

Efeitos da capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na demência: um estudo quase experimental

Effects of training Community Health Agents on dementia: a quasi-experimental study

Efectos de la capacitación de Agentes Comunitarios de Salud en la demencia: un estudio cuasi experimental

Aline Cristina Ramos Coelho^I

ORCID: 0000-0002-8959-2430

Edmir Batista da Silva Cruz^I

ORCID: 0000-0001-9954-032X

Helena Zacharias Radicchi^I

ORCID: 0000-0002-0740-8792

Emanuela Bezerra Torres Mattos^I

ORCID: 0000-0002-1780-2355

Marcia Maria Pires Camargo Novelli^I

ORCID: 0000-0002-2058-4950

Felipe Granado de Souza^I

ORCID: 0000-0002-6187-6888

Rubens Goulart^{II}

ORCID: 0000-0003-3890-9052

Corina Lopes Ribeiro^{III}

ORCID: 0000-0003-0493-0320

^IUniversidade Federal de São Paulo. Santos, São Paulo, Brasil.

^{II}Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Santos, São Paulo, Brasil.

^{III}Ambulatório de Especialidades. Santos, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Coelho ACR, Cruz EBS, Radicchi HZ, Mattos EBT, Novelli MMPC, Souza FG, et. al. Effects of training Community Health Agents on dementia: a quasi-experimental study. Rev Bras Enferm. 2024;77(1):e20230027. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0027pt>

Autor Correspondente:

Emanuela Bezerra Torres Mattos
E-mail: emattos@unifesp.br

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 28-02-2023 Aprovação: 07-11-2023

RESUMO

Objetivos: avaliar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre demência antes e após a oficina de capacitação para detecção de sinais da doença. **Métodos:** estudo quase-experimental com 33 agentes comunitários, no qual foram coletadas informações sociodemográficas e de conhecimento sobre demência, avaliadas pela *Alzheimer's Disease Knowledge Scale*, no pré e pós-oficina. Houve 10 encontros semanais, online e síncronos. Utilizou-se o teste t de *Student* para amostras relacionadas e calculou-se o tamanho do efeito. **Resultados:** enquanto a média de pontos na avaliação inicial, por meio do instrumento de medida, foi de 16,3, na avaliação final foi de 21,24. Observou-se aumento na pontuação na escala após a participação na oficina, com um valor de 4,94. **Conclusões:** é urgente investir na educação permanente desses profissionais para maior conscientização na detecção oportuna de casos de demência ainda na atenção básica e conscientização de fatores potencialmente modificáveis. **Descritores:** Capacitação; Agentes Comunitários de Saúde; Demência; Estratégias de eSaúde; Envelhecimento.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the knowledge of Community Health Agents about dementia before and after the training workshop for detecting signs of the disease. **Methods:** a quasi-experimental study with 33 community agents, in which sociodemographic information and knowledge about dementia were collected and assessed using the *Alzheimer's Disease Knowledge Scale* before and after the workshop. There were 10 weekly, online, synchronous meetings. The Student's t-test for related samples was used, and the effect size was calculated. **Results:** while the average score on the initial assessment, using the measurement instrument, was 16.3, it was 21.24 in the final assessment. An increase in the scale score was observed after participating in the workshop, with a value of 4.94. **Conclusions:** it is urgent to invest in the ongoing education of these professionals for greater awareness in the timely detection of dementia cases in primary care and awareness of potentially modifiable factors. **Descriptors:** Training; Community Health Workers; Dementia; eHealth Strategies; Aging.

RESUMEN

Objetivos: evaluar el conocimiento de los Agentes Comunitarios de Salud sobre la demencia antes y después de un taller de capacitación para la detección de signos de la enfermedad. **Métodos:** estudio cuasi experimental con 33 agentes comunitarios, en el que se recopilieron datos sociodemográficos y conocimiento sobre la demencia, evaluados mediante la Escala de Conocimiento de la Enfermedad de Alzheimer, antes y después del taller. Hubo 10 sesiones semanales en línea y sincrónicas. Se utilizó la prueba t de *Student* para muestras relacionadas y se calculó el tamaño del efecto. **Resultados:** mientras que la puntuación promedio en la evaluación inicial a través del instrumento de medición fue de 16,3, en la evaluación final fue de 21,24. Se observó un aumento en la puntuación de instrumento después de participar en el taller, con un valor de 4,94. **Conclusiones:** es urgente invertir en la educación continua de estos profesionales para aumentar la conciencia en la detección oportuna de casos de demencia en atención primaria y la concienciación sobre factores potencialmente modificables. **Descritores:** Capacitación; Agentes Comunitarios de Salud; Demencia; Estrategias de eSalud; Envejecimiento.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, em decorrência do envelhecimento populacional, é crescente o aumento de casos de demência⁽¹⁾. Atualmente definida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V) como Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM), é uma síndrome clínica que se manifesta pelo comprometimento cognitivo e funcional e leva conseqüentemente a uma dependência gradativa do cuidado de terceiros, à medida que a doença evolui⁽²⁾.

Estimativas da *Alzheimer's Disease International* (ADI)⁽³⁾ apontam que mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo têm uma forma de demência, sendo que 60% vivem em países de baixa e média renda. Prevê ainda que esse número aumentará para 82 milhões em 2030 e 152 milhões em 2050, com um custo anual atual de US\$1 trilhão, podendo dobrar até 2030.

As projeções de prevalência e incidência indicam que o número de pessoas com TNM continuará a crescer, principalmente entre os idosos mais velhos, podendo triplicar até 2050, prioritariamente em países de baixa e média renda⁽⁴⁾. Pessoas com demência, devido à sua condição clínica, são usuárias frequentes dos serviços de saúde prestados na atenção primária⁽⁵⁾. No entanto, pesquisas apontam barreiras consideráveis para que equipes de saúde forneçam o diagnóstico e tratamento da demência nesse nível de atenção.

Pesquisa desenvolvida na Austrália apontou, entre as principais barreiras, a falta de conhecimento e de habilidades, além da insegurança dos profissionais de saúde para identificar os sintomas e dar encaminhamentos⁽⁵⁾. Tais problemáticas adiam o diagnóstico e impedem a implementação dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos oportunos, colaborando assim para o diagnóstico tardio, altas taxas de hospitalizações e uso precoce de instituições de longa permanência⁽⁵⁻⁶⁾.

No intuito de promover o melhor cuidado, estudos apontam a necessidade de investimento na formação de profissionais das diversas áreas da saúde (médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde) para garantir práticas colaborativas interprofissionais centradas na pessoa idosa com demência e seus cuidadores ou familiares⁽⁷⁾.

Na Alemanha, o Dem-NetD, um centro interdisciplinar que oferta uma rede de serviços na demência, analisou 13 diferentes redes de atendimento para identificar fatores motivacionais ou impeditivos do sucesso de cuidado na atenção primária. Entre os fatores motivacionais, emergiram a superação de relacionamentos competitivos entre as diversas áreas profissionais envolvidas no tratamento e cuidados, a possibilidade de integração dos serviços com o cuidado da comunidade, o acesso aos serviços médicos e de profissionais da reabilitação, a qualidade da internação hospitalar e dos cuidados de enfermagem, as organizações de autoajuda, o acompanhamento farmacêutico e as políticas públicas locais com a intenção de manter ou aumentar a qualidade de vida e reduzir a sobrecarga do cuidador. Entre os fatores inibidores, foram apontados a diversa e complexa rede de cuidados na demência, que difere enormemente a depender da área profissional do coordenador de cada uma das redes, além dos objetivos específicos de cada coordenador, da fonte de financiamento e das estruturas de cooperação envolvidas. Independente dos

fatores identificados, o estudo aponta que modelos cooperativos compostos por vários campos de saberes foram capazes de promover a integração da demência na sociedade por meio de informações para a superação do estigma e diminuição das barreiras sociais entre profissionais de serviços de saúde, bem como pacientes e comunidade⁽⁷⁻⁸⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o desafio global para o desenvolvimento e implementação dos planos de ação na demência. Apenas recentemente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) emitiu um documento assinado por todos os países da América Latina, afirmando que todos os países são compelidos a construir programas voltados para a demência como medidas públicas para lidar com as taxas crescentes de prevalência de demência na região⁽⁹⁾.

Enquanto isso, na Europa, países já implementaram seus planos nacionais e convergiram para um compromisso global que garante uma abordagem proativa no diagnóstico e tratamento da demência, a partir da necessidade de ampliação da rede de saúde pública e da articulação de uma política de saúde, bem como a programas e estratégias de saúde para responder ao amplo e complexo impacto dessa doença nas sociedades⁽⁹⁻¹¹⁾. Para alcançar tais metas, a OMS sugeriu sete domínios de ação prioritários: a conscientização da doença, o diagnóstico precoce, serviços de cuidados continuados de boa qualidade, apoio, treinamento de força de trabalho, prevenção e pesquisa de acordo com as necessidades locais e culturais; para que estes sejam abordados e discutidos pelos governos locais^(1,3).

O importante alerta de que apenas um quinto dos diagnósticos feitos em países desenvolvidos são rotineiramente reconhecidos e documentados na atenção primária e a limitada disponibilidade de profissionais de saúde adequadamente qualificados para atuar junto às demandas complexas das pessoas com TNM e suas famílias reforça a necessidade de investimento em formação dos profissionais de saúde da atenção primária, de forma a colaborar para a construção de um plano nacional de ação⁽¹⁾.

No Brasil, a principal política de saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a atenção primária é a porta de entrada do indivíduo nesse sistema. Já em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida dá especial relevância ao aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no sistema de saúde, com ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família, para ofertar, entre outras estratégias, cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento⁽¹²⁾.

A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) preconiza como estratégia de implementação a qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular referentes à promoção da saúde que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, valorizando a inclusão de capacitações no SUS de temas ligados à promoção da saúde⁽¹²⁾. Além disso, o Decreto Nº 3.189 de 4 de outubro de 1999 dá diretrizes para o exercício do agente comunitário de saúde de como desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente⁽¹³⁾.

OBJETIVOS

Avaliar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre demência antes e após a oficina de capacitação para detecção de sinais da doença.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo piloto foi submetido e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de São Paulo/Campus Baixada Santista, em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000) e da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/2016.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo quase-experimental (pré e pós-teste), uma vez que tem o objetivo de avaliar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre demência antes e depois da realização de uma oficina de capacitação. Neste estudo, apenas um grupo foi utilizado, consistindo nos ACS que participaram da oficina. No desenho quase-experimental, não há um grupo de controle para comparação direta. Em vez disso, o estudo compara o conhecimento dos ACS antes e depois da intervenção, utilizando o mesmo grupo como sua própria referência. Dessa forma, busca-se avaliar se a oficina de capacitação teve um efeito significativo na melhoria do conhecimento dos ACS sobre demência.

Inicialmente, foi divulgado junto às coordenações das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Santos o link de acesso ao formulário de inscrição no período de janeiro/fevereiro de 2021. Este formulário online continha o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos participantes, no qual foram explicitados os objetivos da pesquisa e os princípios éticos. Além disso, foram coletadas informações sociodemográficas, questões relacionadas à função profissional e sobre as formações até então realizadas e relacionadas ao envelhecimento e/ou demência. A pesquisa foi desenvolvida no período de abril de 2020 a maio de 2021.

Amostra; critérios de inclusão e exclusão

Participaram agentes comunitários de saúde em exercício na Secretaria de Saúde (SS) da cidade de Santos/São Paulo. Os ACS foram selecionados pela própria SS do município e contaram com 100% das pessoas indicadas pela SS. Os critérios de inclusão foram: ser ACS na cidade de Santos, ter disponibilidade para os 10 encontros, ter acesso à internet e equipamento eletrônico. O critério de exclusão foi ter mais de duas faltas (correspondente a mais de 25%).

Protocolo de Estudo

O processo, compreendendo tanto a fase pré-oficina quanto a pós-oficina, consistiu em 10 encontros semanais, com duração

de 1 hora e meia cada, realizados no período noturno, através da plataforma Google Meet. No primeiro encontro, disponibilizou-se a *Alzheimer's Disease Knowledge Scale* (ADKS) (Pré-Oficina) em formato digital para avaliar o nível de conhecimento sobre a demência antes da oficina. Esta escala foi traduzida para o português⁽¹⁴⁾. É uma escala dicotômica (Sim ou Não) composta por 30 questões divididas em sete subescalas: Impacto na Vida (questões 1, 11, 28); Fatores de Risco (2, 13, 18, 25, 26 e 27); Curso da Doença (3, 8, 14, 17); Avaliação e Diagnóstico (4, 10, 20, 21); Cuidado (5, 6, 7, 15, 16); Tratamento e Gestão de Sintomas (9, 12, 24 e 29); e Sintomas (19, 22, 23, 30)⁽¹⁵⁾.

Conforme recomendações dos autores, foi incluída a opção "não sei", além da troca dos itens de respostas Sim ou Não por Verdadeiro ou Falso. Esta escala não possui um ponto de corte e, para fins de avaliação da efetividade, atribuiu-se 1 ponto para cada resposta correta. Assim, a pontuação varia de 0 a 30 pontos, indicando que uma pontuação mais alta reflete um melhor entendimento da demência, especialmente da doença de Alzheimer. Com base nas sete premissas da Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾ e nos conteúdos propostos no módulo de Educação Interprofissional descrito por Dreier-Wolffgramm et al.⁽⁷⁾, foram abordados temas centrais nos encontros do 2º ao 9º, incluindo: principais conceitos em demência; tratamento farmacológico e não farmacológico; prevenção e fatores de risco; estágios da doença e subtipos comuns; alterações cognitivas e comportamentais; instrumentos de rastreio cognitivo e funcional; rede de referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde de Santos; e, por fim, estigma.

Após cada um desses 8 encontros temáticos, foi aplicado um quiz online com questões de múltipla escolha relacionadas ao tema abordado, complementando assim a avaliação do conhecimento. Todos os participantes tiveram acesso a materiais de leitura e de apoio didático referentes aos temas semanais. No último encontro, procedeu-se à reaplicação do ADKS (Pós-Oficina), seguida de uma discussão das questões avaliadas pela escala para esclarecer possíveis dúvidas.

Análise dos Resultados

Todos os instrumentos online de avaliação foram registrados em planilha do Excel para análises estatísticas. Na análise estatística, realizou-se a descrição dos dados, com as variáveis categóricas apresentadas em frequência absoluta e relativa, e as variáveis numéricas, em média e desvio-padrão. Para avaliar o efeito da oficina de capacitação, realizou-se inicialmente o teste de Shapiro-Wilk para verificar se a distribuição dos dados seguia uma distribuição normal, o que se mostrou satisfatório. Posteriormente, utilizou-se o teste t de Student para amostras relacionadas e calculou-se o tamanho do efeito. Também foi calculado o Delta ADKS, representando a diferença entre a avaliação pós e pré intervenção, com o objetivo de estudar a relação do quiz com a mudança na pontuação do ADKS, sendo a associação medida pelo coeficiente de correlação linear de Pearson. O nível de significância considerado foi de 0,05. O software utilizado foi o *R Core Team*⁽¹⁶⁾. Realizou-se uma adaptação das diretrizes do checklist do CONSORT 2010, visto que não houve randomização⁽¹⁷⁾.

RESULTADOS

Foram inscritos 43 ACS, dos quais 33, vinculados a 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) das 32 da cidade de Santos, cumpriram a carga horária mínima requerida (17 horas de um total de 20). Entre os desistentes, 3 não participaram de nenhum dos encontros, e 7 justificaram dificuldades quanto ao horário das oficinas e contaminação pelo vírus da COVID-19.

Entre os participantes, predominou o sexo feminino (78,8%), estado civil casado (39,4%) e ensino médio completo (45,5%). 66,7% estão na função há mais de 16 anos e receberam treinamento para exercer o cargo (97%). 76% referiram ter realizado treinamento/capacitação na área de envelhecimento, enquanto 79% não receberam nenhum tipo de formação voltada à demência.

Dentre os ACS, 94% acompanham em seu território famílias com pessoas acima de 65 anos, com problemas de hipertensão arterial (100%), diabetes (97%), sequelas de acidente vascular encefálico (35%) e demência (27%).

Com base nas respostas obtidas na aplicação do ADKS Pré-Oficina, apenas 15,2% dos ACS acertaram a questão “Ter colesterol alto pode aumentar o risco de uma pessoa desenvolver a

doença de Alzheimer” e 9,1% acertaram a questão “Ter pressão alta pode aumentar o risco de uma pessoa desenvolver a doença de Alzheimer”, ambas relacionadas à subescala “fatores de risco”. Este baixo percentual de acerto reflete o pouco conhecimento sobre os fatores de risco associados à demência. Além do fator de risco, a subescala que avalia o conhecimento sobre o “cuidado” na demência também apresentou baixa pontuação.

Na pré-oficina, todos os participantes responderam ao Questionário Sociodemográfico Online, que também continha perguntas relacionadas à temática desenvolvida, além da *Alzheimer’s Disease Knowledge Scale* (ADKS) em formato digital para avaliar o nível de conhecimento prévio na demência da doença de Alzheimer. A média geral de pontos na ADKS pré-oficina foi de 16,30, com desvio padrão de 3,46. Tal resultado pode ser considerado um valor baixo, pois ao considerar o desvio padrão, esta pontuação é menor que a metade do nível total de conhecimento, o que mostra um baixo nível de conhecimento dos participantes (Tabela 1).

Além disso, foi aplicado o Questionário Online para avaliar a percepção dos próprios ACS sobre seu conhecimento a respeito da demência. 30,5% dos ACS referiram bom conhecimento geral, 60% razoável e 9% péssimo.

Tabela 1 - Resultado da *Alzheimer’s Disease Knowledge Scale* por subescala da avaliação da pré-oficina

Subescala	Questões	Acertos
Impacto na vida	1. Pessoas com doença de <i>Alzheimer</i> são particularmente propensas à depressão.	66,7%
	11. A maioria das pessoas com doença de <i>Alzheimer</i> vive em casas de repouso.	63,6%
	28. É seguro para pessoas com doença de <i>Alzheimer</i> dirigir, desde que tenham um companheiro no carro o tempo todo.	78,8%
Fatores de Risco	2. Está cientificamente provado que o exercício mental pode prevenir que uma pessoa contraia a doença de <i>Alzheimer</i> .	9,1%
	13. Pessoas na casa dos 30 anos podem ter a doença de <i>Alzheimer</i> .	6,1%
	18. Ter colesterol alto pode aumentar o risco de uma pessoa desenvolver a doença de <i>Alzheimer</i> .	15,2%
	25. Estão disponíveis medicamentos prescritos que previnem a doença de <i>Alzheimer</i> .	48,5%
	26. Ter pressão alta pode aumentar o risco de uma pessoa desenvolver a doença de <i>Alzheimer</i> .	9,1%
Curso da Doença	27. Os genes podem ser apenas parcialmente responsáveis pelo desenvolvimento da doença de <i>Alzheimer</i> .	45,5%
	3. Após o aparecimento dos sintomas da doença de <i>Alzheimer</i> , a expectativa média de vida é de 6 a 12 anos.	21,2%
	8. Em casos raros, as pessoas se recuperaram da doença de <i>Alzheimer</i> .	75,8%
	14. Uma pessoa com doença de <i>Alzheimer</i> tem cada vez mais probabilidade de cair à medida que a doença piora.	60,6%
Avaliação e Diagnóstico	17. Eventualmente, uma pessoa com doença de <i>Alzheimer</i> precisará de supervisão 24 horas.	84,8%
	4. Quando uma pessoa com doença de <i>Alzheimer</i> fica agitada, um exame médico pode revelar outros problemas de saúde que causaram a agitação.	60,6%
	10. Se problemas de memória e pensamentos confusos surgirem de repente, é provável que seja devido à doença de <i>Alzheimer</i> .	60,6%
Cuidado	20. Os sintomas de depressão severa podem ser confundidos com sintomas da doença de <i>Alzheimer</i> .	42,4%
	21. A doença de <i>Alzheimer</i> é um tipo de demência.	81,8%
	5. Pessoas com doença de <i>Alzheimer</i> se dão melhor com instruções simples, dando um passo de cada vez.	75,8%
	6. Quando as pessoas com doença de <i>Alzheimer</i> começam a ter dificuldade em cuidar de si mesmas, os cuidadores devem assumir imediatamente.	12,1%
	7. Se uma pessoa com doença de <i>Alzheimer</i> fica alerta e agitada à noite, uma boa estratégia é tentar garantir que a pessoa pratique muita atividade física durante o dia.	45,5%
Tratamento e Gestão de Sintomas	15. Quando as pessoas com doença de <i>Alzheimer</i> repetem a mesma pergunta ou história várias vezes, é útil lembrá-las de que estão se repetindo.	39,4%
	16. Uma vez que as pessoas têm a doença de <i>Alzheimer</i> , elas não são mais capazes de tomar decisões conscientes sobre seus próprios cuidados.	30,3%
	9. Pessoas cuja doença de <i>Alzheimer</i> ainda não é grave podem se beneficiar da psicoterapia para depressão e ansiedade.	69,7%
	12. A má nutrição pode piorar os sintomas da doença de <i>Alzheimer</i> .	63,6%
Sintomas	24. Quando uma pessoa tem a doença de <i>Alzheimer</i> , usar lembretes é uma muleta que pode contribuir para o declínio.	45,5%
	29. A doença de <i>Alzheimer</i> não tem cura.	93,9%
	19. Tremor ou tremor das mãos ou braços é um sintoma comum em pessoas com doença de <i>Alzheimer</i> .	81,8%
Sintomas	22. Problemas para lidar com dinheiro ou pagar contas são um sintoma inicial comum da doença de <i>Alzheimer</i> .	57,6%
	23. Um sintoma que pode ocorrer com a doença de <i>Alzheimer</i> é acreditar que outras pessoas estão roubando suas coisas.	84,8%
	30. A maioria das pessoas com doença de <i>Alzheimer</i> se lembra de eventos recentes melhor do que coisas que aconteceram no passado.	100,0%

Tabela 2 - Medidas descritivas e comparação das pontuações do *Alzheimer's Disease Knowledge Scale* Pré e Pós-Oficina

ADKS 1 Média (DP)	ADKS 2 Média (DP)	Diferença (IC 95%)	Valor de p	TE (IC 95%)
16,3 (3,46)	21,24 (3,29)	4,94 (3,58;6,30)-6	<0,001	1,29 (0,83;1,77)

ADKS – *Alzheimer's Disease Knowledge Scale*; DP – *Desvio Padrão*; TE – *Tamanho do Efeito*; IC – *Intervalo de Confiança*.

Tabela 3 - Coeficiente de correlação linear de Pearson, intervalo de confiança e valor de p, para as associações entre a variável Delta *Alzheimer's Disease Knowledge Scale* e as variáveis dos Quizzes

Variáveis		Coeficiente	IC 95%	Valor de p
Delta ADKS	Demência (definição, causas, prevalência e incidência, fatores de risco)	0,34	(-0,03; 0,63)	0,069
Delta ADKS	Demência (avaliação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento farmacológico e não farmacológico)	-0,12	(-0,46; 0,25)	0,524
Delta ADKS	Prevenção das demências (hábitos saudáveis: alimentação, atividade física, participação social e novos aprendizados)	0,47	(0,12; 0,72)	0,011
Delta ADKS	Fases da demência e os subtipos mais comuns	-0,21	(-0,56; 0,20)	0,308
Delta ADKS	Alterações cognitivas e comportamentais impacto na funcionalidade	0,31	(-0,05; 0,60)	0,092
Delta ADKS	Aplicação de instrumento de rastreio cognitivo Mini Exame do Estado Mental e Escala de Pfeffer	0,05	(-0,31; 0,40)	0,783
Delta ADKS	Rede de referência e contra-referência (encaminhamento)	0,27	(-0,10; 0,58)	0,144
Delta ADKS	Estigma	0,31	(-0,08; 0,62)	0,118

IC – *Intervalo de Confiança*; ADKS – *Alzheimer's Disease Knowledge Scale*.

Com o intuito de avaliar o conhecimento a respeito dos serviços de referência na rede de atenção básica do município, 42,5% dos participantes afirmaram saber a qual serviço o usuário com algum sinal de possível demência deveria ser encaminhado após o diagnóstico, sendo que apenas 8,3% apontaram corretamente o Ambulatório de Especialidades, enquanto os demais acreditaram que o encaminhamento adequado seria ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Álcool e Drogas (CAPS-AD). Estes resultados refletem o desconhecimento de profissionais da atenção básica sobre os serviços de referência na rede de saúde⁽⁵⁾, assim como o estigma associado à demência quando profissionais e pessoas da comunidade em geral associam os sintomas da demência àqueles comuns a pacientes com doenças psiquiátricas, como a esquizofrenia⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Para a comparação das pontuações do ADKS pré e pós-oficina de capacitação, utilizou-se o teste t de *Student* para amostras relacionadas. Os resultados das médias, diferenças e o resultado do teste são apresentados na Tabela 2. Observou-se um aumento médio na pontuação do ADKS após a participação dos ACS na oficina, com um valor de 4,94, IC95% (3,58; 6,30). Essa diferença foi estatisticamente significativa, com um valor de $p < 0,001$ (Tabela 2).

Ao avaliarmos a correlação entre o Delta ADKS e cada um dos quizzes temáticos descritos na Tabela 3, foi observada correlação moderada com o quiz 3, que abordou a prevenção das demências (hábitos saudáveis: alimentação, atividade física, participação social e novos aprendizados) ($r = 0,47$). Tal correlação pode estar associada ao fato de que este tema é comum às práticas de profissionais de saúde generalistas, enquanto os demais estão mais relacionados aos aspectos específicos e singulares da demência.

DISCUSSÃO

A ADKS auxilia na identificação de necessidades educacionais relacionadas à doença de Alzheimer, sendo recomendada

também para avaliar a efetividade de treinamentos de profissionais de saúde na atenção primária voltados a essa temática⁽¹⁴⁾. A atenção primária tem reconhecidamente um importante papel a desempenhar na gestão de doenças crônicas, como demência, pois pode oferecer acesso equitativo aos cuidados e intervenções baseadas na comunidade no início do processo da doença para garantir melhor qualidade de vida e saúde ao usuário e seu cuidador/família.

No entanto, pesquisas apontam que a alta prevalência de diagnósticos tardios e obstáculos que impedem o diagnóstico oportuno são decorrentes da falta de preparação para o cuidado em demência na formação profissional, falta de conhecimento e confiança nas habilidades profissionais, incerteza diagnóstica e complexidade da demência que cursa com outras co-morbidades, além das restrições na estrutura da atenção primária, como disponibilidade de tempo e acesso limitados aos profissionais de saúde da rede^(9,20). Nossos resultados corroboram com a campanha "Nunca é tão cedo. Nunca é tão tarde", recém-lançada pela *Alzheimer's Disease International* no mês de setembro, que é mundialmente conhecido como setembro lilás, dedicado à conscientização a respeito dos fatores de risco e dos 12 fatores potencialmente modificáveis que são: diabetes, hipertensão arterial, inatividade física, consumo excessivo de álcool, obesidade, fumo, isolamento social, poluição do ar, trauma craniano, depressão, dificuldade auditiva e baixo nível de escolaridade⁽²¹⁾, reforçando a necessidade de investimento em formação e qualificação dos profissionais de saúde, além de maior divulgação nas mídias, de forma a alcançar a população em geral.

No Brasil, o Projeto de Lei 4.364 de 16 de novembro de 2020 instituiu a Política Nacional de Enfrentamento à Doença de Alzheimer e Outras Demências⁽²²⁾. Tal ação representa um avanço significativo e reforça também a necessidade de investimento em formação dos profissionais de saúde para o diagnóstico no início dos sintomas e de organização dos serviços de saúde para o acompanhamento e segmentos na rede. Esta é uma questão que abrange não apenas profissionais da área médica, mas

todos aqueles que atuam neste nível de atenção. Apesar de este estudo piloto ser direcionado aos ACS, estudos internacionais apontam que a falta de conhecimento (formação e treinamento específico para a demência) é comum a todos os profissionais da saúde que atuam na atenção primária. Para a implementação de modelos de práticas colaborativas interprofissionais, pesquisadores sugerem a aplicação prévia de instrumentos de avaliação que identifiquem as habilidades pessoais e profissionais, além de escalas para medição do nível de conhecimento desses profissionais envolvidos no cuidado em demência, com o intuito de embasar a construção de modelos personalizados de capacitação^(7,20,23-24).

Em Macau, na China, um estudo aplicou um Questionário de Conhecimento, Atitude e Prática nos cuidados de prevenção da demência entre profissionais da atenção primária. Dos 234 participantes, médicos e enfermeiros atuantes nesse nível de atenção, 34,2% acreditaram que a demência faz parte do processo normal de envelhecimento e 23,3% que a hipertensão e diabetes mellitus não são fatores de risco para a demência⁽²⁵⁾. A falta de conhecimento e o estigma associado à demência parece ser comum nos diferentes níveis de atenção, bem como, nas diversas áreas profissionais.

A ausência de treinamento/formação com foco na demência pode ser um dos principais fatores relacionados ao baixo conhecimento quanto à importância da prevenção para a redução das taxas de incidência de novos casos e adiamento dos primeiros sintomas. Campanhas amplas anuais nas mídias sociais, junto aos órgãos federais, estaduais e municipais, podem agregar valor à prevenção das demências. Atividades voltadas à promoção de saúde na atenção básica colocam os ACS num lugar privilegiado de acesso aos usuários do território, pois quando capacitados, podem ser multiplicadores de informações, sensibilizar e conscientizar as populações quanto à necessidade de redução de fatores de risco cardiovasculares (hipertensão, obesidade, dislipidemia e diabetes), do tratamento de fatores psicológicos (depressão, transtorno de ansiedade, de personalidade e distúrbio do sono), da manutenção de estilo de vida com hábitos saudáveis que reduzam o consumo do álcool e do fumo, de combate ao comportamento sedentário, à dieta rica em carboidrato e da rotina pobre de estímulos sociais e cognitivos^(1,26-27).

Pesquisa desenvolvida na Austrália avaliou a efetividade de treinamento híbrido (online e presencial) na demência com enfermeiras atuantes na atenção primária. Os resultados identificaram pontuações mais altas para aquelas realizadas no formato presencial em relação às que participaram no formato virtual⁽⁵⁾. Ainda assim, ambos os formatos demonstraram efetividade, mas ressaltaram vantagens e desvantagens para cada uma das abordagens. Enquanto o presencial foi considerado a longo prazo, de alto custo devido à logística rigorosa, o treinamento online oferece maior flexibilidade a um custo menor. Independente do formato, foi reforçada a necessidade de acompanhamento e atualização desses treinamentos para a oferta de práticas contínuas, interdisciplinares e de suporte personalizado às demandas de cada área profissional, bem como seu papel na rede⁽⁵⁾.

Para implementar o plano nacional de ação na demência no Brasil, deve-se considerar os ACS como parte fundamental para a prestação de cuidados de saúde primários, visto que são o principal elo entre o usuário e a rede de saúde⁽²⁰⁾. Existem benefícios substanciais para o diagnóstico precoce e gerenciamento de tratamento de demência^(18,27), visto que quase dois terços das pessoas com demência vivem e morrem com a condição sem nunca terem sido diagnosticadas⁽²⁸⁾. Estimativas sugerem que haja 1,6 milhões de idosos com demência, sendo que destes, 1,2 milhões não foram diagnosticados^(9,28).

Esses dados trazem grandes desafios em ações que aumentem a conscientização e ofereçam o treinamento de equipes de saúde para diagnosticar e tratar pessoas com demência⁽⁹⁾. A falta de conhecimento sobre demência entre os profissionais de saúde pode ser uma barreira para avaliação precoce, diagnóstico oportuno, encaminhamento e acesso a suporte e serviços⁽¹⁸⁾, e a educação permanente pode trazer mudanças consideráveis no diagnóstico e tratamento da demência^(5,29-30).

Em maio de 2021, a *Alzheimer's Disease International* apresentou o 4º Plano de Impacto, no qual mapeou em qual dos estágios de 1 (sem contato atual com o governo), 2 (sem estratégia ou plano de ação), 3 (plano de ação está em desenvolvimento), 4 (plano de ação adotado com pouco ou nenhum financiamento) e 5 (plano de ação implementado) cada um dos países membros da ADI se encontra. Globalmente, 40 países têm planos nacionais de demência. Ainda assim, 28 novos planos são necessários anualmente para que a OMS alcance a meta de 146 planos até 2025. 141 países membros da OMS ainda não têm um plano, inclusive o Brasil^(3,11).

A partir das publicações compartilhadas com relatos das experiências de países que obtiveram sucesso na implementação de seus planos/estratégias de ação, o financiamento destas ações foi primordial. Na França, o financiamento público e privado apoiou a abertura de escolas para formação de cuidadores, bem como de profissionais da saúde⁽⁹⁾.

O Brasil, como o maior país da América Latina e com grandes desigualdades econômicas e sociais entre as regiões, necessita investir em pesquisa para levantar as necessidades específicas de pessoas com demência, seus cuidadores ou familiares e de profissionais de saúde, que deem subsídios para a implementação do plano nacional de ação⁽⁹⁾.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar seus resultados. Em primeiro lugar, a amostra utilizada foi relativamente pequena, o que pode limitar a generalização dos achados para uma população mais ampla. Além disso, o desenho quase-experimental adotado, embora valioso para identificar padrões e tendências, não possibilita a estabelecer causalidade definitiva. Portanto, a relação entre a intervenção e a melhoria do conhecimento sobre demência, embora sugestiva, requer investigações mais robustas para confirmação. Adicionalmente, a abordagem quase-experimental pode não capturar todos os fatores que podem influenciar os resultados.

Contribuições para a área da saúde pública

Ao confirmar a efetividade do modelo de treinamento voltado aos ACS, nossos dados ressaltam a importância da educação continuada para este grupo. Sugere-se que investir em programas de formação específicos para os ACS pode resultar em uma sensibilização mais aprofundada sobre o tema das demências, contribuindo para a detecção precoce dessas condições na atenção primária.

CONCLUSÕES

Observou-se aumento na pontuação do ADKS após a participação na oficina. Com os resultados observados até o momento, mostra-se necessário um investimento em formação continuada oferecida aos agentes comunitários de saúde do município para que haja uma maior sensibilização com relação ao tema e aumento da detecção de casos de demência ainda na atenção primária. Os resultados deste estudo piloto podem se adequar à formação de profissionais de outras áreas e regiões do nosso país, podendo ser interessante a análise com uma amostra maior de participantes.

FOMENTO

Esta pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo Projeto de Iniciação Científica (processo nº PQ-307468/2021-6) para Coelho ACR.

AGRADECIMENTO

A todos os agentes comunitários de saúde das Unidades Básicas de Saúde do município de Santos que colaboraram na realização deste estudo.

CONTRIBUIÇÕES

Coelho ACR, Cruz EBS, Radicchi HZ, Mattos EBT, Souza FG, Goulart R e Ribeiro CL contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Coelho ACR, Cruz EBS, Radicchi HZ, Mattos EBT, Novelli MMPC e Souza FG contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Coelho ACR, Cruz EBS, Radicchi HZ e Mattos EBT contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO), Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority [Internet]. London (UK); 2012 [cited 2022 Oct 15]. 76 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>
2. Associação Americana de Psiquiatria (AAP). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014. 992 p.
3. Alzheimer's Disease International (ADI). From plan to impact IV: Progress towards targets of the WHO Global action plan on dementia [Internet]. London (UK); 2021 [cited 2022 Sep 13]. 76 p. Available from: <https://www.alzint.org/u/From-Plan-to-Impact-IV.pdf>
4. World Health Organization (WHO). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. London (UK); 2020 [cited 2022 Jul 22]. 6 p. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
5. Islam MM, Parkinson A, Burns K, Woods M, Yen L. A training program for primary health care nurses on timely diagnosis and management of dementia in general practice: an evaluation study. *Int J Nurs Stud*. 2020;105:103550. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103550>
6. Phelan EA, Borson S, Grothaus L, Balch S, Larson EB. Association of incident dementia with hospitalizations. *JAMA*. 2012;307(2):165-72. <http://doi.org/10.1001/jama.2011.1964>
7. Dreier-Wolfgramm A, Michalowsky B, Austrom MG, van der Marck MA, Iliffe S, Alder C, et al. Dementia care management in primary care: current collaborative care models and the case for interprofessional education. *Z Gerontol Geriatr*. 2017;50(2):68-77. <http://doi.org/10.1007/s00391-017-1220-8>
8. World Health Organization (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [Internet]. 2010 [cited 2022 Jun 7]. 64 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1
9. Engedal K, Laks J. Towards a Brazilian dementia plan? lessons to be learned from Europe. *Dementia Neuropsychol*. 2016;10(2):74-8. <http://doi.org/10.1590/S1980-5764-2016DN1002002>
10. World Health Organization (WHO). First WHO Ministerial conference on global action against dementia: meeting report [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 7]. 78 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179537/9789241509114_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. World Health Organization (WHO). Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025 [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 2]. 27p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. 2010 [cited 2022 Aug 2]. 3. ed. Brasília. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
13. Presidência da República (BR). Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências [Internet]. 1999. [cited 2022 Aug 2]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm

14. Amado DK, Brucki SMD. Knowledge about Alzheimer's disease in the Brazilian population. *Arq Neuropsiquiatr*. 2018;76(11):775-82. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20180106>
15. Baral K, Dahal M, Pradhan S. Knowledge regarding Alzheimer's Disease among College Students of Kathmandu, Nepal. *Int J Alzheimers Dis*. 2020;2020:6173217. <https://doi.org/10.1155/2020/6173217>
16. R Foundation for Statistical Computing, R Development Core Team. R: a language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna, Austria. 2021[cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://www.R-project.org/>
17. Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. 2010.
18. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2011: the Benefits of Early Diagnosis and Intervention [Internet]. World Alzheimer Report. 2011 [cited 2022 Jun 3]. 72 p. Available from: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2011.pdf>
19. Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2019: attitudes to dementia [Internet]. London: Alzheimer's Disease International Report. 2019 [cited 2022 Jun 10]. 160 p. Available from: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf>
20. Barbosa MC, Mattos EBT, Mendes R. [Capacitating community health workers to detect dementia at the mild stage]. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27:e42244. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.42244> Portuguese.
21. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer's Month Campaign Toolkit. Never too early, never too late [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 12]. 21 p. Available from: <https://www.alzint.org/u/WAM-Toolkit-30082023-ENG.pdf>
22. Senado Federal (BR). Projeto de Lei n° 4364, de 2020. Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências [Internet]. Brasília. 2021 [cited 2023 Jan 2]. Available from: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2307641>
23. Lee L, Hillier LM, Patel T, Weston WW. A decade of dementia care training: learning needs of primary care clinicians. *J Contin Educ Health Prof*. 2020;40(2):131-40. <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000288>
24. Galvin JE, Valois L, Zweig Y. Collaborative transdisciplinary team approach for dementia care. *Neurodegener Dis Manag*. 2014;4(6):455-69. <https://doi.org/10.2217/nmt.14.47>
25. Lo IL, Zeng W, Lei Cl, Lam C, Lou HL. Knowledge, attitude and preventive practice on dementia care among primary health professionals in Macao. *J Prev Alzheimers Dis*. 2020;7(2):83-6. <https://doi.org/10.14283/jpad.2020.10>
26. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2014: dementia and risk reduction an analysis of protective and modifiable factors [Internet]. World Alzheimer Report. 2014 [cited 2022 Jun 15]. 104 p. Available from: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2014.pdf>
27. Pathak KP, Mattos E. Dementia and nutrition. In: Ranabhat CL. *Meat and nutrition*. 2021;155-61. <https://doi.org/10.5772/intechopen.96233>
28. Amjad H, Roth DL, Sheehan OC, Lyketsos CG, Wolff JL, Samus QM. Underdiagnosis of dementia: an observational study of patterns in diagnosis and awareness in US older adults. *J Gen Intern Med*. 2018;33(7):1131-8. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4377-y>
29. Bridges J. Dementia care research: the key role of nurses and nursing. *Int J Nurs Stud*. 2019;96:A1-A2. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.001>
30. Surr CA, Gates C, Irving D, Oyebode J, Smith SJ, Parveen S, et al. Effective dementia education and training for the health and social care workforce: a systematic review of the literature. *Rev Educ Res*. 2017;87(5):966-1002. <https://doi.org/10.3102/0034654317723305>