

CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO ATENÇÃO SANITÁRIA ÀS DEMÊNCIAS: A VISÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Resumo: O artigo avalia a confiabilidade do instrumento Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica, nas versões para médicos e enfermeiros. Um estudo correlacional foi conduzido em Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família do município de São Paulo. A amostra foi composta por 87 médicos e 132 enfermeiros atuantes nas Unidades selecionadas. A confiabilidade foi avaliada por meio da estabilidade dos itens (teste-reteste). A coleta de dados foi realizada mediante a autoaplicação do instrumento pelos profissionais e a etapa de reteste ocorreu no 14º dia após o teste. Os resultados revelaram que 86,0% dos itens do instrumento possuem estabilidade entre forte e quase perfeita/alta; 13,3%, estabilidade moderada e 0,7%, regular. Tais resultados permitem indicar seu uso para identificar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da Atenção Básica à Saúde no acompanhamento às demências.

Descritores: Reprodutibilidade dos Testes, Atenção Primária à Saúde, Educação Profissional em Saúde Pública, Demência.

Reliability of the health care instrument for dementias: the vision of primary care

Abstract: The article assesses the reliability of the instrument Health Care for Dementia: the Primary Care perspective, in versions for doctors and nurses. A correlational study was conducted in Basic Health Units of the Family Health Strategy belonging to the municipality of São Paulo, Brazil. The sample consisted of 87 doctors and 132 nurses working in the selected Units. Reliability was assessed by means of item stability (test-retest). Data collection was performed by the self-application of the instrument by professionals and the retesting step occurred on the 14th day after the test. The results revealed that 86.0% of the instrument's items have stability between strong and almost perfect/high; 13.3%, moderate stability and 0.7%, regular. These results allow us to indicate its use to identify the educational needs of doctors and nurses in Primary Health Care in monitoring dementias.

Descriptors: Reproducibility of Results, Primary Health Care, Education Public Health Professional, Dementia.

Fiabilidad del instrumento asistencial para las demencias: la visión de la atención primaria

Resumen: El artículo evalúa la confiabilidad del instrumento Atención Sanitaria para la Demencia: la mirada de la Atención Primaria, en versiones para médicos y enfermeras. Se realizó un estudio correlacional en las Unidades Básicas de Salud de la Estrategia Salud de la Familia del municipio de São Paulo. La muestra estuvo conformada por 87 médicos y 132 enfermeros que laboraban en las Unidades seleccionadas. La fiabilidad se evaluó mediante la estabilidad del ítem (test-retest). La recolección de datos se realizó mediante la autoaplicación del instrumento por parte de profesionales y el paso de reevaluación ocurrió el día 14 después de la prueba. Los resultados revelaron que el 86.0% de los ítems del instrumento tienen una estabilidad entre fuerte y casi perfecta/alta; 13,3%, estabilidad moderada y 0,7%, regular. Estos resultados nos permiten indicar su uso para identificar las necesidades educativas de los médicos y enfermeras de la Atención Primaria de Salud en el seguimiento de las demencias.

Descriptor: Reproducibilidad de los Resultados, Educación Profesional en Salud Pública, Atención Primaria a la Salud, Demencia.

Gislaine Desani da Costa

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde.
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

E-mail: gislaine_desani@hotmail.com

Odineide Gomes dos Santos

Enfermeira. Faculdade de São Paulo, Centro Novo.

E-mail: enf.neidesantos@gmail.com

Maria Amélia de Campos Oliveira

Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

E-mail: macampos@usp.br

Submissão: 01/11/2020

Aprovação: 13/06/2021

Publicação: 13/09/2021

Como citar este artigo:

Costa GD, Santos OG, Oliveira MAC. Confiabilidade do instrumento atenção sanitária às demências: a visão da atenção básica. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(35):244-256.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.244-256>



Introdução

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 famílias¹⁻⁷. 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^{8,9}.

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

Diante do fenômeno do envelhecimento e dos diversos desafios enfrentados pelos profissionais de cuidados primários no manejo às demências¹⁰⁻¹², estudos para identificar seus conhecimentos e atitudes no acompanhamento às demências vem sendo realizados por diversos autores. As investigações em geral ocorrem por meio de questionários e os resultados obtidos evidenciam lacunas no conhecimento relacionadas ao processo de rastreamento e diagnóstico da doença, acompanhamento dos pacientes com demência, informação diagnóstica ao paciente e às famílias,

suporte ao cuidador, além da necessidade percebida pelos profissionais com maior formação em demência¹³⁻¹⁸.

Dentre os vários questionários existentes, o denominado Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica (ASDVAB), em suas versões para médicos (ASDVAB-M) e enfermeiros (ASDVAB-E), destaca-se por abordar a temática de forma abrangente e investigar os conhecimentos e as práticas de enfermeiros e médicos das equipes de ESF. O instrumento possui questões referentes a: perfil profissional e necessidades educacionais dos profissionais em demência, processo diagnóstico, informações fornecidas ao paciente e suas famílias, acompanhamento dos pacientes e cuidadores, funções principais do enfermeiro na atenção aos pacientes com demência e suas famílias e relação dos médicos com o serviço especializado. As perguntas são abertas e fechadas, de múltipla escolha, por ordem de classificação e dicotômica). A versão para médicos tem 28 questões, incluindo um estudo de caso, e a versão para enfermeiros, 16 questões. Ambas as versões são autoexplicativas e autoaplicáveis¹⁹.

Para a utilização de um instrumento é crucial avaliar os aspectos da confiabilidade, que está relacionada a sua capacidade de apresentar medidas fiéis à realidade. 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 resultados²⁰.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a confiabilidade do instrumento ASDVAB, nas suas versões médicos e enfermeiros.

Material e Método

Estudo correlacional em que foi avaliada a confiabilidade do ASDVAB-M e ASDVAB-E, por meio da estabilidade de seus itens (teste-reteste). A investigação foi desenvolvida em UBS da ESF pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde Oeste, Centro, Sudeste e Norte do município de São Paulo, SP.

A população foi composta por enfermeiros e médicos que atuam nas UBS com ESF pertencentes às Coordenadorias já mencionadas. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser enfermeiro ou médico nas UBS incluídas na pesquisa e atuar na ESF por um período igual ou superior a 12 meses. Os critérios de exclusão foram: sujeitos ausentes nas unidades por um período igual ou superior há 15 dias ou que responderem somente a etapa de teste.

Para o cálculo da amostra na avaliação da confiabilidade foram levados em conta estimativas de precisão para proporção de concordância²¹, entre as respostas do teste-reteste. Adotando uma concordância em torno de 80%, para um intervalo de cerca de 10%, estimou-se uma amostra de 61 enfermeiros e 61 médicos. Considerando que 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.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a julho de 2018 por meio da autoaplicação do instrumento pelos profissionais. Os questionários, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

e uma cópia das autorizações para a realização da pesquisa foram entregues pessoalmente aos gerentes das UBS. Foram informados verbalmente os 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. A entrega dos instrumentos foi protocolada e uma via foi entregue aos gerentes, juntamente com os contatos das pesquisadoras. Uma data não superior a 60 dias foi agendada para buscá-los.

O ASDVAB-M e o ASDVAB-E são versões em português do Brasil do instrumento de origem espanhola *Atenció Sanitària de Les Demències: la visió de L' Atenció Primària*, em suas versões para médicos e enfermeiros, traduzido e adaptado culturalmente para a realidade brasileira¹⁹.

A instrumento original foi utilizado em estudo realizado na Catalunha, comunidade autônoma da Espanha, com o objetivo de conhecer a percepção, as atitudes e as necessidades de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) em relação ao diagnóstico e ao acompanhamento de pacientes com demência. A finalidade foi elaborar um protocolo de atuação em casos com suspeita clínica de comprometimento cognitivo. Assim, a Sociedade Catalã de Medicina Familiar e Comunitária realizou um inquérito para conhecer as necessidades médicos e enfermeiros da APS no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com demência e suas famílias¹⁵.

A estimativa da confiabilidade possui como foco a suscetibilidade do instrumento a influências externas ao longo do tempo²². 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-reteste²⁰.

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 a comparação posterior 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 será 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^{20,22}.

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, intervalos até 30 dias podem ser considerados^{20,22}. Neste estudo, os mesmos instrumentos foram novamente encaminhados aos participantes para reteste no 14º dia.

Foi realizada digitação única dos dados coletados e foi feita a conferência de 100% dos questionários lançados por uma segunda pessoa. As inconsistências encontradas foram corrigidas.

Os resultados do teste-reteste foram analisados pelos Coeficientes de Correlação Intraclasse – 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)²³: 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)²⁴: alta (1 a 0,75), moderada (0,4 a 0,74) e fraca (< 0,4). Maior ênfase é dada aos valores numéricos, já que as escalas podem variar entre os autores²⁵.

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

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sob os pareceres de números 2.384.286 e 2.427.256.

Para participação na pesquisa, os sujeitos receberam informações sobre o objetivo do estudo, os riscos e os benefícios, assim como o direito a indenização caso se sentissem lesados em decorrência da participação, conforme as leis vigentes no País. Todos os que concordaram em participar assinaram as duas vias do TCLE (uma via do sujeito e a outra do pesquisador). Deste modo, foram atendidas as exigências da Resolução 466/2012, que normatiza a pesquisa em seres humanos.

Resultados

Preencheram aos critérios de inclusão no estudo e participaram da etapa de teste-reteste 219 profissionais, sendo 87 médicos e 132 enfermeiros, com idades entre 25 e 68 anos, idade média de 38,2 anos e mediana de 36,0 anos.

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.

Desses, 129 (86,0%) apresentaram estabilidade forte (n=69; 46,0%) ou quase perfeita/alta (n=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 1 a 5, considerando o tipo de variável (numérica ou categórica) e a categoria profissional.

Tabela 1. Confiabilidade dos itens comuns ao ASDVAB-M e ASDVAB-E - variáveis numéricas (n=219). São Paulo, SP, Brasil, 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

M (Instrumento direcionado ao Médico); E (Instrumento direcionado ao Enfermeiro).

Tabela 2. Confiabilidade dos itens do instrumento ASDVAB-M - variáveis numéricas (n=87). São Paulo, SP, Brasil, 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 3. Confiabilidade dos itens comuns ao ASDVAB-M e ASDVAB-E - variáveis categóricas (n=219). São Paulo, SP, Brasil, 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) <i>Qual é o número aproximado de consultas que você realiza por mês para pacientes com demência?</i>	0,75	0,66–0,83
16.(M);12.(E) <i>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)</i>		
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)	<i>Em sua programação diária, você habitualmente programa visitas domiciliares para tratamento e acompanhamento de pacientes com demência?</i>	0,77	0,66–0,87
22.(M);15(E)	<i>Com qual frequência você costuma planejar acompanhamento específico para o cuidador do paciente com demência?</i>	0,67	0,59–0,75

M (Instrumento direcionado ao Médico); E (Instrumento direcionado ao Enfermeiro).

Tabela 4. Confiabilidade dos itens do instrumento ASDVAB-M - variáveis categóricas (n=87). São Paulo, SP, Brasil, 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.	<i>Você encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave?</i>		
21.1	<i>Por quais motivos? (resposta múltipla, selecione todos os motivos que você considerar)</i>	0,62	0,37–0,88

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 você encaminha aos serviços especializados para controle de distúrbios comportamentais?</i>	0,72	0,61–0,83
28.	<i>Caso clínico</i>		
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 5. Confiabilidade dos itens do instrumento ASDVAB-E - variáveis categóricas (n=132). São Paulo, SP, Brasil, 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 com estabilidade moderada foram: 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 AVD (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);

A confiabilidade regular recaiu sobre um único item: 16.1.10 (M) escala isquêmica de *Hachinski* (0,33).

Discussão

De acordo com os critérios de interpretação adotados no estudo, os itens do instrumento mostraram-se estáveis e em sua maioria obtiveram índices classificados entre fortes e quase perfeitos/altos (0,33 a 1,00).

Nesta investigação, o reteste ocorreu 14 dias após a primeira aplicação. Sabe-se que 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, portanto, inflar falsamente a confiabilidade teste-reteste. Por essa razão, recomenda-se que a reaplicação ocorra entre 14 a 30 dias. Além disso, mudanças no estado de conhecimento ocorridas entre os testes e as formas de os responder podem influenciar as respostas dos entrevistados e diminuir a confiabilidade teste-reteste^{20,26}.

O instrumento é 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 estabilidades moderadas foram novamente assinalados pela maioria dos respondentes no reteste, entretanto com 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 - tratamento com fármacos específicos, anticolinesterásicos e/ou memantina (0,57); tratamento farmacológico com antipsicóticos, típicos ou atípicos (0,54) e 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 AVD (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 das comorbidades apresentadas pelo 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, uma vez que somente o especialista pode solicitar esses exames na AB. Entretanto, essa informação que pode ter sido pesquisada e respondida diferentemente no reteste.

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

Não houve itens avaliados com estabilidades pobre ou fraca em ambas as versões do ASDVAB²³⁻²⁴.

O instrumento original não passou por avaliação da confiabilidade. Já a escala americana *The Alzheimer's Disease Knowledge Scale* - ADKS, 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 2 e 50 horas após o teste²⁷.

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 (técnica das duas metades), quando autoaplicada a 145 profissionais da enfermagem. Tal 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 as respostas adotam o modelo *Likert* (discordo fortemente, discordo, discordo

ligeiramente, não concordo nem discordo, concordo ligeiramente, concordo e concordo fortemente)²⁸.

A DAS foi traduzida, adaptada e validada para o contexto cultural português e intitulada Escala de Atitudes face à Demência (EAD). A versão adaptada manteve os 20 itens originais. 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 semana²⁸⁻²⁹.

Índices menores de confiabilidade foram encontrados no ASDVAB quando comparados aos índices do ADKS, DAS e EAD, porquanto 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 do questionário e o intervalo curto entre o teste e o reteste.

Os resultados obtidos neste estudo permitem indicar o uso do ASDVAB para identificar as necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da AB no acompanhamento às demências. Sua aplicação pode contribuir para a sensibilização e as reflexões sobre a atual realidade do processo de cuidado ao idoso com demência na AB e fundamentar mudanças nas práticas dos profissionais. Além disso, a implementação de intervenções que aprimorem a prática profissional poderá impactar a qualidade de vida dos idosos, familiares e cuidadores. O desenvolvimento de estratégias de educação voltadas aos profissionais de saúde na temática pode contribuir para a modificação de suas práticas³⁰.

Como limitação deste estudo, destaca-se a amostra não aleatória dos participantes no estudo, o que pode ter contribuído para a participação das unidades de saúde e profissionais com maior interesse no assunto.

Conclusão

Dos 150 itens do ASDVAB-M e do ASDVAB-E avaliados, 86,0% tiveram sua estabilidade avaliadas como forte (69; 46,0%) e quase perfeitas/altas (60; 40,0%); 13,3% como moderadas e 0,7%, como regular. Tais resultados permitem indicar seu uso na prática para identificar necessidades educacionais de médicos e enfermeiros da AB no acompanhamento das demências.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2017. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101628.pdf>>. Acesso em 19 mar 2019.
2. Nichols E, Szeoke CEI, Vollset SE, Abbasi N, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019; 18(1):88-106.
3. Veras RP, Oliveira M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1929-36.
4. 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. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em 23 mai 2016.
5. 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. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/midia/spdemografico/SP-Demografico-n1-jan2015-final-2.pdf>>. Acesso em 22 set 2017.
6. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf>>. Acesso em 02 ago 2017.
7. Alcântara AO, Camarano AM, Giacomini KC. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea. 2016. Disponível em: <chrome-extension://ohfgljdgelakfkefopgklohadedgpjf/https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF>. Acesso em 02 ago 2020.
8. 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.
9. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. São Paulo: IESS; 2013. Disponível em: <www.iess.org.br/envelhecimento/pop2013.pdf>. Acesso em 26 mai 2019.
10. 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.
11. Guimarães TMR, Silva KNF, Cavalcanti HGO, Souza, ICA, Leite JS, Silva JTB, et al. Assistência de enfermagem aos pacientes com Doença de Alzheimer em cuidados paliativos: revisão sistemática. *REAS/EJCH.* 2020; Sup(38):1-10.
12. Mattos EBT, Kovacs MJ. Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. *Psicol USP.* 2020; (31):e180023.
13. Barbosa LFLN. Conhecimento e atitude dos médicos e enfermeiros do PSF de Piracicaba no

- atendimento de idosos demenciados. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia. 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/R EPOSIP/288036/1/Barbosa_LuisFernandodeLima Nunes_M.pdf>. Acesso em 19 mar 2019.
14. 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.
15. Tuero GC, Garre-Olmo J, López-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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization. 1991.
22. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2018; 339-426.
23. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33(1):159-74.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. O'Connor M, McFadden, S. Development and psychometric validation of the dementia attitudes scale. *Int J Alzheimers Dis.* 2010; 1-10.
29. Marques CS. Escala de atitudes frente à demência - contributos para a validação. Aveiro: Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. 2012. Disponível em: <<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/9215/1/TESE.pdf>>. Acesso em 19 mar 2019.
30. Malta EMBR, Araújo DD, Brito MFSF, Pinho L. Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. *Interface.* 2020; 24(Suppl 1):1-18.