	47
Anexo 3 - Declaração de não infração de direito autoral	48

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha querida mãe Aurora. Suas lutas, trajetória de vida e o seu grande coração são grandes inspirações para a minha vida. Meus valores e o amor que tenho pela família são frutos dos exemplos que recebi durante todo o tempo em que estive ao seu lado.

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa de seu Diretor Prof. Dr. Jacks Jorge Junior, onde tive a oportunidade de dar um importante rumo ao crescimento científico e profissional.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, coordenador do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da FOP/UNICAMP, pelo acolhimento e vontade de dividir o seu conhecimento.

À Profa. Dra Maria da Luz Rosario de Sousa, um agradecimento especial pela orientação deste trabalho, meu eterno agradecimento.

A todos os Professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelos ensinamentos transmitidos.

Às Tutoras Fabiana de Lima Vazquez, Karine Laura Cortellazzi, Luciane Miranda Guerra e Valéria Silva Candido Brizon, por estarem o tempo todo ao nosso lado, facilitando as nossas vidas e enriquecendo com as suas experiências esta jornada acadêmica.

Aos colegas do Curso de Mestrado, pela oportunidade de conhecer pessoas tão talentosas.

Às amigas Darlene e Karina, pela amizade e companheirismo.

À minha cunhada Cíntia Mara pelas orientações nas construções das tabelas e figuras.

Ao Ex-Secretário de Saúde do Município de Piracicaba, Fernando Cárdenas e as Coordenadoras do Departamento de Atenção Básica, Enfa. Adriana S. Lemes e Dra. Fabíola Bergamo, pela amizade e oportunidade de poder cursar este mestrado.

Ao meu querido pai **Roberto**, pelo amor, dedicação e incentivo aos estudos recebidos por toda a vida.

À minha amada esposa **Luciana** e ao meu sonhado filho **Pedro**, por vocês existirem na minha vida.

Agradeço incondicionalmente a todos.

Introdução

O mundo está vivendo um processo de transição demográfica único e irreversível que irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares. À medida que as taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, alcançando dois bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões (ONU). Em 2050, a expectativa de vida estimada nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres. Nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para os homens e 86 para as mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que hoje (Felix, 2010).

Comparando a proporção de jovens (menores de 15 anos), nos anos de 1940 e 2000 (42,4% e 29,6%, respectivamente), com a de idosos (60 anos ou mais) nos mesmos anos (4,1% e 8,6%, respectivamente), tem-se uma ideia das transformações sofridas pela nossa população (Cerqueira, 2006). Hoje, no Brasil, temos cerca de 20 milhões de idosos e até 2025 este número deverá chegar a 32 milhões. (Brasil)

Nos países em desenvolvimento, no período entre 1950 e 2025, a população idosa crescerá 16 vezes contra o aumento de 5 vezes da população total, ocasionando uma transformação drástica na estrutura etária. Ao contrário dos países desenvolvidos, nos quais esta mudança deu-se de maneira lenta e gradual, em nosso país, ela vem ocorrendo de maneira brusca e sem o preparo necessário da população e do Estado (Alça, 2010).

Esta maior longevidade é resultante da melhora das condições de vida, das conquistas sociais e políticas e da incorporação de novas tecnologias. O aumento da expectativa de vida nas últimas décadas, também levou ao aumento do número de doenças crônicas, que nos idosos tendem a ser múltiplas. Os sistemas de saúde que antes lidavam com problemas agudos, agora precisam atender às necessidades dos idosos, com uma variedade de fatores de risco, condições crônicas e incapacitantes, ocasionando aumento nas demandas por saúde (Oliveira, 2013).

Entre as patologias crônico-degenerativas que apresentam aumento na sua prevalência, encontramos as demências. Os transtornos mentais são muito influenciados

pelo envelhecimento e a prevalência dos casos de demência dobram a cada 5 anos, variando de 1,5%, entre 60-64 anos, a quase 40% nos nonagenários (Moraes, 2013). A demência é hoje o principal desafio para as atividades de trabalho, tanto na clínica como na pesquisa, na área da neuropsiquiatria geriátrica. Sua relevância epidemiológica é máxima, havendo uma verdadeira epidemia silenciosa. A demência é um dos transtornos clínicos que mais sobrecarrega o dia-a-dia na prática médica atual e deverá ser cada vez mais comum no futuro (Tavares, 2005).

Lopes e Bottino (2002), em revisão sistemática, analisaram estudos relativos à prevalência de demência no período de 1994 a 2000 em diversas regiões do mundo. Encontraram uma prevalência média de demência, acima dos 65 anos de idade, de 2,2% na África, 5,5% na Ásia, 6,4% na América do Norte e 7,1% na América do Sul. Nos países europeus, as prevalências podem ser descritas da seguinte forma: Holanda: 6,5%, Inglaterra: 6,6%, Dinamarca: 7,1%, Bélgica: 9%; Espanha 5,5%, 13,9% e 14,9%. A média de prevalência na Europa foi de 9%, maior que a prevalência nos demais continentes, o que pode ter sido influenciado por dois estudos espanhóis que avaliaram a população rural e rural/urbana.

Dos vários tipos de demência que podem acometer a população idosa, temos as primárias e as secundárias, sendo a primeira decorrente da atrofia cortical (exemplo mais comum, a demência da doença de Alzheimer) ou da atrofia subcortical (causas vasculares); e a segunda, decorrentes de outras doenças, como hipotireoidismo, AIDS, consumo excessivo de álcool, deficiência de vitamina B12, sífilis entre outras (Cerqueira, 2006).

A Academia Brasileira de Neurologia recomenda desde 2011 no Brasil, a aplicação dos seguintes critérios clínicos principais para o diagnóstico de demência de qualquer etiologia, não exigindo mais o comprometimento da memória:

1. Demência é diagnosticada quando há sintomas cognitivos ou comportamentais (neuropsiquiátricos) que:
 - 1.1. Interferem com a habilidade no trabalho ou em atividades usuais;
 - 1.2. Representam declínio em relação a níveis prévios de funcionamento e desempenho;

1.3. Não são explicáveis por delirium (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica maior;

2. O comprometimento cognitivo é detectado e diagnosticado mediante combinação de:

2.1. Anamnese com paciente e informante que tenha conhecimento da história; e

2.2. Avaliação cognitiva objetiva, mediante exame breve do estado mental ou avaliação neuropsicológica. A avaliação neuropsicológica deve ser realizada quando a anamnese e o exame cognitivo breve realizado pelo médico não forem suficientes para permitir diagnóstico confiável.

3. Os comprometimentos cognitivos ou comportamentais afetam no mínimo dois dos seguintes domínios:

3.1. Memória, caracterizado por comprometimento da capacidade para adquirir ou evocar informações recentes, com sintomas que incluem: repetição das mesmas perguntas ou assuntos, esquecimento do lugar onde guardou seus pertences, de eventos e compromissos.

3.2. Funções executivas, caracterizado por comprometimento do raciocínio, da realização de tarefas complexas e do julgamento, com sintomas tais como: compreensão pobre de situações de risco, redução da capacidade para cuidar das finanças, de tomar decisões e de planejar atividades complexas ou sequenciais;

3.3. Habilidades visuais-espaciais, com sintomas que incluem: incapacidade de reconhecer faces ou objetos comuns, encontrar objetos no campo visual, dificuldade para manusear utensílios, para vestir-se, não explicáveis por deficiência visual ou motora;

3.4. Linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita), com sintomas que incluem: dificuldade para encontrar e/ou compreender palavras, erros ao falar e escrever, com trocas de palavras ou fonemas, não explicáveis por déficit sensorial ou motor;

3.5. Personalidade ou comportamento, com sintomas que incluem alterações do humor (labilidade, flutuações incharacterísticas), agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda de empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis (Frota, 2011).

A doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demência, contribuindo para 60% dos casos de comprometimento cognitivo progressivo no idoso (Chaves, 2011). É caracterizada pelo aumento da prevalência com o envelhecimento, prevalência

maior entre as mulheres e seu curso progressivo e crônico. Deve-se observar que a maior parte dos pacientes com DA tem seu quadro iniciado após os 65 anos de idade, porém a doença pode se manifestar em idades mais precoces (Brucki, 2012).

A prevalência real da DA no Brasil é desconhecida. Herrera *et al.* (2002) encontraram prevalência de demência no Brasil de 7,1% em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, sendo 55,1% de DA provável ou possível e 14,4% de DA associada a demência vascular. Lopes *et al.* (2005) demonstraram prevalência de 6,2% e 6,6% entre homens e mulheres idosos com idade igual ou superior a 60 anos, respectivamente, e que 60,8% deles apresentavam DA provável ou possível ou demência mista com DA. Bottino *et al.* (2008) observaram prevalência de 6,8% entre sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 59,8% apresentavam diagnóstico de DA provável ou possível.

Na fase pré-clínica da DA, que pode se iniciar na quarta década de vida, ocorre o acúmulo progressivo de placas senis decorrentes do depósito de proteína β -amiloide anormalmente produzida e de emaranhados neurofibrilares, fruto da hiperfosforilação da proteína Tau. As áreas mais envolvidas nesse processo neurodegenerativo são o hipocampo e o córtex entorrial. Nessa fase, as lesões não são suficientes para causar alterações morfológicas e funcionais. Na fase conhecida como comprometimento cognitivo leve, estudos longitudinais demonstraram que, possivelmente, o indivíduo já apresente sintomas subjetivos, como perda de memória e déficit cognitivo mensurável, mas sem notável prejuízo nas atividades de vida diária. O comprometimento cognitivo leve pode aumentar em até 15 vezes a chance de desenvolver demência, podendo ser um precursor da DA (Apolinário, 2011).

A maior parte dos casos de DA é da forma esporádica, mas uma minoria, por volta de 5%, pode ter uma forma autossômica dominante da doença, com várias gerações acometidas, em geral de início pré-senil (antes dos 65 anos). As mutações ocorrem nos cromossomos 1, 14 e 21. Os casos esporádicos resultam de falha no mecanismo de retirada da substância β -amiloide. O maior fator de risco é o polimorfismo afetando a apolipoproteína E (APOE), uma proteína transportadora de colesterol que promove a degradação proteolítica da β -amiloide. O gene codificador da APOE é polimórfico, ocorrendo três variantes alélicas, APOE2, APOE3 e APOE4. O

alelo APOE4 é o mais frequente nos indivíduos com DA, sendo considerado um fator de risco para o desenvolvimento da doença (Brucki, 2012).

Em abril de 2012, a OMS publicou o documento “Demência: Uma Questão de Saúde Pública,” demonstrando preocupação para esse problema que afeta a qualidade de vida das pessoas longevas, especialmente, nos países em desenvolvimento. Estima-se em 35,6 milhões o número de pessoas com demência em 2010, projetando uma duplicação neste número a cada 20 anos; ou seja, 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. O total de casos novos de demência a cada ano no mundo é de aproximadamente 7,7 milhões, o que significa uma pessoa diagnosticada a cada quatro segundos(Burlá, 2013).

A demência é uma das principais causas de incapacidade na velhice, demandando cuidados durante todo o curso desta enfermidade que culmina na dependência total da pessoa doente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tempo vivido com demência responde por 11,9% dos anos de convívio com incapacidades decorrentes de doenças não transmissíveis, apresentando, no ano de 2010, um custo mundial estimado em US\$ 604 bilhões (Burlá, 2013).

Dados da Alzheimer's Association, uma organização voluntária de saúde que dedica-se aos cuidados e a pesquisa na doença de Alzheimer, demonstram que em 2006 o gasto total anual direto e indireto para DA foi de US\$ 100 bilhões para o sistema de saúde americano. O custo anual por paciente nos Estados Unidos foi estimado em US\$ 18.400 em estágio leve; US\$ 30.100 em estágio moderado; US\$ 36.132 em estágio grave. No relatório de 2012, essa mesma associação estimou que o gasto total neste ano foi de US\$ 200 bilhões. Na Argentina, o custo anual do paciente vivendo em comunidade é de US\$ 8.129 e de US\$ 14.863 em instituição de longa permanência (Brucki, 2012).

Cada vez mais a doença de Alzheimer está entre as causas de óbito mais frequentes, chegando a representar 3% de todos os óbitos na Inglaterra. Em 2006, nos EUA, era a sétima causa de morte em todas as idades e a quinta naqueles acima dos 65 anos de idade. No Brasil, segundo dados do Datasus, o crescimento dos óbitos atribuídos à DA nos últimos 10 anos ultrapassou 500%. Nos EUA, os gastos com a DA excedem os custos com doenças mais comuns como o diabetes mellitus e artrite. Nas fases mais avançadas da doença, os gastos são ainda mais amplificados (Chaves, 2011).

A principal entrada da população de idosos no sistema público de saúde brasileiro deve ser a Atenção Primária à Saúde (APS). O cuidado a idosos representa cerca de 40 a 50% da atividade total do médico neste nível de atenção e mais de 50% das suas prescrições, sendo 75% destas usadas para tratamento ou prevenção de doenças crônicas de forma contínua. A natureza longitudinal do cuidado na APS proporciona múltiplas oportunidades para a realização de intervenções que tenham demonstrado sua capacidade para reduzir a morbidade, melhorando a qualidade de vida dos idosos (Oliveira,2013).

Desde 1994, na APS brasileira, o modelo de Unidade Básica de Saúde tradicional vem sendo substituído pelo Programa Saúde da Família (PSF). A função desta nova estratégia é de reorganizar este nível de atenção dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentando-se em equipes multiprofissionais, compostas por um Médico de Família ou Médico Generalista, um Enfermeiro, quatro ou seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um ou dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem e um Odontólogo, responsáveis pelo atendimento integral e contínuo da saúde de aproximadamente 800 famílias (3450 pessoas), residentes em uma área rural ou urbana com limites territoriais definidos (Duncan, 2004).

O PSF também mantém coerência com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular. Seu potencial de resolubilidade é de cerca de 90% das demandas e com uma capacidade racionalizadora sobre a demanda originária do seu território para média e alta complexidade. Seu foco de atenção está no coletivo, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família, que por sua vez, está inserida em um grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente (Duncan, 2004).

Como a Atenção Primária à Saúde, em especial, o PSF, constitui-se hoje, na grande porta de entrada para o sistema de saúde nacional, seus profissionais devem estar preparados para reconhecer, diagnosticar, tratar e gerenciar idosos demenciados. Segundo o Projeto Diretrizes em Demência do idoso, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Academia Brasileira de Neurologia, a maioria dos pacientes com demência devem ser avaliados, tratados e medicados adequadamente por médicos da Atenção Primária à Saúde. O encaminhamento para especialistas só

deveriam acontecer se houvesse dificuldade no diagnóstico, falha no tratamento ou necessidade de aconselhamento genético para a realização de estudos científicos (Ramos, 2009).

O presente estudo foi realizado em formato alternativo conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp nº 002/06 e é composto por um artigo já submetido a Revista de Saúde Pública e intitulado: Conhecimento e atitude de médicos e enfermeiros no atendimento de idosos demenciados. O objetivo deste artigo foi avaliar o conhecimento e a atitude dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) de Piracicaba-SP no atendimento à pacientes idosos demenciados.

CAPÍTULO 1 - Conhecimento e atitude de médicos e enfermeiros no atendimento de idosos demenciados.

CONHECIMENTO E ATITUDE DE MÉDICOS E ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO DE IDOSOS DEMENCIADOS

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF PHYSICIANS AND NURSES IN THE CARE OF ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

Barbosa LFLN, Sousa MLR

Autores:

Luís Fernando de Lima Nunes Barbosa¹

Maria da Luz Rosario de Sousa²

¹ Aluno do mestrado profissional em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP.

² Professora Doutora do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP.

Endereço para correspondência:

Prof^a. Dr^a. Maria da Luz Rosario de Sousa

Av. Limeira, 901, CEP: 13414-903, Piracicaba, SP, Brasil

Telefone: (19) 21065362 Fax: (19) 34125218

E-mail: luzsousa@fop.unicamp.br

Resumo

O aumento da longevidade da população tem sido acompanhado por uma epidemia silenciosa de demência e a Atenção Primária à Saúde precisa estar preparada para enfrentar este novo cenário. Este estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento e a atitude dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Piracicaba-SP, no atendimento aos pacientes idosos demenciados. O Teste de Conhecimento da doença de Alzheimer - ADK (Alzheimer's Disease Knowledge Test) foi aplicado a todos os médicos (n 26) e enfermeiros (n 44) das Unidades da Estratégia Saúde da Família. O questionário apresenta três eixos: I – epidemiológico (8 questões), II - diagnóstico (5 questões), e III - gerenciamento (7 questões). Também foram aplicados um questionário sobre atitude no atendimento aos pacientes com demência (10 questões utilizando níveis de concordância - Escala de Likert) e um questionário para avaliar o perfil dos participantes da pesquisa (7 questões). A amostra foi composta por 70 pessoas (58 do gênero feminino), com média de idade = 38,42 anos e média de tempo de formado = 12,64 anos. Considerando-se as 20 questões do ADK, 47,85% dos médicos responderam corretamente, e para os enfermeiros este valor foi de 39,85% ($p=0,0042$). Quanto aos eixos, houve mais erros relacionados ao diagnóstico, com as porcentagens de acertos de: 42,62%, 32,4% e 50,8% para os eixos I, II e III, respectivamente. Mais que 88% dos profissionais de saúde apresentaram atitudes sinceras e animadoras. O conhecimento entre médicos e enfermeiros fica aquém de 50% de respostas corretas, o que sugere a necessidade de uma intervenção educativa nesta área de conhecimento e aplicação. Já as atitudes destes profissionais favorecem positivamente o atendimento aos idosos demenciados e suas famílias.

Palavras-chaves: conhecimento, atitude, idoso e demência.

Abstract

The increase in longevity of population has been accompanied by a silent epidemic of dementia and Primary Health Care needs to be prepared to face this new scenario. This study aims to assess the knowledge and attitudes of physicians and nurses of the Family Health Strategy Piracicaba-SP, in care for the elderly dementia. The Alzheimer's Disease Knowledge Test - ADK was applied to all the doctors (n 26) and nurses (n 44) of Family Health Strategy unit. The questionnaire presents 3 axes: I - epidemiological (8 questions), II – diagnosis (5 questions), and III – management (7 questions). A questionnaires on attitudes to care for patients with dementia (10 questions using levels of agreement - Likert Scale) and the profile of the research participants were also applied. The sample consisted of 70 persons (58 females), mean age = 38.42 years and mean time since graduation = 12.64 years. Considering the 20 questions of the ADK, 47.85% of doctors answered them correctly, and for nurses this value was 39.85% ($p = 0.0042$). As regards the axes, there were more errors related to diagnosis, with the percentages of correct answers being as follows: 42.62%, 32.4% and 50.8% for axes I, II and III respectively. More than 88% of health professionals had sincere and encouraging attitudes. The knowledge among physicians and nurses falls short of 50% correct responses, which suggests the need for an educational intervention in this area of knowledge and application. The attitudes of these professionals can positively promote the care of elderly people with dementia and their families.

Keywords: knowledge, attitude, elderly and dementia.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Estima-se que no mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais irá crescer acima de 300% nos próximos 50 anos, de 606 milhões em 2000 para quase 2 bilhões em 2050. Este crescimento será maior nos países menos desenvolvidos, onde esta população irá aumentar mais do que 4 vezes, de 374 milhões em 2000 para 1,6 bilhões em 2050.¹⁶

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional ocorre de maneira acelerada. Em 1950 a população acima de 60 anos era de aproximadamente 2 milhões e correspondia a 4,1% da população total. No ano 2000 esta população aumentou para 13 milhões e passou a corresponder a 7,8% da população total.¹⁶ Em 2010, a população brasileira alcançou cerca de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade \geq 60 anos), correspondendo a 10,8% da população.⁹

Esta transição demográfica é acompanhada da mudança do padrão de morbimortalidade, com o aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas. Entre estas doenças, destacam-se as demências, que afetam prioritariamente os processos cognitivos e acarretam a perda da capacidade funcional do idoso, resultando no comprometimento da qualidade de vida do paciente e de sua família.¹

A principal entrada da população de idosos demenciados no sistema público de saúde brasileiro deve ser a Atenção Primária. Desde 1994, o modelo de Unidade Básica de Saúde tradicional vem sendo substituído pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A função desta nova estratégia é de reorganizar este nível de atenção dentro do SUS, baseando-se em equipes multiprofissionais, compostas por um Médico de Família ou Médico Generalista, um Enfermeiro, quatro ou seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um ou dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem e um Odontólogo.⁶

Como a ESF constitui-se hoje na grande porta de entrada para o sistema de saúde nacional, seus profissionais devem estar preparados para reconhecer, diagnosticar, tratar e gerenciar idosos com demência. Segundo o

Projeto Diretrizes em Demência do idoso, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Academia Brasileira de Neurologia, a maioria dos pacientes com demência devem ser avaliados, tratados e medicados adequadamente por médicos da Atenção Primária à Saúde. Os encaminhamentos para as especialidades médicas devem ficar restritos aos casos de dificuldade nos diagnósticos, falha nos tratamentos, necessidade de aconselhamento genético e para a realização de estudos científicos.¹⁵

O objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento e a atitude dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Piracicaba-SP no atendimento à pacientes idosos demenciados.

Metodologia

Este estudo foi submetido à avaliação e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp (Protocolo nº 123/2012). Apresenta um delineamento transversal e foi realizado no município de Piracicaba-SP. Esta cidade do interior apresenta área territorial de 1377Km² e é composta por 364.872 habitantes. Em 2013 a população já apresentava estimativa de 13% de pessoas com mais de 60 anos.¹⁰

A rede pública de saúde do município é composta por 45 Unidades de Saúde da Família, 15 Unidades Básicas de Saúde, 8 Centros de Referência a Atenção Básica, 01 Centro de Especialidades Médicas, 02 Centros de Especialidades Odontológicas, 04 Unidades de Pronto Atendimento Médico, 01 Unidade de Pronto Atendimento de Ortopedia e Traumatologia, 01 Unidade de Pronto Atendimento Odontológico, 01 Policlínica, 02 Hospitais de referência e 01 Hospital Regional em construção.

A população foi composta por todos os médicos (n=26 / grupo A) e enfermeiros (n=44 / grupo B) que atuavam na Estratégia Saúde da Família no período entre fevereiro e setembro de 2013. Foram incluídos neste estudos os médicos e enfermeiros de qualquer idade e de ambos os gêneros, que atuam na ESF de Piracicaba-SP há pelo menos 30 dias e excluídos deste estudo os

profissionais que encontravam-se em licença médica e maternidade no período da aplicação dos questionários. Não houve perda de amostra e todos os profissionais aceitaram participar do estudo.

Foi considerado idoso neste estudo a pessoa com 60 anos ou mais, levando em consideração a política nacional do idoso, Lei nº 8. 842, de 4 de janeiro de 1994, e o estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 , que define Idoso a pessoas com 60 anos ou mais e a Organização Mundial da Saúde (OMS) que em 2002 , definiu idoso a pessoa com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento.³

Os dados coletados foram obtidos através da aplicação de três questionários realizados em um único momento: Teste sobre o conhecimento da doença de Alzheimer - ADK (Alzheimer's Disease Knowledge Test)⁵ (1988) na sua versão modificada¹⁸ (2001), questionário sobre atitude frente aos pacientes com demência (10 questões utilizando níveis de concordância - Escala de Likert)¹⁹ e um questionário sobre o perfil dos voluntários da pesquisa (elaborado pelos pesquisadores deste estudo).

O ADK na sua versão modificada foi previamente aplicado e validado em estudos internacionais e traduzido para o português por Gonçalves⁷ em 2009. Este instrumento avalia o conhecimento em três eixos: epidemiológico (8 questões), diagnóstico (5 questões) e gerenciamento (7 questões).

O questionário sobre atitude frente aos pacientes com demência (10 questões utilizando níveis de concordância - Escala de Likert): publicado em 2004, não validado e criado inicialmente para avaliação dos clínicos gerais em clínicas da Inglaterra e Escócia através de níveis de concordância¹. Este ferramenta identifica a atitude dos profissionais para a busca da melhora na qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores, a comunicação do profissional com o paciente e sua família e a sua capacidade no gerenciamento de casos. Avalia ainda a confiança dos profissionais em realizar diagnóstico, sem a necessidade de encaminhamento desnecessário para serviços especializados e o conhecimento de serviços de apoio aos pacientes e suas famílias.

Os participantes responderam utilizando as seguintes alternativas: concordo plenamente, concordo, não concordo e nem discordo, discordo e discordo plenamente. As repostas deste questionário foram classificadas nas seguintes atitudes: sincera (questões 2 e 4), animadora (questões 1,3, 6 e 8), desanimadora (5, 9 e 10) e acolhedora (questão 7). Os termos "concorda plenamente" e "concorda" foram classificados como se o voluntário acordasse com a afirmação de cada item e os termos "discorda" e "discorda completamente", caso o mesmo divergisse da afirmação. O termo "não concordo e nem discordo" ficou como elemento neutro e não teve peso para a classificação da atitude.

O questionário sobre o perfil dos voluntários da pesquisa continham perguntas abordando o sexo a idade, formação profissional e a frequência de atendimento aos pacientes com demências.

Os dados foram digitados no programa Excel 2007 e as análises foram realizadas com a estatística descritiva e utilizado o teste do Qui-quadrado, adotando significação estatística de 5% no programa Bioestat 5.3.

Resultados

Perfil dos voluntários da pesquisa

A amostra foi composta por 70 pessoas, sendo 58 do sexo feminino e 43 enfermeiros. A idade variou entre 25 e 65 anos (Média = 38,42 anos) e o tempo de formado, entre 7 meses e 38 anos (Média 12,64 anos). Do total de participantes, 63 eram pós-graduados e 7 (3 médicos e 4 enfermeiros) nunca haviam realizado nenhuma pós-graduação. Deste mesmo grupo, 28 já assistiram alguma palestra ou curso relacionada ao tema "Demência no Idoso".

Dos profissionais participantes da pesquisa, 17 atendem rotineiramente na sua prática clínica idosos demenciados, 46 esporadicamente e 7 não atendem pacientes com este perfil.

Conhecimento

No geral, a média de respostas corretas no questionário "Conhecimento sobre doença de Alzheimer (ADK)" dos profissionais da ESF de Piracicaba-SP foi de 8,57(42,85%) respostas corretas em um total de 20 questões (Mediana = 8,5; DP = 2,36). Em relação aos médicos, a média foi de 9,57 acertos (47,85%) (Mediana = 9; DP=2,51) e entre os enfermeiros, a média foi de 7,97 acertos (39,85%) (Mediana = 8; DP =2,07). A média de acertos dividido por eixo de conhecimento está presente na Tabela 1.

Também foi encontrada diferença significativa no número de acertos entre médicos e enfermeiros, com um maior número de respostas corretas por parte dos médicos. No ADK completo encontramos $p=0,0042$ e no eixo diagnóstico $p=0,0005$. Não houve diferença significativa nos eixos epidemiológico ($p=0,2708$) e gerenciamento ($p=0,8093$).

Indivíduos com idade maior ou igual a 47 anos não apresentaram diferença significativa no número de acertos do ADK, quando comparado aos voluntários da pesquisa mais jovens ($p=0,9550$). Já os participantes com menor tempo de formado (≤ 9 anos) apresentaram um número maior de acertos, com diferença significativa ($p= 0,0001$), quando comparado aos profissionais com mais de 10 anos da graduação.

Atitude

Os profissionais apresentaram **atitudes sinceras** e acordaram sobre a preferência das famílias em receber informações sobre o diagnóstico de demência de seu familiar o mais rápido possível (88,57%) e sobre a utilidade de fornecer o diagnóstico (90%).

Quase a totalidade da amostra apresentou **atitudes animadoras**, concordando que muito pode ser feito para melhorar a qualidade vida das pessoas com demência (98,57%) e dos seus cuidadores (94,28%) e também

discordando que tratar um paciente acometido por demência pode ser uma perda de recursos com pouco resultado efetivo (92,85%).

Aproximadamente metade dos profissionais participantes do estudo apresentaram **atitudes desanimadoras**. Do total da amostra, 57,14% creem que não há sentido em encaminhar as famílias a serviço de apoio a pacientes, cuidadores e familiares, 51,43% acreditam que a Atenção Primária apresenta um papel limitado no cuidado aos idosos dementados e 45,71% acordaram que os quadros de demência são melhor diagnosticados em serviços especializados.

Quase que a totalidade da amostra (95,71%) apresentou **atitude acolhedora**, apontando que é melhor falar com o paciente demenciado de forma acolhedora. As atitudes dos médicos e enfermeiros referente aos cuidados destes pacientes estão presentes na tabela 2.

Discussão

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família da cidade de Piracicaba que participaram deste estudo são na sua maioria do sexo feminino (82,85%). A média de idade foi de 38,42 anos, a média de tempo de formado foi de 12,64 anos e em relação a categoria profissional, 62,85% eram enfermeiros. Noventa por cento dos voluntários da pesquisa já realizaram pós-graduação e 40% já assistiram palestra ou participaram de curso com tema ligado a demência no idoso. Estes dados confirmam a feminização das profissões de saúde¹², a boa formação dos profissionais da amostra e um baixo contato com o tema "demência no idoso".

Para realizar a avaliação do conhecimento sobre demência, foi utilizado o Teste de Conhecimento sobre a doença de Alzheimer - ADK na sua versão modificada⁷ (2009), levando em conta que a doença de Alzheimer (DA) é a causa de demência mais prevalente, chegando a representar 60% dos casos.⁴ Outros motivos que levaram a escolha deste instrumento foram: o

único encontrado durante a revisão da literatura com validação, capacidade de aferir o conhecimento sobre o tipo mais prevalente de demência⁵ e por já apresentar uma tradução para o português (português de Portugal).⁷

O ADK foi desenvolvido para avaliar o nível de conhecimento sobre a DA de cuidadores, profissionais de saúde e outros indivíduos que interagem com pacientes com DA e estabelecer objetivos educacionais, estimular a ampla discussão e esclarecer falsos conceitos sobre o tema.¹⁷ Este instrumento apresenta uma medida estabilizada do conhecimento da DA com propriedades psicométricas conhecidas.⁵

No seu formato original apresenta vinte itens com alfa variando de 0,71 a 0,92, proporcionando uma consistência interna aceitável. Segundo Karlin & Dalley¹¹ (1998), o ADK apresenta validade e confiabilidade satisfatória. Os itens são em formato de questão de múltipla escolha e sempre é oferecido um item "não sei" com a intenção de desencorajar escolhas aleatórias das respostas.¹¹

A versão utilizada neste estudo foi retirada da pesquisa "O conhecimento da doença de Alzheimer e do acidente vascular cerebral apresentado por pessoas com mais de 60 anos"⁷ (2009) e apresentou pequenas adaptações na sua redação nas questões 1, 2, 6, 7, 11, 12, 13, 15, e 20, com a finalidade de aproximar-se do português falado no Brasil. A questão número 1 também teve sua resposta alterada para a letra "b" (porcentagem de pessoas com mais de 65 anos com doença de Alzheimer igual a 5%), levando-se em consideração que a prevalência de demência no Brasil é de 7,1% em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, sendo 55,1% de DA provável ou possível e 14,4% de DA associada a demência vascular.⁸ Estas adaptações são encorajadas pelos autores da primeira versão do questionário já que o avanço da ciência torna disponível novos conhecimentos com o passar do tempo.⁵

Tomando por base a análise dos resultados dos questionários aplicados na amostra, verificamos que o conhecimento dos médicos e enfermeiros da ESF de Piracicaba, no Teste de Conhecimento da doença de Alzheimer (ADK),

é baixo e que os médicos tem maior conhecimento do que o grupo de enfermeiros. Comparando estes resultados com os de outros trabalhos^{2,5,11,17,18e19} que avaliaram o conhecimento da doença de Alzheimer (DA) em profissionais e estudantes da área de saúde, o baixo desempenho da amostra do presente estudo fica ainda mais evidente.

Em Londres e na Escócia foi realizado uma avaliação do conhecimento sobre DA aplicando o ADK em clínicos gerais, com 67% de acertos. Nos eixos de conhecimento os resultados foram de 48% em epidemiologia, 74% em diagnóstico e 73% em gerenciamento de casos.¹⁹ Quando comparamos com os dados encontrados no atual estudo, observamos um menor desempenho, principalmente nos eixos de diagnóstico e gerenciamento.

Em 2001, Sullivan & O'Conor¹⁸, realizaram um estudo com intervenções educacionais, utilizando estudantes do primeiro ano de psicologia. Eles foram alocados em quatro grupos e o conhecimento foi aferido utilizando o ADK adaptado. O primeiro (I) recebeu informações escritas sobre DA, o segundo (II) recebeu informações em vídeo, o terceiro (III) recebeu informações escrita e em vídeo e o quarto (IV) funcionou como grupo controle. Antes de receberem instruções sobre a doença de Alzheimer, os grupos apresentaram as seguintes porcentagens de acertos: I (39,77%), II (43,55%), III (48,88%) e IV (32%). Após a intervenção educacional, os resultados foram: I (59,11%), II (54,88%), III (68,66%) e IV (27,55%). Estes dados demonstram também a resposta positiva dos estudantes da área de saúde submetidos a diferentes fontes de conhecimento sobre DA e apresentam importantes implicações na educação pública sobre a demência, reforçando a necessidade de alocação de recursos para prover instrução nesta área de conhecimento e que no presente estudo mostrou-se necessária.

A natureza e a extensão da informação transmitida sobre a DA depende da qualificação e treinamento daqueles que fornecem a mesma. Os educadores em saúde causam grande impacto na maneira pela qual familiares e cuidadores lidam com os idosos acometidos por demência, interpretando e tentando resolver comportamentos e dificuldades típicos da patologia de

maneira inadequada¹⁸, implicando no bem estar daqueles que cuidam de pacientes com DA e indiretamente para os próprios pacientes¹⁷.

A implantação de um projeto de educação permanente em saúde que abordasse entre outros temas a "demência no idoso", justifica-se com os dados encontrados. Uma ação como esta proporcionaria a formação e o aumento da resolutividade dos trabalhadores de saúde envolvidos nesta área de atendimento.¹⁴ Os profissionais de saúde também aumentariam sua capacidade de oferecer um atendimento integral e articulado com o usuário, sua família, a gestão e a comunidade.

Alguns estudos que também utilizaram o ADK ou seus variantes também encontraram resultados baixos de conhecimento. Utilizando amostra de estudantes não graduados, Dieckmann *et al.*⁵ constataram que, em média, apenas 4 dos 20 itens (20%) foram respondidos corretamente pelos participantes desta amostra. Karlin & Dalley¹¹ (1998) reportaram apenas seis dos 20 itens (30%) respondidos corretamente por mais de 50% de sua amostra, e Sullivan & O'Connor¹⁸ (2001), em estudo já citado acima, reportaram uma pontuação média de resposta correta de 5,76 itens (28,8%). Por outro lado, Beall *et al.*² encontraram em uma amostra de estudantes avançados de enfermagem e medicina um número de respostas corretas de 14 (70%) e 18 (90%) dos vinte itens do ADK respectivamente. O atual estudo apresentou média de acertos de 8,57 itens corretos (42,85%), resultado acima dos piores desempenhos encontrados na literatura, mas ainda muito abaixo dos bons desempenhos também encontrados.

Apesar do Teste de Conhecimento da doença de Alzheimer (ADK) ser um instrumento construído e validado em 1988⁵ e a versão utilizada neste estudo ser uma tradução para o português de Portugal do ADK⁷ (2009) adaptado por Sullivan *et al.*¹⁸ em 2001, ele apresenta boa capacidade psicométrica, os questionamentos contidos nele são pertinentes e ainda apresentam-se capazes de avaliar o conhecimento desta patologia. Já a falta de perguntas abordando as mais recentes descobertas sobre a doença e os novos recursos para o seu diagnóstico, a não validação para o Português

falado no Brasil e da escala modificada, constituem - se em algumas limitações deste estudo. Também seria interessante futuramente conduzir análises adicionais das propriedades de escala da versão modificada.

Os participantes, na sua grande maioria, apresentaram atitudes sinceras e animadoras que podem contribuir para o atendimento e gerenciamento dos pacientes e seus cuidadores. Por outro lado, aproximadamente metade dos participante apontaram os serviços especializados como mais capazes de realizarem diagnósticos de demência, diferentemente do resultado encontrado por Tuner et al.¹⁹, no qual apenas um terço sentiu que o diagnóstico era uma função do especialista. Estes resultados mais baixos dos nossos profissionais podem estar refletindo o baixo nível da amostra sobre o conhecimento em demência.

Outros pontos que devem ser ressaltados, são as atitudes animadora de mais de 90% dos profissionais que discordam da afirmação de que tratar um paciente com demência pode ser uma perda recursos com pouco resultado efetivo e que muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida destes idosos demenciados. Apesar da demência de Alzheimer e de outras causas de demência serem processos progressivos e sem cura, estes dados podem indicar a consciência dos médicos e enfermeiros participantes do estudo de que é possível tomar medidas de cuidado paliativo, beneficiando de maneira significativa as vidas dos pacientes, dos familiares e cuidadores.

O conhecimento entre médicos e enfermeiros ficou aquém de 50% de respostas corretas, o que sugere a necessidade de uma intervenção educativa nesta área, principalmente no eixo sobre diagnóstico. Já as atitudes encontradas entre os profissionais da amostra, favorecem positivamente o atendimento dos pacientes e suas famílias, demonstrando que parte do impedimento para um bom atendimento aos idosos demenciados na APS possa ser a falta de conhecimento apropriado sobre esta condição patológica.

Tabela1. Média de respostas corretas dividida por eixo de conhecimento.

	Média de acertos (%)	Desvio Padrão	Mediana
Eixo epidemiológico (n = 8)			
Médicos	3,65 (45,62)	1,54	3,5
Enfermeiros	3,27 (40,87)	1,35	3
Geral	3,41 (42,62)	1,42	3
Eixo diagnóstico (n = 5)			
Médicos	2,19 (43,8)	1,16	2
Enfermeiros	1,29 (25,8)	0,97	1
Geral	1,62 (32,4)	1,13	2
Eixo gerenciamento (n= 7)			
Médicos	3,73 (53,28)	1,11	4
Enfermeiros	3,40 (48,57)	0,97	3
Geral	3,52(50,28)	1,03	4

Tabela 2. Atitude dos médicos e enfermeiros no cuidado da demência (classificados pelo nível de concordância)

Item	Concorda plenamente	Concorda	Não concordo e nem discordo	Discorda	Discorda plenamente
1.Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores de pessoas que sofrem com demência (n=70).	41(58,57%)	25(35,71%)	4(5,71%)	-	-
2.As famílias preferem ser informadas sobre ao diagnóstico de demência de seu familiar o mais rapidamente possível (n=70).	28(40%)	34(35,71%)	5(7,14%)	3(4,28%)	-
3.Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem de demência (n=70).	46(65,71%)	23(32,85%)	1(1,42%)	-	-
4.Fornecer o diagnóstico é geralmente mais útil do que nocivo(n=70).	31(44,28%)	32(45,71%)	4(5,71%)	3(4,28%)	-
5.A demência é melhor diagnosticada por serviços especializados (n=70).	7(10%)	25(35,71%)	19(27,14%)	17(24,28%)	2(2,85%)
6.Tratar pacientes com demência pode ser uma perda de recursos com pouco resultado efetivo (n=70).	2(2,85%)	3(4,28%)	-	35(50%)	30(42,85%)
7.É melhor falar com o paciente de maneira acolhedora (n=70).	49(70%)	18(25,71%)	3(4,28%)	-	-
8.Gerenciar pacientes demenciados é mais frustrante que compensador (n=70).	3(4,28%)	8(11,42%)	12(17,14%)	36(51,42%)	11(15,71%)
9.Não há sentido em encaminhar as famílias aos serviços de apoio já que elas não querem usa-los (n=70).	8(11,42%)	32(45,71%)	20(28,57%)	9(12,85%)	1(1,42%)
10.A equipe de Atenção Primária tem um papel muito limitado para atuar no cuidado de pessoas com demência (n=70).	11(15,71%)	16(22,85%)	9(12,85%)	20(28,57%)	14(20%)

Fonte: Adaptado de Turner et al. (2004, p.464)

Figura 1.

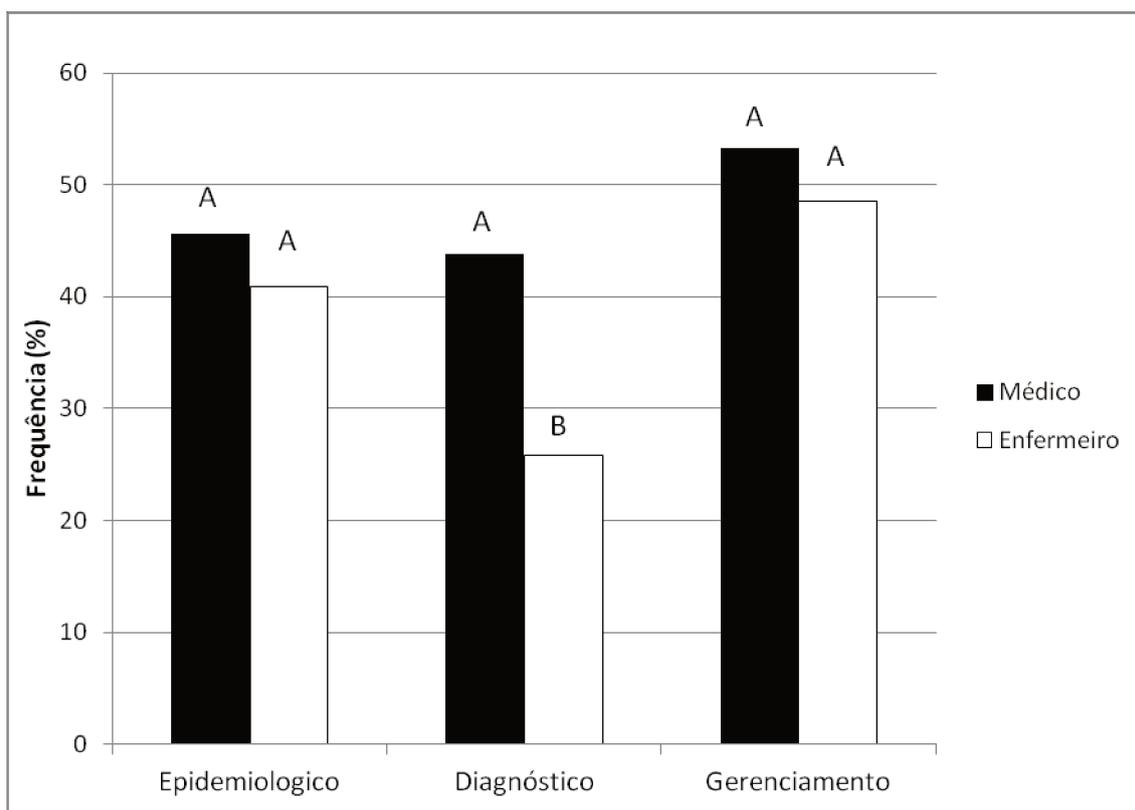


Figura 1. Porcentagem de acertos entre os médicos e enfermeiros dividido por eixo de conhecimento. Letras iguais em cada eixo indicam a inexistência de diferença significativa pelo teste de Qui-quadrado ($p < 0,005$) e letras distintas, indicam diferença significativa.

Referências

1. Atalia-Silva K, Ribeiro PCC, Lourenço RA. Epidemiologia das demências. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2008; 7(1):46-51.
2. Beall C, Baumhover LA, Novak DA, Edwards BM, Plant MA, Pieroni RE. Education about Alzheimer's Disease: curricular implications for health professionals. *Gerontol Geriatr Educ*. 1992; 12(3):93-107.
3. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 60p.
4. Chaves MLFD, Godinho CC, Porto CS, Mansur L, Carthery-Goulart MT, Yassuda MS, et al. Doença de Alzheimer: avaliação cognitiva, comportamental e funcional. *Dement Neuropsychol*. 2011; 5(Suppl 1):21-33.
5. Dieckmann L, Zarit SH, Zarit JM, Gatz M. The Alzheimer's Disease knowledge test. *Gerontologist*. 1988; 28(3):402-7.
6. Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ, colaboradores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed. 2004. p.88-100.
7. Gonçalves VMR. O conhecimento da Doença de Alzheimer e do acidente vascular cerebral apresentado por pessoas com mais de 60 anos [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; 2009.
8. Herrera Junior 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.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [acesso 2012 abr 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
10. Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba [acesso 2013 dez 02]. Disponível em: <http://www.ipplap.com.br>.
11. Karlin N, Dalley M. Alzheimer's disease knowledge: a comparison study. *J Clin Geropsychol*. 1998; 4(3):211-7.
12. Machado MH, Wermelinger M, Tavares MFL, Moysés NMN, Teixeira M, Oliveira ES. Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulg Saúde Debate*. 2010; (45):54-70.
13. Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009; 30(13):121-34.
14. Ramos AM, Stein AT, Castro Filho ED, Chaves MLF, Okamoto I, Nitrini R. Demência do Idoso: diagnóstico na atenção primária à saúde. 2009 [acesso 2013 set 28]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/19-Demencia.pdf
15. Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS, et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6):773-8.
16. Sullivan K, Finch S, O'Connor F. A confidence interval analysis of three studies using the Alzheimer's Disease knowledge test. *Aging Ment Health*. 2003; 7(3):176-81.

17. Sullivan K, O'Connor F. Providing education about Alzheimer's disease. *Aging Ment Health*. 2001; 5(1):5-13.

18. Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, Keady J, et al. General practitioners' Knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing*. 2004; 33(5):461-7.

Conclusão

O conhecimento entre médicos e enfermeiros ficou aquém de 50% de respostas corretas, o que sugere a necessidade de uma intervenção educativa nesta área, principalmente no eixo sobre diagnóstico. Já as atitudes encontradas entre os profissionais da amostra, boa parte delas favorecem positivamente o atendimento dos pacientes e suas famílias, demonstrando ainda mais que o grande impedimento para um bom atendimento aos idosos demenciados na APS é a falta de conhecimento apropriado sobre esta condição patológica.

Referências¹

Alça LRI. Educação em saúde bucal para idosos: influência na percepção e condição de saúde bucal [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2010.

Apolinário D, Araújo LMQ, Chaves MLF, Lopes LC, Okamoto IH, Ramos AM, et al. Doença de Alzheimer: diagnóstico [internet]. 2011 [acesso 2013 set 10]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/doenca_de_alzheimer-diagnostico.pdf

Bottino CMC, Azevedo Junior D, Tatsch M, Hototia SR, Moscoso MA, Folquitto J, et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008; 26(4): 291-9.

Brasil. Portal Brasil. Doenças da terceira idade [internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso 2012 jun 11]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-idoso/doencas-da-terceira-idade>.

Brucki SMD. Revisão científica - Donepezila. São Paulo: Segmento Farma Ed.; 2012.

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.

Cerqueira ATAR, Oliveira NIL, organizadoras. Compreendendo e cuidando do idoso: uma abordagem multiprofissional. Botucatu: Cultura Acadêmica; 2006.

Chaves MLF, Godinho CC, Porto CS, Mansur L, Carthery-Goulart MT, Yassuda MS, et al. Doença de Alzheimer: avaliação cognitiva, comportamental e funcional. *Dement Neuropsychol*. 2011; 5(Suppl 1): 21-33.

¹ De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors.

Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ, colaboradores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.88-100.

Felix JS. Economia da longevidade: uma revisão bibliográfica brasileira sobre o envelhecimento populacional [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2009.

Frota NAF, Nitrini R, Damasceno BP, Forlenza O, Dias-Tosta E, Silva AB, et al. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. Dement Neuropsychol. 2011; 5(Suppl 1): 5-10.

Lopes MA, Bottino CNC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. Arq Neuro-Psiquiatr. 2002; 60(1): 61-9.

Moraes EN, Cintra MTG, Belém D, Moraes FL. Avaliação do programa público brasileiro de tratamento da Doença de Alzheimer no ano de 2008. Rev Geriatr Gerontol. 2013; 7(1): 14-9.

Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29): 264-73.

Organização para as Nações Unidas no Brasil. A ONU e as pessoas idosas [acesso 2013 set 28]. Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>.

Ramos AM, Stein AT, Castro Filho ED, Chaves MLF, Okamoto I, Nitrini R. Demência do idoso: diagnóstico na atenção primária à saúde. 2009 [acesso 2013 set 28]. Disponível em: http://www.projetediretrizes.org.br/8_volume/19-Demencia.pdf.

Tavares A. Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Apêndice 1 - Questionário: Teste sobre o Conhecimento da Doença de Alzheimer (ADK - Versão Modificada)

Assinale com um círculo a resposta correta. Há apenas **uma** resposta correta.

1. Estima-se que a porcentagem de pessoas com mais de 65 anos que tem a Doença de Alzheimer é de:

- a) Menos de 2%
- b) Cerca de 5%
- c) Cerca de 10%
- d) 20-25%
- e) Não sei

2. Espera-se que a prevalência da Doença de Alzheimer na população geral do Brasil:

- a) Diminua ligeiramente
- b) Permaneça aproximadamente a mesma
- c) Aumente na proporção do número de pessoas com mais de 65 anos
- d) Se aproxime do triplo no ano de 2020
- e) Não sei

3. A causa da doença de Alzheimer é:

- a) Velhice
- b) Endurecimento das artérias
- c) Senilidade
- d) Desconhecida
- e) Não sei

4. Pesquisas que estudaram o papel da hereditariedade na Doença de Alzheimer sugerem que:

- a) Pessoas que tenham um familiar próximo com Doença de Alzheimer apresentam um maior risco de serem acometidas.
- b) A Doença de Alzheimer é sempre transmitida geneticamente
- c) A Doença de Alzheimer é apenas herdada se ambos os pais forem portadores da doença
- d) A Doença de Alzheimer nunca é herdada
- e) Não sei

5. Quantidades de alumínio superiores ao normal foram encontradas no cérebro de algumas pessoas com a Doença de Alzheimer. Estudos que investigaram o papel do alumínio nas causas da Doença de Alzheimer:

- a) Determinaram que esta é a causa principal da doença
- b) Concluíram que o alumínio desempenham um papel no início da doença
- c) São inconclusivos
- d) Provaram que é a causa desta doença
- e) Não sei

6. Uma pessoa de quem se suspeite ter a Doença de Alzheimer deve ser avaliada o mais depressa possível porque:

- a) Um tratamento rápido da Doença de Alzheimer pode impedir que os sintomas piorem
- b) Um tratamento rápido da Doença de Alzheimer pode reverter os sintomas
- c) É importante descartar e tratar desordens reversíveis
- d) É melhor institucionalizar uma pessoa com a Doença de Alzheimer logo no início da doença
- e) Não sei

7. Qual dos seguintes procedimentos confirmam que os sintomas se devem à Doença de Alzheimer:

- a) Avaliação do estado mental
- b) Autópsia
- c) Tomografia Computadorizada
- d) Análises sanguíneas
- e) Não sei

8. Qual das seguintes condições se assemelham por vezes à Doença de Alzheimer?

- a) Depressão
- b) Delírio
- c) Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- d) Todas as anteriores
- e) Não sei

9. Quais dos seguintes sintomas está sempre presente na Doença de Alzheimer?

- a) Perda de memória
- b) Perda de memória, incontinência
- c) Perda de memória, incontinência e alucinações
- d) Nenhuma das anteriores
- e) Não sei

10. Apesar da taxa de progressão da Doença de Alzheimer ser variável, a expectativa média de vida depois da doença surgir é de:

- a) 6 meses - 1 ano
- b) 1 - 5 anos
- c) 6 - 12 anos
- d) 15 - 20 anos
- e) Não sei

11. No Brasil, a porcentagem de pessoas com demência que vivem na comunidade, seja em sua casa ou na casa de um cuidador, é de:

- a) 10%
- b) 25%
- c) 40%
- d) Mais de 50%
- e) Não sei

12. Qual das seguintes frases descreve a percepção que pessoas com a Doença de Alzheimer podem ter em relação à sua doença?

- a) Não percebem os sintomas
- b) Estão deprimidos
- c) Negam os sintomas
- d) Todas as anteriores
- e) Não sei

13. As pessoas com Doença de Alzheimer podem por vezes deambular pela casa. Os cuidadores devem lidar com este problema:

- a) Discutindo com o doente sobre os potenciais perigos de deambular
- b) Partilhando sentimentos de preocupação com o doente de forma calma e tranquila
- c) Usando soluções práticas como porta trancadas
- d) Letras B e C
- e) Não sei

14. Qual das seguintes frases é verdadeira para o tratamento de pessoas com a Doença de Alzheimer que estão deprimidas?

- a) Geralmente é inútil tratar a depressão na medida que os sentimentos de tristeza e incapacidade fazem parte do processo da doença
- b) O tratamento da depressão pode ser eficaz para aliviar os sintomas depressivos
- c) Medicação antidepressiva não deve ser prescrita
- d) Medicação correta pode aliviar os sintomas de depressão e prevenir um maior declínio intelectual
- e) Não sei

15. Qual é o papel da nutrição na Doença de Alzheimer?

- a) Uma nutrição correta pode prevenir a Doença de Alzheimer
- b) Uma nutrição correta pode reverter os sintomas da Doença de Alzheimer
- c) Uma nutrição pobre pode piorar os sintomas da Doença de Alzheimer
- d) A nutrição não tem qualquer papel na Doença de Alzheimer
- e) Não sei

16. Qual é o efeito da informação sobre a orientação espaço-temporal (isto é, lembretes da data e do local) em pessoas com a Doença de Alzheimer?

- a) Produz ganhos permanentes na memória
- b) Abranda a progressão da doença
- c) Aumenta a confusão em aproximadamente 50% dos doentes
- d) Não tem um efeito duradouro na memória dos doentes
- e) Não sei

17. As pessoas escrevem por vezes lembretes. Em que medida esta técnica é eficaz em pessoas com a Doença de Alzheimer?

- a) Nunca poderá ser usada porque a leitura e a compreensão estão muito afetadas
- b) Poderá ser útil para pessoas com demência leve
- c) É um artefato que poderá contribuir para um declínio maior
- d) Pode produzir ganhos permanentes na memória
- e) Não sei

18. Quando uma pessoa com a Doença de Alzheimer começa a ter dificuldade em tarefas de auto-cuidado, muitos profissionais de saúde recomendam que o cuidador:

- a) Permita que o doente desempenhe estas tarefas independentemente do resultado
- b) Auxilie nas tarefas para que o doente possa ficar o mais independente possível
- c) Assuma imediatamente o controle das tarefas para prevenir acidentes
- d) Planeje a ida do paciente para um lar de idosos
- e) Não sei

19. Algumas pessoas com a Doença de Alzheimer podem ter alterações de personalidade. Isto deve-se a:

- a) Lesões no cérebro geralmente fora do controle da pessoa
- b) Uma personalidade já anteriormente desagradável que está envelhecendo
- c) Tentativas de ataque deliberado devido à sua frustração
- d) Hipóteses A e C
- e) Não sei

20. Quais das seguintes funções é a principal da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz)?

- a) Realizar investigação
- b) Prestar aconselhamento médico
- c) Melhorar a qualidade de vida dos Doentes de Alzheimer e dos seus familiares e amigos
- d) Fornecer apoio diurno aos Doentes de Alzheimer
- e) Não sei

Respostas corretas: 1/b, 2/c, 3/d, 4/a, 5/c, 6/c, 7/b, 8/d, 9/a, 10/c, 11/d, 12/d, 13/c, 14/b, 15/c, 16/d, 17/b, 18/b, 19/a e 20/c.

Eixos de conhecimento: epidemiológico - questões: 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11 e 19; diagnóstico - questões: 6,7, 8, 9 e 12; Gerenciamento de casos - questões: 13, 14, 15, 16,17, 18 e 20.

Apêndice 2 - Questionário: Atitudes durante os cuidados com pacientes demenciados (classificado por nível de concordância):

Item	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo e nem discordo	Discordo	Discordo completamente
1. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores de pessoas que sofrem com demência.					
2. As famílias preferem ser informadas sobre o diagnóstico de demência de seu familiar o mais rapidamente possível.					
3. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem de demência.					
4. Fornecer o diagnóstico é geralmente mais útil do que nocivo.					
5. A demência é melhor diagnosticada por serviços especializados.					
6. Tratar pacientes com demência pode ser uma perda de recursos com pouco resultado efetivo.					
7. É melhor falar com o paciente de maneira acolhedora.					
8. Gerenciar pacientes demenciados é mais frustrante do que compensador.					
9. Não há sentido em encaminhar as famílias aos serviços de apoio já que elas não querem usá-los.					
10. A equipe de Atenção Primária tem um papel muito limitado para atuar no cuidado de pessoas com demência.					

Apêndice 3 - Questionário: Perfil dos Voluntários da Pesquisa

1) Sexo:

Masculino Feminino

2) Idade:

3) Profissão:

4) Tempo de formado:

5) Após a sua graduação (formatura) já realizou alguma especialização, curso de extensão, pós-graduação, residência médica ou multiprofissional?

Sim Não

Se a resposta for sim, qual (quais) e há quanto tempo?

6) Após a sua graduação (formatura) já participou de algum curso ou palestra sobre cuidados para paciente com demências?

Sim Não

Se a resposta for sim, há quanto tempo?

7) Em sua prática clínica, atende rotineiramente pacientes com demências?

Sim Não Esporadicamente

Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr.(a),

Convidamos você a participar da nossa pesquisa: “Conhecimento e atitude dos médicos e enfermeiros do PSF de Piracicaba no atendimento de idosos demenciados”. As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp: Prof^a. Dr^a Maria da Luz Rosário de Sousa e aluno de pós-graduação, Luís Fernando de Lima Nunes Barbosa (mestrado profissionalizante) e firmar acordo consentimento livre e esclarecido, através do qual você autoriza a sua participação, com total conhecimento da natureza dos procedimentos que se submeterá, com a capacidade de livre-arbítrio e livre de qualquer coação, podendo desistir quando quiser. A sua colaboração, através de autorização e concordância em participar, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias e que não haverá ônus a sua pessoa.

Pesquisadores responsáveis:

A qualquer tempo (antes e durante a pesquisa), se você desejar mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para:

Luís Fernando de Lima Nunes Barbosa – Cel: 19-91532967

End: Rua Prudente de Moraes, 1074, apto113, Cep - 13400-310 Piracicaba – SP
drluisfernando@ig.com.br

Prof^ª.Dr^ª. Maria da Luz Rosário de Sousa (Orientador) - Tel: 19-21065278 (falar com a secretária Eliana)

End: Av Limeira, 901 cx postal 52 - 13914-903 Piracicaba – SP

luzsousa@fop.unicamp.br

Justificativa:

Considerando o contínuo aumento do número de idosos demenciados na população brasileira, a necessidade de um diagnóstico precoce e correto para maior efetividade do tratamento e melhora da qualidade de vida dos pacientes e cuidadores e a obrigação do sistema público de saúde brasileiro em preparar-se para receber esta demanda, a presente pesquisa busca avaliar o conhecimento e a atitude dos médicos e enfermeiros da ESF de Piracicaba-SP, frente aos pacientes idosos (indivíduos com 60 anos ou mais) demenciados. Procura também identificar quais são os pontos falhos do conhecimento (epidemiológico, de diagnóstico e de gerenciamento) e quais aspectos nos perfis dos profissionais que influenciam positivamente ou negativamente no atendimento a estes pacientes tão vulneráveis.

Objetivos:

Este estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento e a atitude dos médicos e enfermeiros do PSF de Piracicaba-SP, frente aos pacientes idosos demenciados.

Descrição da pesquisa:

Metodologia

Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, o senhor(a) será considerado voluntário. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário. Você responderá, em seguida, a dois questionário com questões sobre o conhecimento e atitude no atendimento aos idosos demenciados e a um terceiro questionário sobre o perfil do profissional voluntário da pesquisa e sua formação profissional.

As respostas ficarão sob a responsabilidade da pesquisador principal e você terá garantia de sigilo em relação às respostas emitidas.

Possibilidade de inclusão em grupo controle/placebo

Não haverá grupo controle e placebo neste estudo.

Métodos alternativos para obtenção da informação

Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis

Você responderá a três questionários nas dependências da unidade de saúde onde exerce suas atividades profissionais. Estes questionários serão aplicados em local reservado, evitando qualquer tipo de constrangimento por parte dos voluntários. Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário

Como benefício, o profissional receberá, através da pesquisa, avaliação do seu nível de conhecimento sobre demência. Além disso, você estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade e a elaboração de futuras capacitações sobre o tema abordado.

Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito

Os pesquisadores responsáveis darão assistência durante a pesquisa ou quando você solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

Forma de contato com a pesquisador e com o CEP

Para entrar em contato com os pesquisadores: você terá contato direto com os pesquisadores Luís Fernando de Lima Nunes Barbosa (19) 91532967, drluisfernando@ig.com.br, Prof^ª.Dr^ª. Maria da Luz Rosário de Sousa (Orientadora) -

Tel: 19 21065209 (falar com secretária Eliana) End: Av Limeira, 901 cx postal 52 - 13914-903 Piracicaba – SP, luzsousa@fop.unicamp.br .

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP:13414-903, Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: cep@fop.unicamp.br; site: www.fop.unicamp/cep.

Garantia de esclarecimentos

Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. Os pesquisadores também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

Garantia de recusa à participação ou saída do estudo

Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição.

Garantia de sigilo

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

Garantia de ressarcimento

Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto a pesquisa será realizada em horário onde o profissional estará na unidade de saúde para trabalhar, após a realização da mesma, e, portanto, você não terá gastos para participar da pesquisa.

Garantia de indenização e/ou reparação de danos

Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam os pesquisadores responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Cópia do Termo de consentimento:

Você está recebendo duas cópias deste termo que deverão ser assinadas, sendo que uma é sua e a outra deverá ser devolvida ao pesquisador. Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população.

Atenciosamente,

Luís Fernando de Lima Nunes Barbosa

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
RG nº _____, certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar
suficientemente esclarecido de todos os itens pelo pós-graduando Luís Fernando de
Lima Nunes Barbosa, pesquisadora responsável na condução da pesquisa. Estou
plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa " CONHECIMENTO E
ATITUDE DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DO PSF DE PIRACICABA NO
ATENDIMENTO DE IDOSOS DEMENCIADOS ". E recebi uma cópia desde
documento.

Piracicaba, _____ de _____ de 2011.

Nome: _____ RG° _____

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ATENÇÃO: Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa,
escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira, 901-
CEP13414-900-Piracicaba-SP.

Telefone/fax: 19-21065349, email: cep@fop.unicamp.br

Web site: www.fop.unicamp.br/cep

Anexo 1 - Certificado do Comitê de Ética



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CAMPINAS**



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Conhecimento e atitude dos médicos e enfermeiros do PSF de Piracicaba no atendimento de idosos demenciados"**, protocolo nº 123/2012, dos pesquisadores Luis Fernando de Lima Nunes Barbosa e Maria da Luz Rosário de Sousa, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 19/07/2013.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"Knowledge and attitude of doctors and nurses of the PSF of Piracicaba in answering demented elderly"**, register number 123/2012, of Luis Fernando de Lima Nunes Barbosa and Maria da Luz Rosário de Sousa, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 07/19/2013.

Prof. Dr. Felipe Bevilacqua Prado

Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

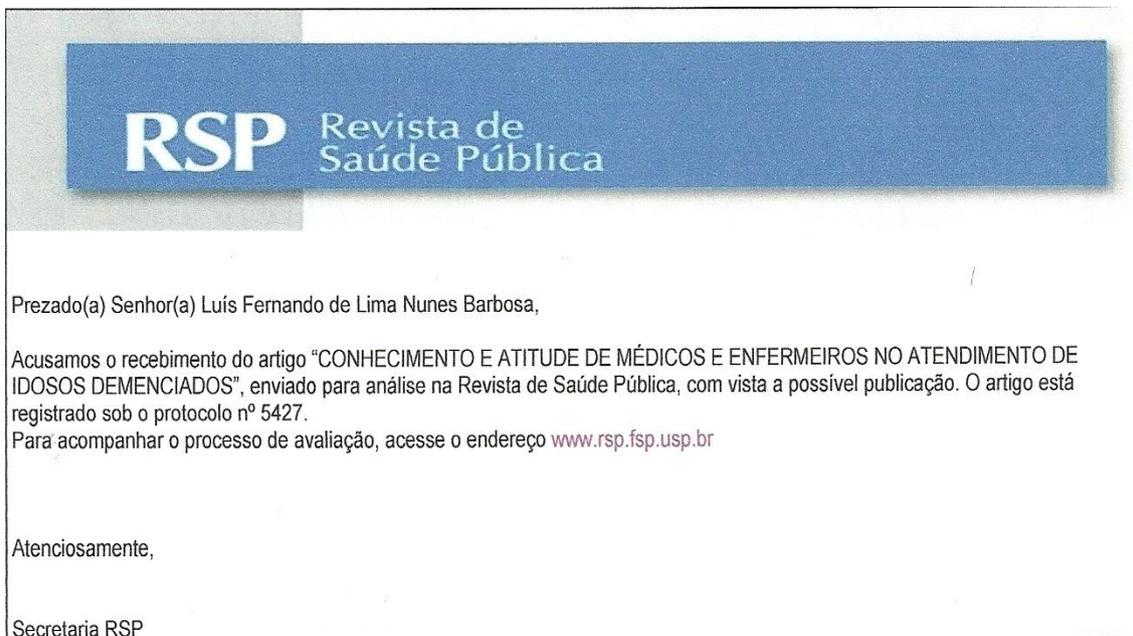
Profa. Dra. Livia Maria Andaló

Tenuta
Coordenadora
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.

Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

Anexo 2 - Comprovação de submissão do artigo



Anexo 3 - Declaração de não infração de direito autoral

Declaração

A cópia do artigo de minha coautoria, já submetido para publicação em revista científica, que consta da minha dissertação de mestrado profissional, intitulada "Conhecimento e atitude dos médicos e enfermeiros do PSF de Piracicaba no atendimento de idosos demenciados", não infringe os dispositivos da lei n.º 9.610/98, nem o direito autoral de qualquer editora.

Piracicaba, 26 de março de 2014.

Autor: Luís Fernando de Lima Nunes Barbosa

RG n.º 24635696-0

Orientadora: Maria da Luz Rosario de Sousa

RG n.º 12511355

