



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

ANANDA GHELFI RAZA LEITE

**Conhecimentos e atitudes do estudante de medicina, dos
residentes de geriatria, neurologia, psiquiatria e clínica
médica da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp
em relação aos quadros de demência em idosos**

Botucatu
2017

Ananda Ghelfi Raza Leite

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DO ESTUDANTE DE
MEDICINA, DOS RESIDENTES DE GERIATRIA,
NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E CLÍNICA MÉDICA
DA FMB – UNESP EM RELAÇÃO AOS QUADROS DE
DEMÊNCIA EM IDOSOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu para obtenção de título de
Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração:
Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Formação de
Profissionais em Saúde.

Orientador: Profº Dr. *Paulo José Fortes Villas Boas*

Co-orientador: Profº Dr. *Alessandro Ferrari Jacinto*

Botucatu
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Leite, Ananda Ghelfi Raza.

Conhecimentos e atitudes do estudante de medicina, dos residentes de geriatria, neurologia, psiquiatria e clínica médica da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp em relação aos quadros de demência em idosos / Ananda Ghelfi Raza Leite. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Paulo José Fortes Villas Boas
Coorientador: Alessandro Ferrari Jacinto
Capes: 40600009

1. Idosos - Doenças. 2. Distúrbios da cognição. 3. Demência. 4. Educação médica. 5. Clínicos Gerais.

Palavras-chave: Alterações cognitivas; Demência; Formação médica; Idosos; Médico generalista.

Ananda Ghelfi Raza Leite

Conhecimentos E Atitudes Do Estudante De Medicina, Dos Residentes De Geriatria, Neurologia, Psiquiatria E Clinica Médica Da Faculdade De Medicina De Botucatu - Unesp Em Relação Aos Quadros De Demência Em Idosos

Banca Examinadora da Defesa

Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas
Presidente da Banca

Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima
Titular

Profa. Dra. Vanessa de Albuquerque Citero
Titular

Botucatu, 23 de Junho de 2017.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

"...e de todo coração, renderei graças ao Senhor..."

Salmo 111:1

DEDICATÓRIA

Ao meu marido EDILSON, pela compreensão e
companheirismo nesta longa jornada e a minha
mais linda obra, ISABELLA.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. ALESSANDRO FERRARI JACINTO, pela orientação cuidadosa, incentivo, dedicação, compreensão e exemplo;

Ao Prof. Dr. PAULO JOSÉ FORTES VILLAS BOAS, pela orientação, pela paciência, dedicação e sugestões sempre oportunas;

À Profa. Dra. VANESSA DE ALBUQUERQUE CÍTERO e a Profa. Dra. MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA, pelo estímulo, apoio e sugestões;

Aos DOCENTES E FUNCIONÁRIOS DO DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho;

Aos ESTUDANTES e RESIDENTES da Faculdade de Medicina de Botucatu que aceitaram participar deste estudo;

Aos FUNCIONÁRIOS DA SEÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO pela atenção e cordialidade, em especial à funcionária Luciene Tobias;

Aos colegas de pós-graduação, em especial, TATIANE CARVALHO, NICELLE JULIANA SARTOR e Dra. VÂNIA DE SÁ MAYORAL, pelo tempo que estivemos juntas.

À CAPES pela Bolsa institucional que me ajudou muito na elaboração dessa pesquisa.

SUMÁRIO

Lista De Tabelas	iii
Lista de Gráficos	v
Resumo.....	1
Abstract	4
1. Introdução	7
1.1 As Demências e o Envelhecimento Populacional.....	8
1.2 O diagnóstico das Demências no contexto da Saúde Pública	9
1.2.1 Diagnóstico Precoce das Demências	9
1.2.2 O Diagnóstico de Demência e o Médico Generalista	10
1.3 Demência em Idosos e Formação Médica	12
1.3.1 Características em Outros Países.....	12
1.3.2 Características no Brasil.....	13
2. Justificativa	14
3. Objetivos	16
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4. Métodos.....	18
4.1 Casuística	19
4.2 Procedimentos	19
4.3 Análise dos Dados	20
5. Resultados	21
6. Discussão.....	46
7. Referências Bibliográficas	52
8. ANEXOS.....	59
Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	60
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
Anexo 3 - Questionários demográfico e profissional	62
Anexo 4 - Questionário de Conhecimentos	66
Anexo 5 - Escala de Atitudes.....	69
Anexo 6 – Análise Estatística – ANOVA	70
Anexo 7– Análise Estatística – TUKEY	71
Anexo 8A – Artigo publicado	75
Anexo 8B – Artigo submetido.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição em relação ao sexo e ao perfil da formação médica nos diferentes grupos.....	23
Tabela 2.	Desempenho dos diferentes grupos em relação aos conhecimentos em demência (escore total e subitens epidemiologia, diagnóstico e manejo)....	24
Tabela 3.	Acertos nas questões referentes a conhecimentos em demência por parte dos alunos do sexto ano de graduação em medicina, dos residentes em clínica médica (iniciantes e finalistas) e especialistas (iniciantes e finalistas).....	25
Tabela 4.	Distribuição das atitudes em relação à demência em idosos por parte dos alunos do sexto ano da graduação em medicina.....	26
Tabela 5.	Distribuição das atitudes em relação à demência em idosos por parte dos residentes de clínica médica (iniciantes e finalistas).....	27
Tabela 6.	Distribuição das atitudes em relação à demência em idosos por parte dos alunos dos residentes especialistas iniciantes e finalistas (geriatria, psiquiatria, neurologia).....	28
Tabela 7.	Comparação entre alunos e residentes em clínica médica (iniciantes e finalistas).....	29
Tabela 8.	Comparação entre alunos e residentes especialistas (iniciantes e finalistas)	30
Tabela 9.	Comparação entre residentes de clínica médica iniciantes e residentes de clínica médica finalistas também como residentes especialistas iniciantes e residentes especialistas finalistas.....	41
Tabela 10.	Comparação entre residentes de clínica médica e especialistas iniciantes bem como residentes de clínica médica e especialistas finalistas.....	41
Tabela 11.	Desempenho e comparações entre alunos, residentes iniciantes e residentes finalistas no questionário de conhecimentos e na escala de atitudes.....	42
Tabela 12.	Comparação entre residentes de Clínica Médica e Especialistas iniciantes bem como residentes de Clínica Médica e Especialistas finalistas da FMB-UNESP em 2015.....	43
Tabela 13.	Desempenho e comparações de atitudes entre alunos, residentes iniciantes e residentes finalistas no questionário de conhecimentos e na escala de atitudes.....	44
Tabela 14.	Desempenho e comparações de conhecimentos entre alunos, residentes iniciantes e residentes finalistas no questionário de conhecimentos e na escala de atitudes.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição da atitude “Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas.....	31
Gráfico 2.	Distribuição da atitude “As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas.....	32
Gráfico 3.	Distribuição da atitude “Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas.....	33
Gráfico 4.	Distribuição da atitude “Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas.....	34
Gráfico 5.	Distribuição da atitude “A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas.....	35
Gráfico 6.	Distribuição da atitude “Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivos” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas.....	36
Gráfico 7.	Distribuição da atitude “É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas.....	37
Gráfico 8.	Distribuição da atitude “Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas.....	38
Gráfico 9.	Distribuição da atitude “Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas.....	39
Gráfico 10.	Distribuição da atitude “A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas.....	40

RESUMO

Introdução: As demências são comuns nos idosos e sua prevalência aumentou nas últimas décadas. Em 2025, o Brasil estará na sexta posição mundial em número absoluto de idosos. No país, a grade curricular do curso de graduação em Medicina, de acordo com as Diretrizes Curriculares para este curso, contempla o ensino de demência e seu manejo, havendo poucos relatos na literatura científica sobre a qualidade do ensino oferecido ou sobre o conhecimento e a capacidade de identificação da demência. Diante disso, propõe-se estudo sobre os conhecimentos e atitudes a respeito de questões relacionadas ao declínio cognitivo em idosos por parte de estudantes e residentes de Medicina. **Objetivo:** Avaliar os conhecimentos e atitudes em demências por parte de estudantes de medicina e dos médicos residentes das áreas que mais atuam com demência em idosos. **Métodos:** Estudo transversal no qual foi realizada a aplicação aos estudantes e residentes de um questionário contendo itens sobre o aprendizado em demências durante a graduação médica e um instrumento britânico, adaptado transculturalmente ao Brasil, sobre conhecimentos e atitudes em demências em idosos. Os resultados de conhecimento e atitudes sobre demência foram comparados entre especialistas e generalistas e entre os momentos de suas carreiras. **Resultados:** Dos participantes deste estudo, 57% eram do sexo feminino, 60,3% relataram ter tido base em alterações cognitivas durante a graduação, e destes, 57% relataram ter tido base teórica e prática; 89,8% dos participantes afirmaram ter realizado curso extracurricular durante a graduação no qual foi abordado o tema. Com relação ao questionário de conhecimentos, os graduandos acertaram menos questões do escore “epidemiologia” do que os residentes iniciantes e menos do que os residentes finalistas. No escore “diagnóstico”, os alunos do sexto ano acertaram menos do que os residentes iniciantes e finalistas, assim como os residentes iniciantes acertaram menos do que os residentes finalistas. Observou-se que as os alunos do sexto ano concordaram mais com as afirmações referentes às atitudes “2” (“As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível”) e “4” (“Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial”) do que os residentes iniciantes. Já na atitude “6” (“Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo”), os graduandos concordaram menos com a afirmação do que os residentes iniciantes. **Conclusão:**

Os resultados permitiram uma leitura mais detalhada dos tópicos envolvidos na capacitação médica para a detecção de alterações cognitivas em idosos, assim como a avaliação do perfil do especialista e do generalista quanto à avaliação dos quadros demenciais e das atitudes frente ao paciente, sendo que os graduandos, apesar de acertarem menor quantidade de questões no questionário de conhecimentos, apresentaram atitudes mais positivas frente ao paciente com demência.

Palavras-Chaves: Alterações cognitivas. Demência. Idosos. Formação médica. Médico generalista.

ABSTRACT

Introduction: Dementias are common in the elderly and its prevalence has increased in the recent decades. By 2025, Brazil will rank sixth among countries with the highest numbers of elderly persons. In Brazil, the curriculum of the undergraduate course in Medicine, according to the Curricular Guidelines for this course, include dementia education and its management, but there are few reports in the scientific literature about the quality of education offered. Therefore, we propose a study on the knowledge and attitudes about issues related to cognitive decline in the elderly by students and medical residents. **Objective:** To assess the knowledge and attitudes about dementia by medical students and medical residents of the areas that the most act with dementia in the elderly. **Methods:** Cross-sectional study; questionnaires containing topics about dementia education during medical graduation and knowledge and attitudes about dementia were used. The results of the knowledge and attitudes about dementia were compared between: students and residents, residents of the different programs and residents in different moments of their residency. **Results:** Of the participants of this study, 57% were female, 60.3% reported having basis on dementia during graduation, and of these, 57% reported having both theoretical and practical basis; 89.8% of the subjects attended extracurricular courses on dementia during graduation in which the topic was addressed. Regarding the knowledge questionnaire, medical students' scores on "epidemiology" were lower than the scores of the residents in the beginning and in the end of the residency. Considering the scores on "diagnosis", the medical students' scores were lower than the scores of the residents in the beginning of the residency and the latter's scores were lower than the scores of the residents in the end of the residency. It was observed that the medical students agreed more with the statement of the attitude 2 (The families prefer to be informed about the dementia of their relative as rapidly as possible) and 4 (Providing the diagnosis is generally more useful than harmful.) than junior residents. Considering attitude 6 (The patients with dementia can drain resources with little positive result), the medical students agreed less than the residents of the beginning of the programs. **Conclusion:** The results allowed a more detailed reading of the topics involved in medical training for the detection of cognitive alterations in the elderly, as well as the evaluation of the expert and generalist

profile regarding the evaluation of dementia and attitudes towards the patient, although they answered less questions in the knowledge questionnaire, presented more positive attitudes towards the patient with dementia.

Keywords: Cognitive impairment. Dementia. Elderly. Medical training. General practitioner.

1. INTRODUÇÃO

1.1 As demências e o envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial(1). No Brasil, a população idosa, definida como o conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, tem aumentado consideravelmente. Em 1950, a expectativa de vida no Brasil era de 43,2 anos, tendo mudado para 57,1 anos em 1970(2). Nesse período, a estrutura etária do país ainda se caracterizava pelo predomínio de jovens e os idosos representavam 2,5% da população(3). A proporção de idosos aumentou significativamente, principalmente após a observação da queda da fecundidade a partir da década de 1960, que caiu de 5,8 para 2,3 filhos por mulher de 1970 a 2000. Com essas mudanças demográficas, o Brasil passou a ter uma expectativa de vida de 65 anos em 1990, chegando a 71 anos em 2002(4). Estima-se que, em 2025 o Brasil estará na sexta posição mundial em número absoluto de idosos(2). Condições crônico-degenerativas, como as demências, passam, então, a constituir uma importante fração das doenças desta faixa etária(5).

As demências são comuns no idoso e sua prevalência aumentou consideravelmente nas últimas décadas(6). Nos EUA, em 2015, cerca de 5,3 milhões de pessoas tinham o diagnóstico de doença de Alzheimer, sendo que destes, 5,1 milhões eram idosos (7). A demência da doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demências em indivíduos com 60 anos ou mais e sua prevalência dobra a cada cinco anos, a partir dos 65 anos de idade (8,9). De acordo com o “Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia”, as recomendações para o diagnóstico dessa doença no Brasil, entre outros aspectos, incluem a presença de comprometimentos cognitivos ou comportamentais que afetam, no mínimo, dois dos seguintes domínios: memória, funções executivas, habilidades visuoespaciais, linguagem, personalidade e comportamento e estas alterações devem levar à dependência em atividades de vida diária (10).

De acordo com a “Alzheimer’s Disease Internacional” havia, em 2005, 24,3 milhões de pessoas no mundo com doença de Alzheimer. Estima-se que cerca de 61% dos acometidos vivem em países em desenvolvimento (11). No Brasil, as

projeções indicam que a prevalência de demência será de 7,9% da população idosa (12).

Segundo o “Relatório de Saúde Mundial” de 2003, a demência contribuía com cerca de 11,2% de todos os anos vividos com incapacidade entre as pessoas com 60 anos ou mais, sendo uma das maiores causadoras de incapacidades nesse estágio da vida. Os trabalhos de investigação dessas doenças crônicas revelaram uma inversão de prioridades, já que 23,5% eram relacionados às neoplasias e apenas 1,4% às demências (10).

Nos EUA, a doença de Alzheimer é considerada a terceira mais onerosa ao sistema de saúde (13), sendo os custos com seu tratamento ao redor de US\$ 36 bilhões por ano (14). No Reino Unido, estudos revelaram um custo de 17 bilhões de euros por ano com previsão de 50 bilhões de euros por ano em 2038 (15). No Brasil, ainda são incipientes as pesquisas que abordam os custos com a doença de Alzheimer (9). Um estudo brasileiro que analisou custos indiretos apontou que estes variavam entre US\$ 1.122,40 a US\$ 1.644,70, dependendo da gravidade da demência (leve, moderada ou grave), podendo chegar a representar até 169% da renda dos cuidadores (10).

1.2 O diagnóstico das demências no contexto de saúde pública

1.2.1 Diagnóstico precoce das demências

O diagnóstico precoce das demências permite que causas potencialmente reversíveis, como as deficiências vitamínicas, neuroinfecções e tireoideopatias, sejam tratadas e, nos casos das doenças degenerativas crônicas, como a doença de Alzheimer, que o paciente tenha acesso às opções de tratamento medicamentoso, assim como um cuidado multidisciplinar apropriado, facilitando o planejamento de cuidados futuros (16).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pelo atendimento de cerca de 75% da população (17), sendo que a maioria dos idosos é atendida pelos médicos generalistas deste sistema que, frequentemente, são profissionais recém-formados.

Autores (18,19) têm questionado se o rastreio cognitivo é benéfico ou não ao setor primário da saúde. Pontos desfavoráveis expostos abrangem a rotulação dos pacientes com declínio cognitivo inicialmente pouco expressivo e que ainda mantêm funções básicas e instrumentais de vida diária preservadas como prováveis candidatos a evoluírem com síndromes demenciais específicas sem que tratamentos eficazes possam ser oferecidos. Porém, o diagnóstico precoce pode favorecer o planejamento pessoal e familiar em questões econômicas, emocionais e jurídicas (20).

Após revisão da literatura a respeito das evidências sobre benefícios e desvantagens de rastrear alterações da cognição na população idosa, um grupo americano de força-tarefa (20) concluiu que grandes estudos que analisem prospectivamente o benefício da detecção precoce e possível intervenção farmacológica em quadros demenciais iniciais ainda não foram realizados. Devido à falta de evidências, esse grupo não recomenda nem desaprova o rastreio cognitivo nos setores primários de saúde.

Muitos estudos mostram que os pacientes com demência não são adequadamente diagnosticados, principalmente pelo médico generalista que é o principal responsável pelo cuidado de pessoas idosas no sistema público de saúde (21,22,23,24,25).

1.2.2 O diagnóstico de demência e o médico generalista

Apesar de a prevalência das demências ser afetada pelos diferentes critérios diagnósticos aplicados (21), 75% dos pacientes com demência moderada a grave, e aproximadamente 95% daqueles com alterações leves não foram devidamente diagnosticados pelo médico generalista, de acordo com Gifford *et al* (26).

Barret *et al.* (27) aplicaram testes de conhecimento específico sobre demências e verificaram que especialistas (geriatrias, neurologistas e psiquiatras) tinham mais conhecimento a respeito da doença de Alzheimer do que médicos generalistas e que somente 40% dos generalistas sabiam que a doença de Alzheimer

era a principal causa de demência, enquanto 97% dos especialistas conheciam esse fato.

Valcour *et al.* (28) mostraram que 67% de casos de demência diagnosticados por geriatras não haviam sido previamente diagnosticados pelos generalistas que acompanhavam rotineiramente os indivíduos analisados.

Renshaw *et al.* (29) entrevistaram médicos generalistas a respeito de seus conhecimentos e expectativas na área das demências e verificaram que 47,6% achavam que haviam recebido treinamento adequado para o diagnóstico precoce das demências em suas formações acadêmicas, mas 54,4% não acharam importante rastrear alterações da cognição, já que essas não possuem tratamento considerados eficazes pelos profissionais entrevistados. Todavia, no mesmo estudo, após trabalhos de conscientização a respeito da evolução dos quadros demenciais com tratamentos atuais, esses mesmos profissionais declararam que treinamentos mais específicos nessa área seriam benéficos.

Outro estudo (30) revelou que 76% dos generalistas canadenses e 61% dos australianos não rastreiam cognitivamente seus pacientes, mesmo tendo conhecimento dos métodos disponíveis (testes cognitivos e escalas funcionais), que são considerados por esses profissionais como instrumentos de difícil aplicação, além de ser necessário muito tempo para serem realizados.

Finkel *et al.* (31) observaram que em menos de 20% dos prontuários de pacientes com comprometimento cognitivo e que haviam sido atendidos em núcleos de atendimento primário havia anotações referentes a alterações da cognição.

No Brasil, Jacinto *et al.* publicaram estudo a respeito da identificação de alterações cognitivas em idosos pelos médicos generalistas de dois serviços de clínica médica geral de um hospital universitário terciário na cidade de São Paulo. Neste estudo, 16,3% dos prontuários de idosos com alterações cognitivas diagnosticadas por um especialista continham alguma anotação relacionada a estes diagnósticos (32).

1.3 Demências em idosos e formação médica

1.3.1 Características em outros países

A Organização Mundial de Saúde e a Federação Internacional dos Estudantes de Medicina realizaram um estudo sobre conteúdos em geriatria de 161 escolas médicas de 36 países(33). Neste estudo de 1999 realizado através de uma pesquisa via e-mail em que foram recolhidos dados a nível nacional de 72 países representando todos os continentes, avaliou-se o ensino de geriatria no contexto mundial através de dois questionários criados por um comitê conjunto da OMS e a Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA). Um deles, o questionário nacional, inclui questões gerais sobre educação médica e sobre a inclusão da medicina geriátrica nos currículos / objetivos nacionais (se existentes). O segundo questionário, o questionário local, avalia o treinamento em medicina geriátrica oferecido no nível da escola de medicina. Em 19% das escolas de países desenvolvidos e 38% dos subdesenvolvidos não havia relatos de educação nesta área. Embora geriatria não seja a única especialidade médica envolvida no cuidado de pacientes com demência, este estudo mostrou-se importante já que, indiretamente, evidenciou o cenário relacionado à assistência médica a idosos em diversas instituições de ensino médico no início do século XXI. Posteriormente, Hasselbach *et al.* (34) mostrou que o ensino de demência estava presente no currículo de 25 países europeus. No entanto, a carga horária dedicada ao ensino de demência, desde a graduação médica até as especializações em neurologia, diminuiu gradualmente nos últimos anos. Em 2005, uma avaliação sobre educação em demência foi realizada em países europeus que faziam parte do “European Alzheimer’s Disease Consortium” (EADC), e os resultados mostraram que esta era insuficiente. De acordo com o mesmo estudo, programas educacionais específicos sobre demências ocorriam somente na França e no Reino Unido. Outro estudo, em 2008, analisou a carga horária dedicada ao ensino de demência em uma amostra de escolas médicas do EADC e foi observado que todas continham, ao menos, algumas horas em seus currículos; houve variação de 3 horas na Suíça a 30 horas na Suécia (35).

No Reino Unido, os médicos generalistas são os responsáveis pelos cuidados em saúde da maioria da população idosa. In 2009, a “UK National Dementia Strategy” enfatizou várias deficiências relacionadas ao conhecimento clínico sobre demências por parte dos médicos da atenção básica à saúde (36). Tullo *et al* (37) mostraram que em 23 (das 31) escolas médicas britânicas, 96% ofereciam ensino em demências por meio de rodízios clínicos, 87% por meio de aulas, 78% por meio de seminários, 74% em forma de estudos de casos clínicos, 61% por visitas domiciliares e 9% utilizavam o método PBL “problem-based learning”. Neste mesmo estudo, constatou-se uma diversidade sobre o método de ensino em demências. Nos Estados Unidos, são relatadas dificuldades na implementação do ensino de tópicos geriátricos. Em 2007, a “Association of American Medical Colleges” e a “Hartford Foundation” estabeleceram um número mínimo de temas em geriatria, incluindo demência, para ser obrigatória durante a formação médica (38).

1.3.2 Características no Brasil

Há pouca informação sobre o ensino de demências aos estudantes de medicina em escolas médicas brasileiras (39,40). De acordo com o documento em que o processo de revalidação de diplomas médicos estrangeiros é baseado, a demência é um tema obrigatório em geriatria, neurologia e neurocirurgia. Este documento tem sido uma referência para a reforma dos currículos das escolas médicas (41). Um documento recente sobre currículos das escolas médicas brasileiras afirma que os alunos devem aprender a gerir doenças prevalentes durante o ciclo de vida de um indivíduo, desde recém-nascidos até idosos. Estes dois documentos confirmam a necessidade de um ensino de qualidade em demências (42).

2. JUSTIFICATIVA

Diante da escassez de estudos brasileiros a respeito de conhecimentos e atitudes em demências por parte de profissionais médicos, propõe-se uma avaliação destes tópicos.

A avaliação de estudantes de medicina prestes a se graduarem é justificada pelo fato de que, muitos deles, optam por trabalhar em setores de atendimento primário à saúde do SUS e, conseqüentemente, deparam-se com um número expressivo de pacientes idosos. No caso dos residentes, a avaliação daqueles pertencentes a um programa em clínica médica é justificada pelo fato de que estes profissionais lidam, não somente durante o período de residência como também em momentos posteriores ao término desta, com pacientes idosos. A avaliação dos residentes de áreas que mais lidam com demências é justificada, basicamente, pela necessidade de comparações dos desempenhos destes com os outros grupos mencionados.

Espera-se que os resultados do presente estudo estimulem a realização de estudos semelhantes em outras instituições de formação médica e que discussões a respeito do conteúdo programático em demências nas escolas médicas e nos programas de residência sobre possam ser discutidos e, se necessário, aprimorados.

Como cerca de 75% da população brasileira é atendida pelo SUS e o aumento do número de idosos atendidos na rede pública, sendo que, concomitantemente a esses fenômenos, há um número considerável de médicos recém formados atendendo nesse segmento de saúde, melhorar a qualidade da formação desses profissionais resulta em atendimentos mais eficazes e eficientes junto a população de pacientes com demência. O diagnóstico precoce é importante, pois permite que o paciente e seus familiares tenham acesso a serviços de suporte e consigam planejar o futuro, além de permitir que o sistema de saúde também diminua seus gastos com essa doença.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar os conhecimentos e atitudes em demências por parte de estudantes do sexto ano de medicina (no final do curso médico) e de médicos residentes das áreas que mais lidam com demência (no início e no final da formação).

3.2 Objetivos específicos

- Descrever aspectos relacionados à formação médica em demências por parte dos indivíduos que participaram do estudo.
- Identificar e comparar o nível de conhecimento e as atitudes sobre demências em idosos por parte dos alunos do último semestre do curso de Medicina, dos residentes do início e do final dos programas de residência em Clínica Médica, Geriatria, Neurologia e Psiquiatria, comparando os resultados dos conhecimentos e atitudes entre os diversos grupos avaliados.
- Avaliar se há diferenças nos níveis de conhecimentos e nas atitudes em demências de acordo com o momento da carreira (estudantes no final da graduação médica, residentes do início e residentes do final dos programas).

4. MÉTODO

4.1 Casuística

Trata-se de um estudo transversal realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP entre agosto de 2014 e abril de 2015. Anteriormente ao início dos procedimentos do estudo, o projeto havia sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP (CAAE número 09883712.5.0000.5505). (Anexo 1)

No caso dos estudantes, o critério de inclusão abrangia estar devidamente matriculado no curso de graduação em Medicina e cursar o último semestre do curso.

Em relação aos residentes do início e do final dos programas de clínica médica, geriatria, neurologia e psiquiatria, o critério de inclusão era estar exercendo as atividades correspondentes aos programas no momento da coleta. Todos os alunos de graduação e todos os residentes dos programas referidos anteriormente foram convidados a participar do estudo.

4.2 Procedimentos

Os alunos e residentes que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. (Anexo 2) Os motivos relacionados a não participação variaram e incluíram “recusa” ou “estar em férias no momento da coleta dos dados”.

Com relação à construção dos questionários de Turner et al, foram aplicados três questionários aos participantes, sendo que estes instrumentos foram baseados em um estudo com conteúdos do teste de conhecimentos da doença de Alzheimer da América do Norte e do cronograma desenvolvido por Barrett e colaboradores (adaptado por Turner et al.) visando avaliar o conhecimento clínico em três subescalas (epidemiologia, diagnóstico e gestão) através de 14 questões de questionário de escolha múltipla. As perguntas avaliavam as intervenções educativas e cobriam a prevalência atual e futura, fatores de risco, diagnóstico (incluindo diagnóstico diferencial), medicação e manejo. O questionário foi enviado postalmente e continha medidas de conhecimentos do médico (questionário de

conhecimentos), consciência dos serviços locais, confiança no diagnóstico e comunicação, percepção das dificuldades no cuidado da demência e atitudes frente ao cuidado de pacientes com demência.

Neste estudo, os questionários foram:

- Questionário elaborado pelos pesquisadores contendo dados sociodemográficos e questões a respeito da formação médica em demências durante a graduação (Anexo 3).
- Questionário autoaplicável sobre conhecimentos em demências em idosos. Este questionário é de origem britânica (43) e foi adaptado transculturalmente ao Brasil (54). O instrumento abrange 14 questões em forma de testes, divididas em três subcategorias: epidemiologia, diagnóstico e manejo. Cada questão contém cinco possibilidades de resposta, sendo uma delas “não sei”. Somente uma resposta é a correta. O escore total do instrumento varia de zero a 14. (Anexo 4)
- Questionário tipo Likert sobre atitudes em demências em idosos (43), contendo 10 afirmações sobre vários cenários relacionados às demências. Cada afirmação tem 5 possibilidades de resposta, desde concordo plenamente até discordo plenamente. (Anexo 5)

4.3 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio dos programas estatísticos SAS (versão 9.3) e SPSS (versão 22). As variáveis categorizadas foram descritas em valores absolutos e relativos e a comparação destas se deu com a utilização do teste qui-quadrado. As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade de suas distribuições, sendo que todas foram normais. Estas variáveis foram apresentadas em forma de medidas de tendência central, utilizando médias e desvios-padrões e comparadas com a utilização do Teste t-Student. No caso em que três variáveis foram comparadas, utilizou-se o ANOVA seguido de um teste de comparações múltiplas (post hoc). Para todas as análises, foi adotado o nível de significância de 0,05.

5. RESULTADOS

Participaram deste estudo: 69 alunos de graduação (71,9%), 39 residentes no início dos programas (83%) e 34 no final dos programas de residência médica (87,2%).

A média de idade dos alunos, residentes do início do programa em clínica médica, residentes do final do programa em clínica médica, residentes do início dos programas de especialidades e residentes do final dos programas de especialidades foi, respectivamente: 25,20($\pm 1,84$), 25,77 ($\pm 1,53$), 27,39 ($\pm 1,50$), 25,50 ($\pm 2,11$) e 28,33 ($\pm 1,03$).

Tabela 1. Distribuição dos resultados relacionados ao sexo e ao perfil da formação médica nos diferentes grupos

Sexo	Alunos	CM1*	CM2**	ESP1***	ESP2****	TOTAL
Masculino	27 (19%)	09 (6,3%)	16 (11,3%)	05 (3,5%)	04 (2,8%)	61 (43%)
Feminino	42 (29,6%)	17 (12%)	12 (8,4%)	08 (5,6%)	02 (1,4%)	81 (57%)
Teve boa base em alterações cognitivas?	Alunos	CM1*	CM2**	ESP1***	ESP2****	TOTAL
Sim	41 (30,1%)	13 (9,5%)	22 (16,2%)	03 (2,2%)	03 (2,2%)	82 (60,3%)
Não	24 (17,6%)	11 (8,1%)	05 (3,7%)	06 (4,4%)	02 (1,5%)	48 (35,3%)
Não lembro	03 (2,2%)	01 (0,7%)	01 (0,7%)	01 (0,7%)	—	06 (4,4%)
Se sim, a base em alterações cognitivas foi:	Alunos	CM1*	CM2**	ESP1***	ESP2****	TOTAL
Apenas teórica	27 (27%)	08 (8%)	05 (5%)	01 (1%)	—	41 (41%)
Apenas prática	—	1 (1%)	1 (1%)	—	—	2 (2%)
Teórico e prática	25 (25%)	07 (7%)	18 (18%)	03 (3%)	04 (4%)	57 (57%)
Já fez curso extra-curricular?	Alunos	CM1*	CM2**	ESP1***	ESP2****	TOTAL
Sim	62 (45,3%)	25 (18,25%)	23 (16,8%)	10 (7,3%)	3 (2,2%)	123 (89,8%)
Não	5 (3,6%)	1 (0,7%)	4 (3%)	2 (1,5%)	2 (1,5%)	14 (10,2%)

*Residentes do início do programa em Clínica Médica, **Residentes do final do programa de clínica médica, ***Residentes do início dos programas de especialidades, **** Residentes do final dos programas de especialidades.

De acordo com a tabela 1, foi observado que 57% dos participantes eram do sexo feminino. Com relação ao perfil de formação prévia, 60,3% dos participantes do estudo relataram ter tido base em alterações cognitivas durante a graduação, sendo que destes, 57% relataram ter tido base teórica e prática; 89,8% dos participantes afirmaram ter realizado curso extracurricular durante a graduação.

Tabela 2. Desempenho dos diferentes grupos em relação aos conhecimentos em demência (escore total e subitens epidemiologia, diagnóstico e manejo)

Participantes	Número Total	Variável	Média ($\pm$ DP)	Porcentagem de Acertos da média	Intervalo de confiança
Alunos	69	Epidemiologia	1,25 ($\pm$ 0,83)	41,7%	1,05 – 1,44
		Diagnóstico	4,19 ($\pm$ 1,14)	52,4%	3,90 – 4,46
		Manejo	1,49 ($\pm$ 0,87)	49,7%	1,30 – 1,70
		Conhecimentos Totais	6,93 ($\pm$ 1,68)	49,5%	6,50 – 7,33
Residentes iniciantes – CM*	26	Epidemiologia	1,69 ($\pm$ 0,68)	56,4%	1,40 – 1,97
		Diagnóstico	5,23 ($\pm$ 1,21)	65,4%	4,75 – 5,72
		Manejo	1,62 ($\pm$ 0,90)	54%	1,25 – 1,98
		Conhecimentos Totais	8,54 ($\pm$ 1,65)	61%	7,9 – 9,21
Residentes finalistas – CM*	28	Epidemiologia	1,86 ($\pm$ 0,76)	62%	1,56 – 2,15
		Diagnóstico	5,82 ($\pm$ 0,90)	72,7%	5,5 – 6,20
		Manejo	1,50 ($\pm$ 1,07)	50%	1,10 – 1,90
		Conhecimentos Totais	9,18 ($\pm$ 1,25)	65,6%	8,70 – 9,7
Residentes iniciantes especialistas**	13	Epidemiologia	1,62 ($\pm$ 0,77)	54%	1,15 – 2,08
		Diagnóstico	4,62 ($\pm$ 0,77)	57,7%	4,15 – 5,08
		Manejo	1,85 ($\pm$ 0,80)	61,7%	1,35 – 2,36
		Conhecimentos Totais	8,08 ($\pm$ 1,26)	57,7%	7,31 – 8,83
Residentes finalistas especialistas**	06	Epidemiologia	2,17($\pm$ 0,75)	72,4%	1,37 – 2,95
		Diagnóstico	6,17($\pm$ 0,98)	77,1%	5,14 – 7,20
		Manejo	0,83($\pm$ 0,75)	27,7%	0,04 – 1,62
		Conhecimentos Totais	9,17($\pm$ 1,33)	65,5%	7,77 – 10,55

*CM, clínica médica; **Geriatria, Neurologia e Psiquiatria

No escore geral do questionário de conhecimentos, os residentes finalistas de clínica médica acertaram 65,6% e os alunos do último ano, 49,5%. A porcentagem do escore de acertos das questões referentes ao conteúdo de epidemiologia demonstrou que os residentes especialistas finalistas obtiveram maior número de acertos (72,4%) e que o grupo de alunos obteve o menor número de acertos nestas questões (41,7%). O mesmo foi observado no escore referente ao diagnóstico com os residentes especialistas finalistas obtendo 77,1% de acertos contra 52,4% dos alunos de sexto ano. No escore de manejo, os residentes iniciantes especialistas obtiveram 61,7% de acertos sendo que os residentes finalistas especialistas apenas 27,7%.

Tabela 3. Acertos nas questões referentes a conhecimentos em demência por parte dos alunos do sexto ano de graduação em medicina, dos residentes em clínica médica (iniciantes e finalistas) e especialistas (iniciantes e finalistas)

	Questão	Alunos	CM1*	CM2**	ESP1***	ESP2****	TOTAL
EPIDEMIOLOGIA	1. Um clínico geral com uma lista de 1000 pessoas com 60 anos ou mais deve esperar ter o seguinte número aproximado de pessoas com demência nesta lista:	12 (8,5%)	5 (3,5%)	13 (9,2%)	2 (1,4%)	4 (2,8%)	36 (25,4%)
	2. A partir dos 65 anos de idade, a prevalência de demências:	20 (14,1%)	14 (10%)	13 (9,2%)	7 (4,9%)	3 (2,1%)	57 (40,1%)
	3. Um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer é:	54 (38%)	25 (17,6%)	26 (18,3%)	12 (8,5%)	6 (4,2%)	123 (86,6%)
	4. Todas as seguintes são etiologias potencialmente tratáveis de demência, exceto:	50 (35,5%)	22 (15,6%)	23 (16,3%)	13 (9,2%)	5 (3,6%)	113 (80,1%)
	5. Um paciente com suspeita de demência deve ser avaliado assim que possível, pois:	44 (31%)	25 (17,6%)	26 (18,3%)	13 (9,2%)	05 (3,5%)	113 (79,6%)
	6. Qual dos procedimentos seguintes é necessário para confirmar definitivamente que os sintomas são causados pela demência?	4 (2,8%)	9 (6,3%)	12 (8,6%)	3 (2,1%)	6 (4,2%)	34 (24%)
DIAGNÓSTICO	7. Qual das alternativas não é necessária na avaliação inicial de um paciente com suspeita de demência?	62 (43,7%)	26 (18,3%)	27 (19%)	13 (9,2%)	5 (3,5%)	113 (93,7%)
	8. Qual das alternativas pode se assemelhar à demência?	57 (40,1%)	23 (16,2%)	18 (12,7%)	6 (4,2%)	4 (2,8%)	108 (76,1%)
	9. Quando um paciente apresenta um súbito início de confusão, desorientação e incapacidade de manter a atenção, esse quadro é mais compatível com o diagnóstico de:	19 (13,4%)	5 (3,5%)	—	1 (0,7%)	—	25 (17,6%)
	10. Qual das seguintes opções está quase sempre presente na demência?	2 (1,4%)	2 (1,4%)	25 (17,6%)	—	6 (4,2%)	35 (24,7%)
	11. Qual dos seguintes achados clínicos melhor diferencia a demência vascular da demência da doença de Alzheimer?	51 (36%)	24 (17%)	25 (17,6%)	11 (7,8%)	6 (4,2%)	117 (82,4%)
MANEJO	12. O efeito dos medicamentos anti demência atua em:	52 (36,6%)	20 (14,1%)	15 (10,6%)	12 (8,5%)	04 (2,8%)	103 (72,5%)
	13. Qual afirmação é verdadeira sobre o tratamento de pacientes com demência que estão deprimidos?	21 (14,8%)	12 (8,5%)	13 (9,2%)	7 (5%)	—	53 (37,3%)
	14. A ABRAZ é a associação brasileira que fornece informações para pacientes e cuidadores com qual propósito?	30 (21,1%)	10 (7%)	14 (10%)	5 (3,5%)	1 (0,7%)	60 (42,3%)

*Residentes do início do programa em Clínica Médica, **Residentes do final do programa de clínica médica, ***Residentes do início dos programas de especialidades, **** Residentes do final dos programas de especialidades.

De acordo com a tabela 3, nota-se maior porcentagem de acertos nas questões 3 (fatores de risco), 4 (etiologias tratáveis), 5 (avaliação de demência), 7 (avaliação inicial), 8 (semelhanças com demência), 11 (diferenças entre DA e demência vascular) e 12 (efeito de medicamentos).

Tabela 4. Distribuição das atitudes em relação a demência por parte dos alunos da graduação (N = 69)

ATITUDES ALUNOS	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
1. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência.	48 (71,6%)	17 (25,4%)	2 (3%)	—	—
2. As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível.	28 (41,8%)	28 (41,8%)	10 (15%)	1 (1,5%)	—
3. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência.	48 (71,6%)	19 (28,4%)	—	—	—
4. Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial.	35 (52,2%)	26 (38,8%)	5 (7,4%)	1 (1,5%)	—
5. A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados.	20 (29,8%)	20 (29,8%)	15 (22,4%)	12 (18%)	—
6. Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo.	1 (1,5%)	15 (23,1%)	15 (23,1%)	27 (41,5%)	7 (10,8%)
7. É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos.	—	1 (1,5%)	9 (13,4%)	37 (55,2)	20 (29,8%)
8. Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante.	2 (3,1%)	4 (6,2%)	19 (29,2%)	30 (46,2%)	10 (15,4%)
9. Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los.	—	10 (15%)	15 (22,4%)	34 (50,7%)	8 (12%)
10. A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência.	1 (1,5%)	4 (6%)	2 (3%)	32 (47,8%)	28 (41,8%)

Pela tabela acima, pode se observar que a maioria dos alunos de sexto ano concorda plenamente com o fato de que muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência (questão 1), que as famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente (questão 2), que muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência (questão 3) e que fornecer diagnóstico é mais útil do que prejudicial (questão 4).

Tabela 5. Distribuição das atitudes em relação à demência em idosos por parte dos residentes de clínica médica iniciantes (N = 26)

ATITUDESCM1*	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
1. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência.	21 (80,8%)	4 (15,4%)	1 (3,8%)	—	—
2. As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível.	4 (15,4%)	15 (57,7%)	4 (15,4%)	3 (11,5%)	—
3. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência.	15 (57,7%)	10 (38,5%)	1 (3,8%)	—	—
4. Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial.	11 (42,3%)	8 (30,8%)	3 (11,5%)	4 (15,4%)	—
5. A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados.	4 (15,4%)	10 (38,5%)	6 (23,1%)	5 (19,2%)	1 (3,8%)
6. Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo.	2 (7,7%)	17 (63,4%)	7 (27%)	—	—
7. É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos.	4 (15,4%)	17 (65,4%)	5 (19,2%)	—	—
8. Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante.	5 (19,2%)	13 (50%)	8 (30,8%)	—	—
9. Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los.	2 (7,7%)	17 (65,4%)	7 (27%)	—	—
10. A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência.	7 (27%)	17 (65,4%)	2 (7,7%)	—	—

*Residentes do início do programa em clínica médica

A maioria dos residentes de clínica médica iniciantes relataram que concordam com as atitudes 2, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, mas que concordam plenamente com as atitudes 1, 3 e 4.

Tabela 6. Distribuição das atitudes em relação à demência em idosos por parte dos residentes de clínica médica finalistas (N=28)

ATITUDES CM2**	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
1. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência.	24 (85,7%)	4 (14,3%)	—	—	—
2. As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível.	11 (39,3%)	12 (42,8%)	4 (14,3%)	1 (3,5%)	—
3. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência.	18 (64,3%)	10 (35,7%)	—	—	—
4. Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial.	13 (46,4%)	14 (50%)	1 (3,6%)	—	—
5. A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados.	1 (3,6%)	14 (50%)	4 (14,3%)	9 (32,1%)	—
6. Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo.	3 (10,7%)	19 (67,8%)	6 (21,4%)	—	—
7. É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos.	9 (33,4%)	17 (63%)	1 (3,7%)	—	—
8. Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante.	5 (17,8%)	19 (67,8%)	4 (14,3%)	—	—
9. Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los.	1 (3,6%)	14 (50%)	13 (46,4%)	—	—
10. A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência.	13 (46,4%)	14 (50%)	1 (3,6%)	—	—

**Residentes do final do programa de clínica médica

A maioria dos residentes de clínica médica finalistas relatou que concordam com as atitudes 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, mas que concordam plenamente com as atitudes 1 e 3.

Tabela 7. Distribuição das atitudes em relação à demência em idosos por parte dos residentes especialistas iniciantes (geriatria, psiquiatria e neurologia) (N = 13)

ATITUDES ESP1***	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
1. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência.	9 (69,2%)	4 (30,8%)	—	—	—
2. As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível.	1 (7,7%)	7 (53%)	5 (38,5%)	—	—
3. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência.	7 (53,8%)	6 (46,2%)	—	—	—
4. Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial.	4 (33,4%)	4 (33,4%)	1 (8,3%)	3 (25%)	—
5. A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados.	2 (15,4%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)-	5 (38,5%)	—
6. Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo.	1 (7,5,%)	7 (53,8%)	5 (38,5%)	—	—
7. É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos.	3 (23,1%)	9 (69,2%)	1 (7,7%)	—	—
8. Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante.	3 (23,1%)	8 (61,5%)	2 (15,4%)	—	—
9. Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los.	—	10 (77%)	3 (23,1%)	—	—
10. A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência.	3 (23,1,%)	10 (77%)	—	—	—

***Residentes do início dos programas de especialidades

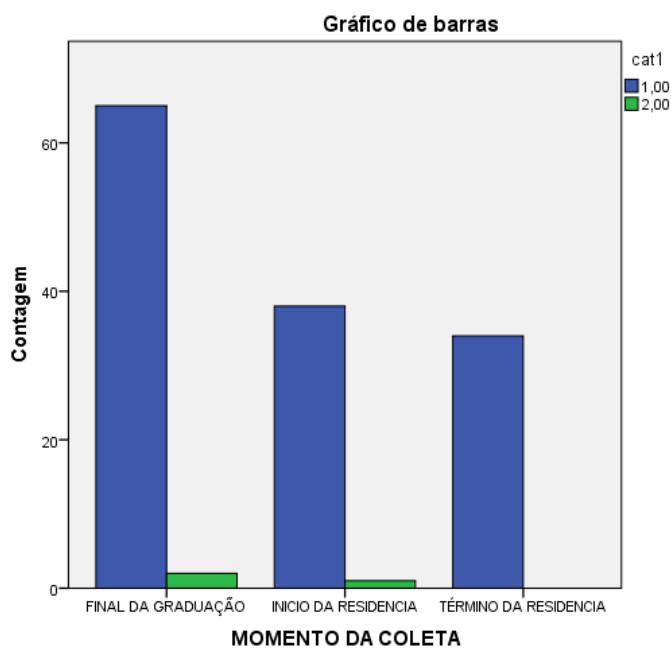
A maioria dos residentes especialistas iniciantes relatou que concordam com as atitudes 2, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, mas que concordam plenamente com as atitudes 1 e 3, sendo que na atitude 4 houve igual número de respostas entre concordo plenamente e concordo.

Tabela 8. Distribuição das atitudes em relação à demência em idosos por parte dos residentes especialistas finalistas (geriatria, psiquiatria e neurologia) (N=06)

ATITUDES ESP2****	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
1. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência.	6 (100%)	—	—	—	—
2. As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível.	1 (16,7%)	4 (66,7%)	—	1 (16,7%)	—
3. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência.	4 (66,7%)	2 (33,4%)	—	—	—
4. Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial.	1 (16,7%)	3 (50%)	2 (33,4%)	—	—
5. A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados.	2 (1,43%)	3 (2,14%)	—	1 (0,71%)	—
6. Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo.	2 (33,4%)	4 (66,7%)	—	—	—
7. É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos.	2 (33,4%)	2 (33,4%)	2 (33,4%)	—	—
8. Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante.	—	5 (83,4,%)	1 (16,7%)	—	—
9. Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los.	1 (16,7%)	5 (83,4%)	—	—	—
10. A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência.	2 (33,4%)	4 (66,7%)	—	—	—

**** Residentes do final dos programas de especialidades

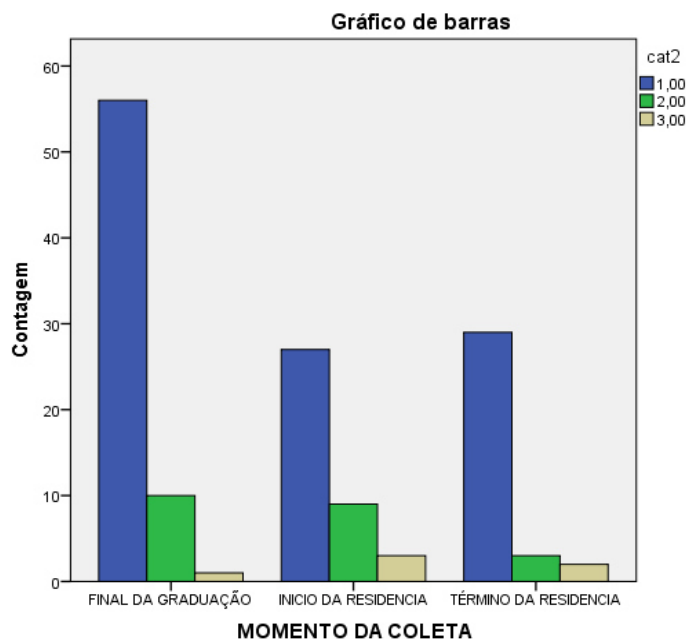
A maioria dos residentes especialistas finalistas relatou que concordam com as atitudes 2, 4, 5, 6, 8, 9 e 10, mas que concordam plenamente com as atitudes 1 e 3, sendo que na atitude 7 houve igual número de respostas entre concordo plenamente, concordo e não concordo nem discordo.



* 1,00 = Concordo plenamente ; 2,00 = Concordo

Gráfico 1. Distribuição da atitude “Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas

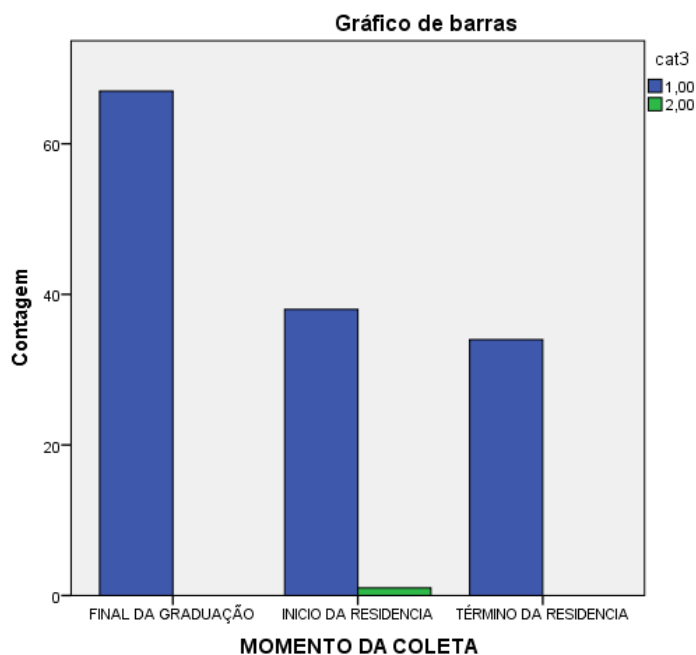
A maioria dos estudantes de graduação assim como a maioria das residentes do início e término dos programas analisados responderem que concordam plenamente que muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência.



* 1,00 = Concordo plenamente; 2,00 = Concordo; 3,00 = Não concordo nem discordo

Gráfico 2. Distribuição da atitude “As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas

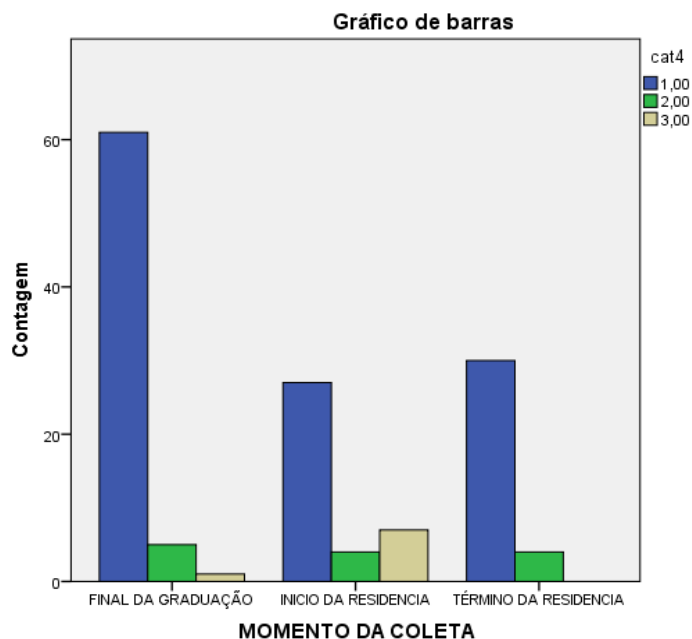
A maioria dos estudantes de graduação concordou plenamente com a afirmação de que “As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível”. O mesmo resultado ocorreu com os residentes do início e término dos programas participantes, porém nota-se que houve uma maior concordância entre os residentes finalistas.



* 1,00 = Concordo plenamente; 2,00 = Concordo.

Gráfico 3. Distribuição da atitude “Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas

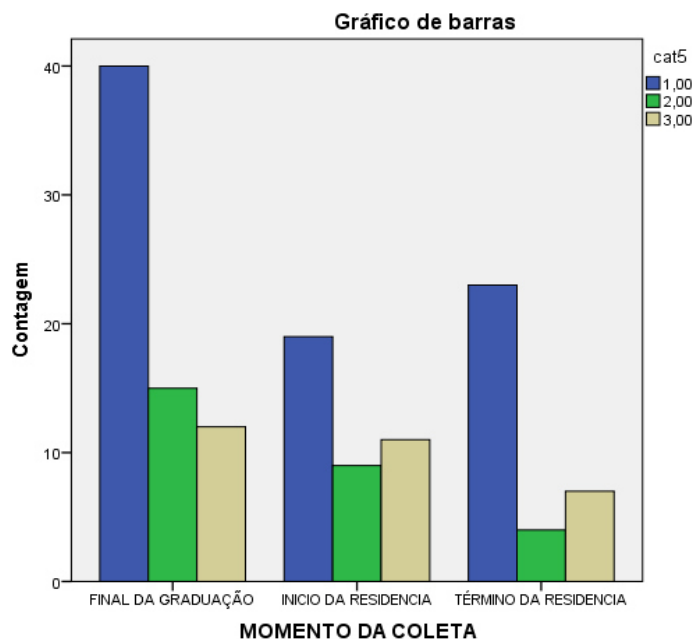
A maioria dos estudantes de graduação assim como a maioria das residentes do início e término dos programas analisados responderem que concordam plenamente com a afirmação “Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência”.



* 1,00 = Concordo plenamente; 2,00 = Concordo; 3,00 = Não concordo nem discordo

Gráfico 4. Distribuição da atitude “Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas

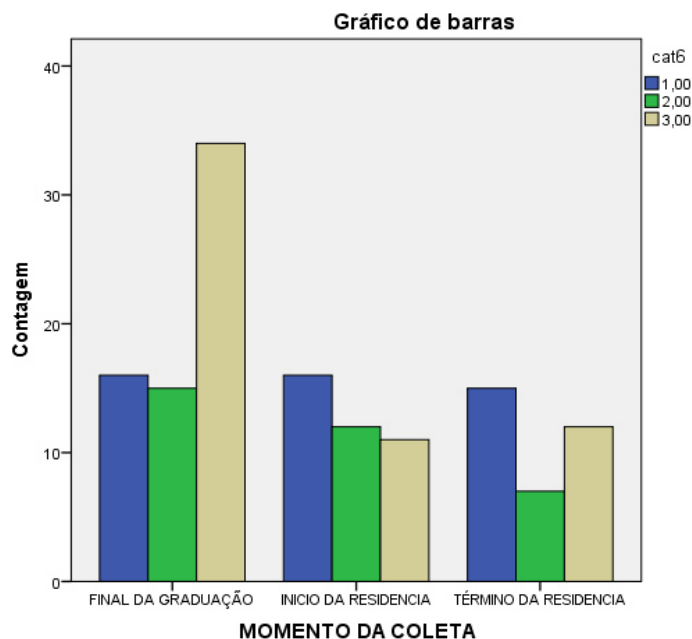
Tanto os alunos de graduação quanto os residentes do início e término dos programas responderam que concordam plenamente com a afirmação “Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial”; no entanto, percebeu-se que a concordância foi maior entre os residentes do final do programa quando estes são comparados com os residentes do início dos programas que também responderam que não concordam nem discordam com a afirmação.



* 1,00 = Concordo plenamente; 2,00 = Concordo; 3,00 = Não concordo nem discordo

Gráfico 5. Distribuição da atitude “A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas

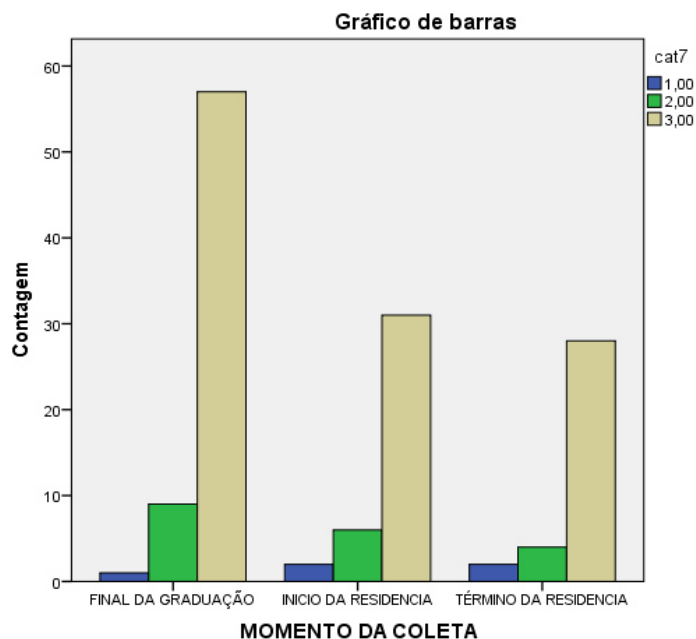
A grande maioria dos estudantes de graduação respondeu que concordam plenamente com a afirmação “A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados”. Entre os residentes, os estudantes do término dos programas concordaram mais do que os estudantes do início dos programas, sendo que houve maior frequência da resposta “Não concordo nem discordo” entre estes últimos.



* 1,00 = Concordo plenamente; 2,00 = Concordo; 3,00 = Não concordo nem discordo

Gráfico 6. Distribuição da atitude “Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivos” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas

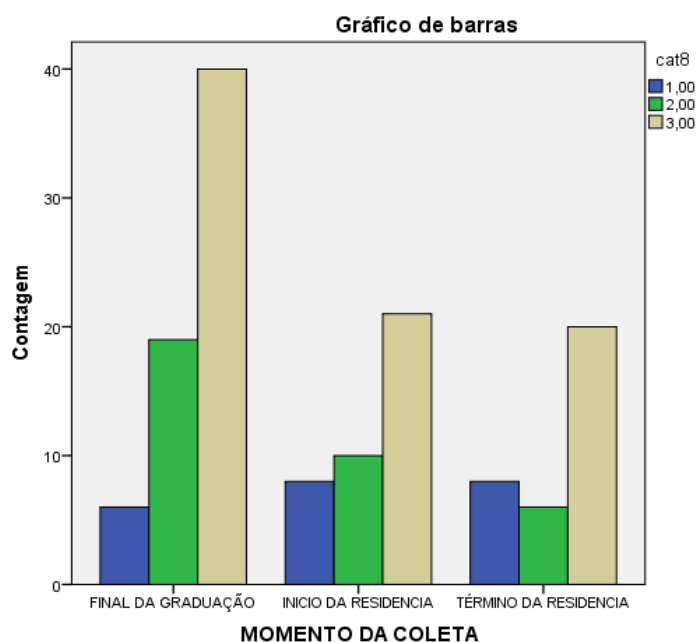
Os estudantes de graduação, em sua maioria, afirmaram não concordar nem discordar com a afirmação “Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivos”. Já entre os residentes, a maioria das respostas foi que estes estudantes concordam plenamente com esta afirmação, sendo que houve maior frequência da resposta “Não concordo nem discordo” entre os residentes finalistas.



* 1,00 = Concordo plenamente; 2,00 = Concordo; 3,00 = Não concordo nem discordo

Gráfico 7. Distribuição da atitude “É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas

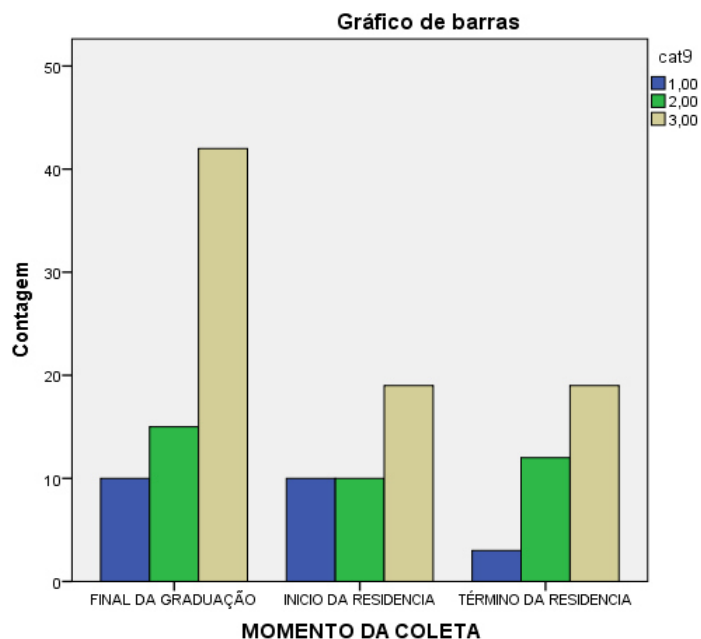
Com relação à afirmação “É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos”, a maioria tanto dos estudantes quanto dos residentes relatou que não concorda nem discorda com tal afirmação. Notou-se que esta frequência de resposta foi maior entre os estudantes de graduação quando comparados os três grupos, sendo também maior no grupo dos residentes iniciantes quando comparados com o início e término da residência.



* 1,00 = Concordo plenamente; 2,00 = Concordo; 3,00 = Não concordo nem discordo

Gráfico 8. Distribuição da atitude “Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas

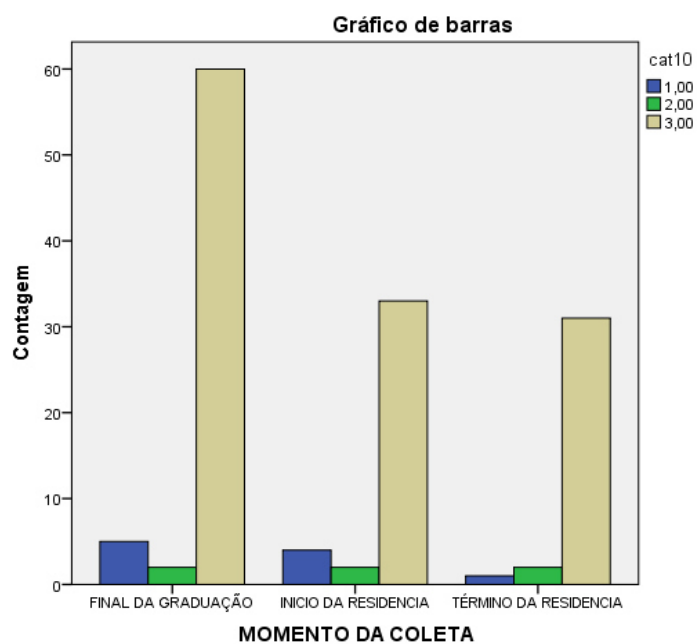
Houve maior frequência da resposta “Não concordo nem discordo” com relação à afirmação “Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante”. No grupo dos estudantes de graduação e dos residentes do início do programa percebeu-se que a resposta “Concordo” obteve a segunda maior frequência.



* 1,00 = Concordo plenamente; 2,00 = Concordo; 3,00 = Não concordo nem discordo

Gráfico 9. Distribuição da atitude “Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas

A afirmação “Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los” obteve maior frequência da resposta “Não concordo nem discordo” entre os três grupos, sendo que a resposta “Concordo” também obteve grande frequência entre os estudantes de graduação e os residentes do término dos programas.



* 1,00 = Concordo plenamente; 2,00 = Concordo; 3,00 = Não concordo nem discordo

Gráfico 10. Distribuição da atitude “A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência” entre alunos de graduação e residentes do início e término dos programas

A afirmação “A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência” obteve maior frequência de resposta “Não concordo nem discordo” entre os três grupos participantes.

Tabela 9. Comparação entre conhecimentos sobre demência entre alunos e residentes em Clínica Médica (iniciantes e finalistas) da FMB-UNESP em 2015

Variável	Alunos X CRM1* (N=69 x N=26)		Alunos X CRM2** (N=69 x N=28)	
	Média (±DP)	p [#]	Média (±DP)	p [#]
Epidemiologia	1,24±0,82 1,69±0,67	0,01	1,24±0,82 1,85±0,75	0,001
Diagnóstico	4,18±1,14 5,23±1,21	<0,001	4,18±1,14 5,82±0,90	< 0,001
Manejo	1,49±0,86 1,61±0,89	0,54	1,49±0,86 1,50±1,07	0,97
Conhecimentos	6,92±1,68 8,53±1,65	< 0,001	6,62±1,68 9,35±1,76	< 0,001

*Residentes do início do programa em Clínica Médica; **Residentes do final do programa de clínica médica; [#]Teste t-Student.

Observou-se diferença estatisticamente significativa para os escores “epidemiologia” e “diagnóstico”, assim como o escore geral do questionário de conhecimentos entre alunos, residentes de clínica médica iniciantes e residentes de clínica médica finalistas. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos para “manejo”.

Tabela 10. Comparação de conhecimentos sobre demência entre alunos e residentes Especialistas (iniciantes e finalistas) da FMB-UNESP em 2015

Variável	Alunos X ESP1*** (N=69 x N=13)		Alunos X ESP2**** (N=69 x N=06)	
	Média (±DP)	p [#]	Média (±DP)	p [#]
Epidemiologia	1,24±0,82 1,61±0,77	0,14	1,24±0,82 2,16±0,75	0,011
Diagnóstico	4,18±1,14 4,61±0,76	0,20	4,18±1,14 6,16±0,98	< 0,001
Manejo	1,49±0,86 1,84±0,80	0,18	1,49±0,86 0,83±0,75	0,07
Conhecimentos	6,9±1,68 8,07±1,25	0,022	6,9±1,68 9,16±1,32	0,002

Residentes do início dos programas de especialidades, * Residentes do final dos programas de especialidades; [#]Teste t-Student.

Comparando-se o desempenho dos alunos e dos residentes especialistas iniciantes, foi encontrada diferença estatisticamente significativa somente com relação ao escore de Conhecimentos que também foi encontrada quando foram comparados alunos e residentes especialistas finalistas. Com relação à comparação entre estes dois últimos grupos de participantes, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas também em “epidemiologia” e “diagnóstico”.

Tabela 11. Comparação de conhecimentos sobre demência entre residentes de clínica médica iniciantes e finalistas e entre residentes especialistas iniciantes e finalistas da FMB-UNESP em 2015

Variável	CRM1* X CRM2** (N= 26 x N=28)		ESP1*** X ESP2**** (N= 13 x N=06)	
	Média (±DP)	p [#]	Média (±DP)	p [#]
Epidemiologia	1,69±0,67	0,40	1,61±0,76	0,16
	1,85±0,75		2,16±0,75	
Diagnóstico	5,23±1,21	0,05	4,61±0,76	0,001
	5,82±0,90		6,16±0,98	
Manejo	1,61±0,89	0,67	1,84±0,80	0,02
	1,5±1,071		0,83±0,75	
Conhecimentos	8,53±1,65	0,11	8,07±1,25	0,10
	9,17±1,24		9,16±1,32	

*Residentes do início do programa em Clínica Médica, **Residentes do final do programa de clínica médica, ***Residentes do início dos programas de especialidades, **** Residentes do final dos programas de especialidades, #Teste t-Student.

Foram constatadas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis “diagnóstico” e “manejo” quando foram comparados os grupos de residentes especialistas iniciantes e residentes especialistas finalistas. Também houve diferença estatisticamente significativa para a variável “diagnóstico” entre os residentes de clínica médica iniciantes e finalistas.

Tabela 12. Comparação entre residentes de Clínica Médica e Especialistas iniciantes bem como residentes de Clínica Médica e Especialistas finalistas da FMB-UNESP em 2015

Variável	CRM1* X ESP1*** (N=26 x N=13)		CRM2** X ESP2**** (N=28 x N=06)	
	Média (±DP)	p [#]	Média (±DP)	p [#]
Epidemiologia	1,69±0,67	0,75	1,85±0,75	0,37
	1,61±0,76		2,16±0,75	
Diagnóstico	5,23±1,21	0,10	5,82±0,90	0,41
	4,61±0,76		6,16±0,98	
Manejo	1,61±0,89	0,49	1,50±1,07	0,16
	1,84±0,80		0,83±0,75	
Conhecimentos	8,53±1,65	0,38	9,17±1,24	0,98
	8,07±1,25		9,16±1,32	

*Residentes do início do programa em Clínica Médica, **Residentes do final do programa de clínica médica,

Residentes do início dos programas de especialidades, * Residentes do final dos programas de especialidades, #Teste t-Student.

Não houve diferenças estatisticamente significativas quando foram comparados residentes de clínica médica iniciantes e residentes especialistas iniciantes, assim como também não houve entre residentes de clínica médica finalistas e residentes especialistas finalistas.

Tabela 13. Desempenho e comparações de atitudes entre alunos, residentes iniciantes e residentes finalistas no questionário de conhecimentos e na escala de atitudes

Escala de Atitudes	p*	Comparações múltiplas**
1. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência	0,08	A = RI = RF
2. As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível	0,008	A > RI = RF
3. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência	0,2	A = RI = RF
4. Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial	0,015	A > RI = RF
5. A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados	0,2	A = RI = RF
6. Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo	0,01	A < RI = RF
7. É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos	0,36	A = RI = RF
8. Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante	0,46	A = RI = RF
9. Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los	0,18	A = RI = RF
10. A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência	0,28	A = RI = RF

*ANOVA, ** "Post hoc".

A: alunos; RI : residentes iniciantes e RF : residentes finalistas.

Comparando-se os escores de conhecimento e as atitudes entre três momentos distintos da formação médica (final da graduação, início da residência e final da residência), observou-se que as atitudes 2 e 4 obtiveram valores estatisticamente significantes, sendo que os alunos do sexto ano concordaram mais com as afirmações do que os residentes iniciantes. Ao contrário da atitude 6 na qual os graduandos concordaram menos com a afirmação do que os residentes iniciantes.

Tabela 14. Desempenho e comparações de conhecimentos entre alunos, residentes iniciantes e residentes finalistas no questionário de conhecimentos e na escala de atitudes

Questionário de Conhecimentos	p*	Comparações múltiplas**
SUB ESCALA EPIDEMIOLOGIA	< 0,001	A < RI = RF
SUB ESCALA DIAGNÓSTICO	< 0,001	A < RI < RF
SUB ESCALA MANEJO	0,183	A = RI = RF
ESCORE TOTAL CONHECIMENTOS	< 0,001	A < RI = RF

*ANOVA, ** "Post hoc".

A : alunos; RI : residentes iniciantes e RF : residentes finalistas.

O escore de Epidemiologia apresentou diferença estatisticamente significativa, sendo que os graduados acertaram menos do que os residentes iniciantes e menos do que os residentes finalistas. Também o escore de diagnóstico obteve valores estatisticamente significantes, sendo que os alunos do sexto ano acertaram menos do que os residentes iniciantes e finalistas, assim como os residentes iniciantes acertaram menos do que os residentes finalistas.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo é pioneiro na verificação de conhecimentos e atitudes em demências por parte de estudantes de medicina e de residentes em uma escola médica pública brasileira. A maioria dos participantes era do sexo feminino (57%) e tinham uma média de idade de 25,71($\pm$ 2,72) anos. Observou-se que, com relação ao perfil de formação prévia em tópicos que envolvem demências, 60,3% dos estudantes e residentes referiram ter adquirido boa base em alterações cognitivas durante a graduação. Um estudo realizado em 2008 com estudantes de medicina em uma Universidade Federal do Triângulo Mineiro (39) revelou que 61,7% destes estudantes responderam que não haviam cursado ou que cursariam esse conteúdo, revelando ausência desta disciplina em sua matriz curricular. No estudo de Turner *et al.* (43) a maioria dos médicos relatou não ter recebido treinamento suficiente no diagnóstico e tratamento de demência, assim como nos estudos de Renshaw *et al.* (29) e Wolff *et al.*, (44) nos quais 52,4% e 71% dos médicos generalistas afirmaram não ter tido a formação necessária em demências. Esta lacuna na formação médica foi apontada no estudo de Petroianu (45) em 2001, quando este verificou que, das 78 faculdades de Medicina que foram analisadas, apenas 12 delas continham o ensino de geriatria na grade curricular. Esse resultado foi corroborado por um estudo realizado pela Organização Mundial em Saúde (46) em 2002, em 36 países, no qual apenas 15 % das escolas de Medicina investigadas nos países em desenvolvimento possuíam o ensino de geriatria oficialmente.

No presente estudo, 89.8% dos participantes deste estudo relataram ter realizado cursos extracurriculares sobre o tema “demências” durante a graduação, e este resultado contrasta com o encontrado por Tavares *et al.* (39) em 2008, no qual 97,3% dos estudantes de medicina afirmaram a não participação em atividades de pesquisa e extensão universitária em geriatria. A maioria dos estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu pode ter sido estimulada a participar de cursos e atividades extracurriculares com conteúdos geriátricos durante a graduação devido a alguns fatores: a existência da “Liga de Geriatria e Gerontologia”, existência de atividades didáticas ambulatoriais e em enfermarias, e aulas teóricas e práticas em geriatria que fazem parte da grade curricular da instituição.

Com relação ao questionário de conhecimentos, os estudantes do

sexto ano acertaram 49,50% das questões. Entre os residentes, as maiores pontuações foram entre os residentes finalistas, sendo que os de clínica médica acertaram 65,57% e os residentes especialistas acertaram 65,50%. No estudo de Turner *et al.* (43) em 2004, dos 126 médicos generalistas britânicos entrevistados, 67% responderam as questões do questionário de conhecimentos corretamente. Já no estudo de Ahmad *et al.* (46) em 2010, no qual foi utilizado um instrumento distinto do presente estudo, constatou-se que, de 1011 médicos generalistas avaliados, 52% dos graduados antes de 1990 acertaram até duas questões dentre 10 e que 58% dos que se graduaram depois obtiveram o mesmo resultado, sendo que, nesta pesquisa, de uma maneira geral, o conhecimento em demência foi considerado baixo.

Ainda sobre o questionário de conhecimentos, houve maior porcentagem de acertos na questão três (“fatores de risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer”), pertencente ao escore “epidemiologia”. Também houve maior número de acertos nas questões quatro (“causas potencialmente tratáveis de demência”), cinco (“importância da avaliação precoce de paciente com suspeita de demência”), sete (“avaliação inicial de paciente com suspeita de demência”), oito (“semelhanças clínicas com demência”) e onze (“diferenças entre demência vascular e da doença de Alzheimer”), questões estas referentes ao escore “diagnóstico”. A questão doze (“efeito do tratamento medicamentoso”) foi a que obteve maior porcentagem de acertos no subitem “manejo”. Comparando os resultados do presente estudo com os do estudo de Turner *et al.* (43) neste último os participantes acertaram mais as questões nove (“quadro diagnóstico”) e 10 (“sintomas sempre presentes na demência”), como também a questão 13 (“tratamento de dementados deprimidos”). Em um estudo brasileiro de 2016 com 156 médicos residentes (47), no qual o mesmo questionário foi utilizado, além das questões citadas (presente estudo), os participantes obtiveram maior porcentagem de acertos na questão 14 (“Associação Brasileira de Alzheimer”), mas não apresentaram esse resultado com relação à questão oito citada no presente estudo. Com relação aos subescores (epidemiologia, diagnóstico e manejo), as maiores porcentagens de acertos foram no subitem “diagnóstico” para alunos do sexto ano (52,37%), residentes iniciantes em clínica médica (65,37%), residentes finalistas em clínica médica e para os residentes finalistas especialistas (77,12%), o que foi

diferente entre residentes iniciantes especialistas, que tiveram maior porcentagem de acertos no subitem “manejo”. A maior porcentagem de acertos no subitem “diagnóstico” foi corroborada pelo estudo de Turner *et al.* (43), no qual os médicos generalistas tiveram sua maior porcentagem de acertos (74%). Neste estudo, os médicos avaliados tinham bons conhecimentos em diagnóstico (74%) e manejo (73%), porém pouco conhecimento em epidemiologia (48%), dado este que não se assemelhou ao presente estudo, já que os acertos em “epidemiologia” variaram entre 41,66% e 72,33%. O estudo brasileiro de Jacinto *et al.* (47), em 2016, corroborou os achados de Turner *et al.* (43), já que os médicos que participaram acertaram menos no subescore de epidemiologia (54,9%), mas o mesmo não aconteceu nos subcores de diagnóstico (58,7%) e manejo (76,3%).

No escore de epidemiologia, os graduandos acertaram menos do que os residentes iniciantes e menos do que os residentes finalistas. Também no escore de diagnóstico, os alunos do sexto ano acertaram menos do que os residentes iniciantes e finalistas, assim como os residentes iniciantes acertaram menos do que os residentes finalistas. No escore de manejo, os graduandos acertaram tanto quanto os residentes iniciantes podendo ser levantada a hipótese de que isso ocorreu devido a pouca experiência com essa população. Com relação ao fato de residentes iniciantes terem a mesma porcentagem de acertos em Manejo do que os residentes finalistas, pode ser devido ao tamanho da amostra.

Com relação à escala de atitudes, graduandos concordaram mais com o fato de que a família prefere ser informada do diagnóstico como também que fornecer o diagnóstico é mais útil do que prejudicial, quando comparados com os residentes iniciantes. O contrário se deu com a atitude seis, em que os graduandos concordaram menos com a afirmação de que os pacientes com demência podem esgotar os recursos quando comparados com os residentes iniciantes, mantendo suas atitudes mais positivas frente ao paciente. Esta postura mais favorável dos estudantes com relação à família, ao diagnóstico e aos recursos pode estar associada com a baixa porcentagem de acertos destes participantes no escore geral de conhecimentos quando comparados com os residentes iniciantes (tanto em clínica médica quanto em especialidades). Logo, pode-se dizer que a maioria dos graduandos demonstrou atitudes positivas para com pacientes com demência quando comparados com os residentes iniciantes, fato este não corroborado pelos

estudos de Kaduszkiewicz *et al.* (23), Turner *et al.* (43) e Olafsdottir *et al.* (48) que obtiveram correlação entre experiência em demências e atitudes gerais positivas. Os médicos generalistas do estudo de Turner *et al.* (43) obtiveram piores escores nas questões do subitem “epidemiologia” e o menor conhecimento em demência de uma maneira geral esteve associado com comunicação menos frequente de diagnóstico de demência aos pacientes. Baseando-se nisso, os autores concluíram que o suporte educacional deveria se concentrar nos conhecimentos epidemiológicos. Dessa forma, pode-se considerar a possibilidade de, em estudos posteriores, avaliar se os estudantes aqui avaliados, ao atuarem como profissionais, manterão a comunicação aberta com seus pacientes como foi constatado na atitude quatro em que 35 (52,24%) dos estudantes concordaram que “fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial”.

No estudo de Jacinto *et al.* (47), as atitudes frente ao paciente com demência (9 entre 10) foram otimistas, já que os médicos se sentiam capacitados a ajudar o paciente e seus familiares no cuidado primário; porém isso não se evidenciou na atitude cinco na qual 66% dos médicos concordaram que a demência era melhor diagnosticada em serviços especializados.

Sabe-se que existe a necessidade de educação, treinamento e suporte para que médicos generalistas possam mudar sua percepção e melhorar o diagnóstico e as intervenções junto a pacientes com doença de Alzheimer (23). Apesar dessa necessidade, o Relatório de Diagnóstico da Doença de Alzheimer (49) constatou que a demora para se obter o diagnóstico após os primeiros sintomas continua longa, sendo no Reino Unido de 32 meses, na França de 24 meses, na Espanha de 18 meses, na Itália de 14 meses e na Alemanha de 10 meses. Os médicos generalistas são o caminho para o diagnóstico, porém as atitudes e habilidades desses profissionais podem ser uma barreira ao acesso aos serviços.

Com relação ao Brasil, a literatura mostra que, a demência da doença de Alzheimer (DA) atinge 60% dos casos de comprometimento cognitivo no idoso (50) com o gasto de 21 % dos recursos hospitalares do SUS (51). Apesar do expressivo aumento desta demanda social e profissional, pouco tem sido feito com relação à educação dos profissionais sobre demência (35). Estudo de Hasselbalch *et al.* (34), parcialmente corroborado pela pesquisa Tsolaki *et al.* (35), com 14 países europeus constatou que pouco tem sido feito com relação

ao treinamento dos profissionais a respeito de demência e que, em muitos países, não há programas educacionais voltados para esta questão sem tampouco apoio financeiro. Seguindo esta premissa, as doenças relacionadas ao envelhecimento devem fazer parte do currículo dos estudantes de medicina (37) como recomendado na matriz de correspondência curricular (41). Além do treinamento destes profissionais ser de suma importância, deve-se focar também nas atitudes dos estudantes de medicina que são geradas durante sua formação, visto que estas têm grande impacto no cuidado prestado aos pacientes idosos quando se tornam profissionais de saúde. Assim, para que estes profissionais possam diagnosticar e tratar adequadamente, faz-se necessário que estes tenham maior proximidade com o cuidado de idosos dementado (52).

Algumas limitações devem ser consideradas: é um estudo transversal, a amostra é de conveniência e pouco representativa, foi analisada somente uma escola médica dentre 268 escolas em todo o Brasil (53); os currículos não foram detalhadamente analisados; o próprio instrumento utilizado nesta pesquisa pode não abranger da forma mais ampla e adequada possível as questões e atitudes consideradas, sendo que houve a aplicação de um único instrumento que foi recentemente adaptado.

Desta maneira, as comparações realizadas devem ser analisadas com cautela por se tratarem de populações diferentes (estudantes do último ano de medicina versus médicos formados), lembrando que a literatura é escassa em relação a estes tópicos por parte de alunos do último ano do curso de medicina ao serem considerados os conhecimentos e atitudes relacionadas a pacientes com demências.

Finalizando, os achados desse estudo são de importante relevância para se conhecer e se implantar conhecimentos e atitudes que ajudem a derrubar as barreiras educacionais dos médicos com relação aos cuidados do paciente com doença de Alzheimer. Espera-se que outros estudos semelhantes sejam realizados em outros centros de formação médica no Brasil.

7. REFERÊNCIAS

1. Souza L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(3):364-71.
2. IBGE (2010). Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Disponível em: Acesso em 12 maio 2015.
3. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Ed. Postgraduate; 1998. p.5-92.
4. Rio de Janeiro. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil - 2000. Rio de Janeiro: FIBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais; 2002.
5. Nitrini R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. *RevPsiqClin*. 1999; 26:262-7.
6. Ribeiro S, Ramos C, Sá L. Avaliação inicial da demência. *Rev Port ClinGeral*. 2004; 20:569-77.
7. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement. J. Alzheimers Assoc*. 2015;11:332-84.
8. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *ActaPsychiatrScand*. 1987; 76:465-79.
9. Herrera E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva - estado de São Paulo - Brasil. *RevPsiqClin*. 1998; 25:70-3.
10. Frota NAF, Nitrini R, Damasceno BP, Forlenza O, Dias-Tosta E, Silva AB, *et al*. Critérios para o diagnóstico da doença de Alzheimer. *DementNeuropsychol*. 2011;5 supl. 1:5-10.
11. Ferri CP; Prince M; Brayne C; Brodaty H; Fratiglioni L; Ganguli M *et al*. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005; 366:2112-17.

12. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *CienSaude Colet*. 2013; 18(10):2949-56.
13. Meek PD, McKeithan K, Schumock GT. Economic considerations in Alzheimer's disease. *Pharmacotherapy*. 1998; 18:68-73.
14. Brookmeyer R, Gray S, Kawas C. Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset. *Am J Public Health*. 1998; 88:1337-42.
15. McCallion H. Dementia Training. *Mental Health Practice*. 2009; 12(7):8.
16. Russ TC, Shenkin S, Reynish E *et al*. Dementia in acute hospital in patients: the role of the geriatrician. *Age Aging*. 2012; 41:282-4.
17. Neurological Disorders: public health challenges [World Health Organization]. Genebra; 2006.
18. Boustani M, Callahan CM, Unverzagt FW, Austrom MG, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Hendrie HC. Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care. *J Gen Intern Med*. 2005; 20:572-77.
19. Wolfson C, Wolfson DB, Ashgharian M, M'Lan CE, Stbye T, Rockwood K, Hogan DB. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *New Engl J Med*. 2001; 344:1111-16.
20. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris H, Lohr KN. Screening for dementia in the primary care: a summary of the evidence for the US preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2003; 138:927-37.
21. Erkinjuntti T, Ostbye T. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. *N Engl J. Med*. 1997; 337:1667-74.
22. Downs M, Cook A, Rae C, Collins KE. Caring for patients with dementia: the GP perspective, 2000.

23. KaduszkiewiczH, WieseB, van den BusscheH. Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: results of postal survey. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:54.
24. Jacinto AF. Alterações cognitivas em pacientes idosos atendidos em ambulatório geral de clínica médica. Tese de Doutorado. Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008.
25. Downs, M. The role of general practice and the primary care team in dementia diagnosis and management. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996;11:937-42.
26. Gifford DR, Cummings JL. Rating dementia screening tests: methodologic standards to rate their performance. *Neurology*. 1999; 52:224-7.
27. Barret JJ, Haley WE, Harrel LE, Powers RE. Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians. *Alzheimer Dis AssocDisord*. 1997; 11:99-106.
28. Valcour VG, Masaki H, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Int Med*. 2000; 160:2964-8.
29. Renshaw J, Scurfield LC, Orrel M. General practitioner's views on the early diagnosis of dementia. *British Journal of General Practice*. 2000; 51:37-8.
30. Lorentz WJ, Scanian JM. Brief screening tests for dementia. *Can J Psychiatry*. 2002; 47:723-33.
31. Finkel SI. Cognitive screening in the primary care setting: the role of physicians at the first point entry. *Geriatrics*. 2003; 58:43-4.
32. Jacinto AF, Brucki SMD, Porto CS, Martins MA, Nitrini R. Detection of cognitive impairment in the elderly by general internists in Brazil. *Clinics*. 2011; 66:1379-84
33. Keller I, Makipaa A, Kalenscher T, Kalache A. Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum, Geneva, World Health Organization, 2002. Available from:http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf.

34. Hasselbalch SG et al. Education and training of European neurologists in dementia. *European Journal of Neurology*. 2007; 14:505-9.
35. Tsolaki M, Papaliagkas G, Anogianakis G, Bernabei R, Emre M, Frolich L, Visser, PJ, Michel JP, Pirtila T, Old Rikkert M, Soininen H, Sobow T, Vellas B, Verhey F, Wimblad B and The European Alzheimer Disease Consortium. Consensus statement on dementia education and training in Europe. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 2010, 14:131-135.
36. Department of Health: Living well with dementia: A National Dementia Strategy. London; 2009.
37. Tullo ES, Gordon AL. Teaching and learning about dementia in UK medical schools: a national survey. *BMC Geriatrics*. 2013;13:29
38. Association of American Medical Colleges / John A. Hartford Foundation. Consensus Conference on Competencies in Geriatrics Education Academic Medicine. 2009;84(5):604-10.
39. Tavares DMS, Ribeiro KB, Silva CC, Montanholi LL. Ensino de gerontologia e geriatria: uma necessidade para os acadêmicos da área de saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro? *CiencCuidSaude*. 2008;7:537-45.
40. Pereira AMVB, Feliz MC, Schwanke CHA. Ensino de geriatria nas faculdades de medicina brasileiras. *GeriatrGerontol*. 2010;4:179-85.
41. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior / Ministério da Educação, Ministério da Saúde. - Brasília: MEC, MS, 2009
42. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003.

43. Turner S, Iliffe S, Downs M , Wilcock J, Bryans M, Levin E, Keady J , O'carroll R. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing* 2004; 33:461-67.
44. Wolff LE, Woods JP, Reid J. Do general practitioners differ in their attitudes to dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*.1995;10:63-9.
45. Petroianu A. Ensino da geriatria e da cirurgia geriátrica nas Faculdades de Medicina do Brasil. *An. Acad. Nac. Med.* 2001;161:69-72.
46. Ahmad S, Orrel M, Illife S et al. GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract.* 2010;60:e360-365.
47. Jacinto AF, Villas Boas PJ, Mayoral VFS, Citero VA. Knowledge and attitudes towards dementia in a sample of medical residents from a university-hospital in São Paulo, Brazil. *Dement Neuropsychol.* 2016;10:37-41.
48. Olafsdóttir M, Foldevi M, Marcusson J: Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Health Care*.2001;19:194-8.
49. Alzheimer's Disease International. Facing dementia survey:identifying critical barriers to optimal care. London: ADI, 2005. Disponível em <http://www.alz.co.uk/media/dementiasurvey.html>. Acessado em 23/07/ 201.
50. Chaves MLF, Godinho CC, Porto CS, Mansur L, Carthery-Goulart MT, Yassuda MS, Beato R. Doença de Alzheimer: Avaliação cognitiva, comportamental e funcional. *Dement Neuropsychol.* 2011;5:21-33
51. Veras, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(3):705-15.
52. George DR, Stuckey HL, Whitehead MM. An Arts-Based Intervention at a Nursing Home to Improve Medical Students' Attitudes Toward Persons With Dementia. *Acad Med.* 2013;88(6):837-42

53. Nassif ACN. Medical schools in Brazil. Disponível em <http://www.escolasmedicas.com.br/>. Acessado em 10/04/2016.
54. Jacinto AF, Oliveira EC, Citero VA. Brazilian transcultural adaptation of an instrument on physicians' knowledge and attitudes towards dementia. *Dement Neuropsychol* 2015 September; 9(3):245-250

8. ANEXOS

Anexo 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Conhecimentos e atitudes do estudante de medicina e dos médicos dos programas de residência de geriatria, neurologia, psiquiatria e clínica médica da Faculdade de Medicina de Botucatu (Universidade Júlio de Mesquita Filho) em relação aos quadros de demência em idosos		2. Número de Participantes da Pesquisa: 148	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Alessandro Ferrari Jacinto			
6. CPF: 259.906.858-40		7. Endereço (Rua, n.º): SAO CARLOS DO PINHAL 508 BELA VISTA 121 SAO PAULO SAO PAULO 01333000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (11) 8262-2970	10. Outro Telefone:	11. Email: alessandrojacinto@uol.com.br
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. Data: <u>02</u> / <u>01</u> / <u>2013</u> <u>Alessandro Ferrari Jacinto</u> Assinatura			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
Não se aplica.			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

Finalizar

Manter sigilo da íntegra do projeto de pesquisa: Sim

Prazo: 3 anos

Justificativa da Emenda:

O atual projeto terá como pesquisadora principal a mestranda do Programa de PG em Saúde Coletiva Ananda Ghelfi Raza Leite. A aluna tem conduzido a pesquisa e se reporta diretamente a seus orientadores Alessandro Ferrari Jacinto e Paulo José Fortes Villas-Bôas.

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-CNS-MS)

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “Conhecimentos e atitudes do estudante de medicina, dos residentes de geriatria, neurologia, psiquiatria e clínica médica da FMB - UNESP e dos médicos clínicos gerais da rede pública de atenção à saúde do município de Botucatu em relação aos quadros de demência em idosos” que pretende estudar o nível de conhecimento e as atitudes frente a um paciente idoso com demência dos estudantes de medicina, de médicos de especialidades que tem uma demanda maior de pacientes idosos com demência e de clínicos gerais.

O sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por ser estudante do 6º ano de medicina da FMB ou ser residente de um dos seguintes programas de residência médica: geriatria, neurologia, psiquiatria ou clínica médica.

A pesquisa consta de três questionários, sendo o primeiro com algumas questões a respeito de sua formação médica, o segundo com 14 questões de múltipla escolha sobre seus conhecimentos em demências e o terceiro com 10 itens relacionados às suas atitudes frente aos quadros de demência. Os três questionários serão respondidos de forma escrita e podem levar, aproximadamente, 30 (trinta) minutos para serem respondidos de forma escrita. Os resultados desta pesquisa serão úteis para o aprimoramento, tanto na graduação em medicina quanto nos programas de residência médica citados, dos conteúdos relacionados às alterações cognitivas em idosos.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir em sua formação. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, das informações sobre sua formação e das respostas dos questionários específicos.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pela pesquisadora por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do telefone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do pesquisador: _____

Pesquisador: Ananda GhelfiRaza Leite / Departamento de Clínica Médica - Rubião Jr, s/n /
telefone: (14)38801106 / e-mail: ananda_rzleite@outlook.com

Anexo 3

Questionário – médicos residentes do 1º ano do programa de Clínica Médica e alunos do 6º ano de Medicina (FMB/UNESP)

1. **Sexo:** 1. Masculino 2. Feminino

2. **Idade:** _____

3. **Graduação (se médico residente):**

• Nome da faculdade: _____

• Cidade e estado: _____

• Ano de formatura: _____

- **Você acha que teve uma boa base sobre alterações cognitivas (demências) em idosos durante a sua graduação em medicina?**

(1) sim, tive (2) não tive (3) não me lembro de ter tido

- **Se sim, a base em alterações cognitivas foi:**

(1) apenas teórica (2) apenas prática (3) teórico e pratica

- **Você já fez alguma vez na vida curso extracurricular durante a graduação (atualizações, etc) sobre alteração cognitiva em idosos?**

(1) Não

(2) Sim:

Qual curso? _____

Local? _____

Em que ano? _____

Questionário – médicos residentes do 2º ano do programa de Clínica Médica(FMB/UNESP)

1. **Sexo:** 1. Masculino 2. Feminino

2. **Idade:** _____

3. **Graduação:**

• Nome da faculdade: _____

• Cidade e estado: _____

• Ano de formatura: _____

4. **Sobre a residência:**

- **Você acha que teve uma boa base sobre alterações cognitivas (demências) em idosos durante a sua residência de Clínica Médica?**

(1) sim, tive (2) não tive (3) não me lembro de ter tido

- **Se sim, a base em alterações cognitivas foi:**

(1) apenas teórica (2) apenas prática (3) teórico e pratica

- **Você já fez alguma vez na vida curso extra-curricular durante a residência (atualizações, etc) sobre alteração cognitiva em idosos?**

(1) Não

(2) Sim:

Qual curso? _____

Local? _____

Em que ano? _____

Questionário – médicos residentes do 1º ano do programa de Geriatria e Neurologia (FMB/UNESP)

1. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

2. Idade: _____

3. Graduação:

• Nome da faculdade: _____

• Cidade e estado: _____

• Ano de formatura: _____

4. Local no qual fez a residência de Clínica Médica: _____

- **Mês e ano de conclusão da residência de Clínica Médica:** _____

- **Você acha que teve uma boa base sobre alterações cognitivas (demências) em idosos durante a sua residência de Clínica Médica?**

(1) sim, tive (2) não tive (3) não me lembro de ter tido

- **Se sim, a base em alterações cognitivas foi:**

(1) apenas teórica (2) apenas prática (3) teórico e pratica

- **Você já fez alguma vez na vida curso extra-curricular durante a residência (atualizações, etc) sobre alteração cognitiva em idosos?**

(1) Não

(2) Sim:

Qual curso? _____

Local? _____

Em que ano? _____

Questionário – médicos residentes do 2º ano do programa de Geriatria e de Neurologia (FMB/UNESP)

1. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

2. Idade: _____

3. Graduação:

- Nome da faculdade: _____
- Cidade e estado: _____
- Ano de formatura: _____

- **Você acha que teve uma boa base sobre alterações cognitivas (demências) em idosos durante a sua residência de Geriatria/Neurologia?**

(1) sim, tive (2) não tive (3) não me lembro de ter tido

- **Se sim, a base em alterações cognitivas foi:**

(1) apenas teórica (2) apenas prática (3) teórico e pratica

- **Você já fez alguma vez na vida curso extra-curricular durante a residência (atualizações, etc) sobre alteração cognitiva em idosos?**

(1) Não

(2) Sim:

Qual curso? _____

Local? _____

Em que ano? _____

Questionário – médicos residentes do 1º ano do programa de Psiquiatria

1. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

2. Idade: _____

3. Graduação:

- Nome da faculdade: _____
- Cidade e estado: _____
- Ano de formatura: _____

- **Você acha que teve uma boa base sobre alterações cognitivas (demências) em idosos durante a graduação em medicina?**

(1)sim, tive (2) não tive (3) não me lembro de ter tido

- **Se sim, a base em alterações cognitivas foi:**

(1) apenas teórica (2) apenas prática (3) teórico e pratica

- **Você já fez alguma vez na vida curso extra-curricular durante a graduação (atualizações, etc) sobre alteração cognitiva em idosos?**

(1) Não

(2) Sim:

Qual curso? _____

Local? _____

Em que ano? _____

**Questionário – médicos residentes do 3º ano do programa de Psiquiatria
(FMB/UNESP)**

1. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

2. Idade: _____

3. Graduação:

- Nome da faculdade: _____
- Cidade e estado: _____
- Ano de formatura: _____

- **Você acha que teve uma boa base sobre alterações cognitivas (demências) em idosos durante a sua residência de Psiquiatria?**

(1) sim, tive (2) não tive (3) não me lembro de ter tido

- **Se sim, a base em alterações cognitivas foi:**

(1) apenas teórica (2) apenas prática (3) teórico e pratica

- **Você já fez alguma vez na vida curso extra-curricular durante a graduação (atualizações, etc) sobre alteração cognitiva em idosos?**

(1) Não

(2) Sim:

Qual curso? _____

Local? _____

Em que ano? _____

Anexo 4

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS

1. **Um clínico geral com uma lista de 1000 pessoas com 60 anos ou mais deve esperar ter o seguinte número aproximado de pessoas com demência nesta lista:**
 - A. 10
 - B. 200
 - C. 500
 - D. 70
 - E. Não sei
2. **A partir dos 65 anos de idade, a prevalência de demências:**
 - A. Dobra a cada 5 anos
 - B. Dobra a cada 10 anos
 - C. Dobra a cada 15 anos
 - D. Dobra a cada 20 anos
 - E. Não sei
3. **Um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer é:**
 - A. Endurecimento das artérias
 - B. Idade
 - C. Deficiências nutricionais
 - D. Exposição ao alumínio
 - E. Não sei
4. **Todas as seguintes são etiologias potencialmente tratáveis de demência, exceto:**
 - A. Hipotireoidismo
 - B. Hidrocefalia de pressão normal
 - C. Doença de Creutzfeldt-Jakob
 - D. Deficiência de vitamina B12
 - E. Não sei
5. **Um paciente com suspeita de demência deve ser avaliado assim que possível, pois:**
 - A. O tratamento imediato contra a demência pode impedir o agravamento dos sintomas
 - B. O tratamento imediato contra a demência pode reverter os sintomas
 - C. É importante descartar e tratar distúrbios reversíveis
 - D. É melhor institucionalizar um paciente com demência já no início da doença
 - E. Não sei
6. **Qual dos procedimentos seguintes é necessário para confirmar definitivamente que os sintomas são causados pela demência?**
 - A. Mini Exame de Estado Mental
 - B. Exame *post mortem*
 - C. Tomografia do cérebro
 - D. Exame de sangue
 - E. Não sei
7. **Qual das alternativas não é necessária na avaliação inicial de um paciente com suspeita de demência?**
 - A. Exame de função da tireóide
 - B. Eletrólitos séricos
 - C. Níveis de vitamina B e ácido fólico
 - D. Eletroforese de proteínas
 - E. Não sei

8. **Qual das alternativas pode se assemelhar à demência?**
- A. Depressão
 - B. Estado confusional agudo
 - C. Derrame cerebral
 - D. Todas os anteriores
 - E. Não sei
9. **Quando um paciente apresenta um súbito início de confusão, desorientação e incapacidade de manter a atenção, esse quadro é mais compatível com o diagnóstico de:**
- A. Doença de Alzheimer
 - B. Estado confusional agudo
 - C. Depressão maior
 - D. Demência vascular
 - E. Não sei
10. **Qual das seguintes opções está quase sempre presente na demência?**
- A. Perda de memória
 - B. Perda de memória e incontinência
 - C. Perda de memória, incontinência e alucinações
 - D. Nenhuma das anteriores
 - E. Não sei
11. **Qual dos seguintes achados clínicos melhor diferencia a demência vascular da demência da doença de Alzheimer?**
- A. Problemas para encontrar palavras
 - B. Perda de memória visual imediata (2 minutos)
 - C. Desenvolvimento da doença em escada (patamares com estabilização, intercalados com declínio súbito)
 - D. Presença de depressão
 - E. Não sei
12. **O efeito dos medicamentos anti demência atua em:**
- A. Interromper temporariamente a doença em todos os casos
 - B. Interromper temporariamente a doença em alguns casos
 - C. Interromper temporariamente a doença em alguns casos, mas freqüentemente causa danos ao fígado
 - D. Interromper definitivamente a doença em alguns casos
 - E. Não sei
13. **Qual afirmação é verdadeira sobre o tratamento de pacientes com demência que estão deprimidos?**
- A. Geralmente é inútil tratá-los para a depressão, pois os sentimentos de tristeza e inadequação são parte da doença
 - B. Tratamentos contra a depressão podem ser eficazes no alívio dos sintomas depressivos
 - C. Medicamentos antidepressivos não devem ser prescritos
 - D. A medicação correta pode aliviar os sintomas da depressão e prevenir um futuro declínio intelectual
 - E. Não sei

- 14. A ABRAZ é a associação brasileira que fornece informações para pacientes e cuidadores com qual propósito?**
- A. Ajudar as pessoas a entenderem melhor a doença, para que possam lidar de maneira mais adequada com os sintomas e tratamentos
 - B. Atendimento médico ambulatorial gratuito
 - C. Captação de pessoas com demência para pesquisas
 - D. Todas as anteriores
 - E. Não sei

Anexo 5

QUESTIONÁRIO DE ATITUDES

Item	Concordo plenamente (1)	Concordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo (4)	Discordo plenamente (5)
1. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência					
2. As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível					
3. Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência					
4. Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial					
5. A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados					
6. Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo					
7. É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos					
8. Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante					
9. Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los					
10. A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência					

Anexo 6

Análise Estatística - ANOVA

		ANOVA				
		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1 Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência	Entre Grupos	1,154	2	,577	2,584	,079
	Nos grupos	30,589	137	,223		
	Total	31,743	139			
1 As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível	Entre Grupos	6,141	2	3,071	5,060	,008
	Nos grupos	83,144	137	,607		
	Total	89,286	139			
1 Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência	Entre Grupos	,809	2	,405	1,663	,193
	Nos grupos	33,334	137	,243		
	Total	34,143	139			
1 Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial	Entre Grupos	6,004	2	3,002	4,358	,015
	Nos grupos	93,679	136	,689		
	Total	99,683	138			
1 A demência é mais bem diagnosticada em serviços especializados	Entre Grupos	3,625	2	1,812	1,626	,200
	Nos grupos	152,661	137	1,114		
	Total	156,286	139			
1 Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo	Entre Grupos	9,930	2	4,965	4,753	,010
	Nos grupos	141,027	135	1,045		
	Total	150,957	137			
1 É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos	Entre Grupos	1,183	2	,591	1,031	,359
	Nos grupos	78,560	137	,573		
	Total	79,743	139			
1 Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante	Entre Grupos	1,562	2	,781	,783	,459
	Nos grupos	134,583	135	,997		
	Total	136,145	137			
1 Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados quando elas não querem usá-los	Entre Grupos	3,423	2	1,711	2,265	,108
	Nos grupos	103,513	137	,756		
	Total	106,936	139			
1 A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência	Entre Grupos	1,835	2	,918	1,300	,276
	Nos grupos	96,701	137	,706		
	Total	98,536	139			
SUB ESCALA EPIDEMIOLOGICA DE CONHECIMENTO	Entre Grupos	12063,562	2	6031,781	14,827	,000
	Nos grupos	56545,593	139	406,803		
	Total	68609,155	141			
SUB ESCALA DE DIAGNOSTICO (CONHECIMENTO)	Entre Grupos	9946,790	2	4973,395	25,231	,000
	Nos grupos	27398,712	139	197,113		
	Total	37345,502	141			
SUBESCALA DE MANEJO (CONHECIMENTO)	Entre Grupos	3207,897	2	1603,949	1,721	,183
	Nos grupos	129569,881	139	932,157		
	Total	132777,778	141			
Conh_t	Entre Grupos	5974,726	2	2987,363	24,750	,000
	Nos grupos	16777,502	139	120,701		
	Total	22752,228	141			

Anexo 7

Análise Estatística - TUKEY

Comparações múltiplas

Tukey HSD

Variável dependente	(I) MOMENTO DA COLETA	(J) MOMENTO DA COLETA	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
1 Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com demência	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA	,057	,095	,821	-,17	,28
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	,225	,099	,065	-,01	,46
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	-,057	,095	,821	-,28	,17
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	,168	,111	,286	-,09	,43
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	-,225	,099	,065	-,46	,01
		INICIO DA RESIDENCIA	-,168	,111	,286	-,43	,09
1 As famílias preferem ser informadas a respeito da demência de seu parente o mais rápido possível	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA	-,495*	,157	,006	-,87	-,12
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	-,121	,164	,741	-,51	,27
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	,495*	,157	,006	,12	,87
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	,374	,183	,105	-,06	,81
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	,121	,164	,741	-,27	,51
		INICIO DA RESIDENCIA	-,374	,183	,105	-,81	,06
1 Muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA	-,178	,099	,176	-,41	,06
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	-,099	,104	,609	-,34	,15
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	,178	,099	,176	-,06	,41
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	,079	,116	,773	-,20	,35
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	,099	,104	,609	-,15	,34
		INICIO DA RESIDENCIA	-,079	,116	,773	-,35	,20
1 Fornecer diagnóstico geralmente é mais útil do que prejudicial	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA	-,497*	,169	,010	-,90	-,10
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	-,153	,175	,656	-,57	,26
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	,497*	,169	,010	,10	,90
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	,344	,196	,189	-,12	,81
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	,153	,175	,656	-,26	,57
		INICIO DA RESIDENCIA	-,344	,196	,189	-,81	,12
1 A demência é mais bem diagnosticada em	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA	-,383	,213	,173	-,89	,12
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	-,158	,222	,759	-,68	,37

serviços especializados	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO		,383	,213	,173	-,12	,89
		TÉRMINO DA RESIDENCIA		,225	,248	,635	-,36	,81
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO		,158	,222	,759	-,37	,68
		INICIO DA RESIDENCIA		-,225	,248	,635	-,81	,36
1 Os pacientes com demência podem esgotar recursos com resultado pouco positivo	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA		,574*	,207	,017	,08	1,06
		TÉRMINO DA RESIDENCIA		,487	,216	,067	-,03	1,00
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO		-,574*	,207	,017	-1,06	-,08
		TÉRMINO DA RESIDENCIA		-,087	,240	,929	-,66	,48
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO		-,487	,216	,067	-1,00	,03
		INICIO DA RESIDENCIA		,087	,240	,929	-,48	,66
1 É melhor conversar com o paciente utilizando eufemismos	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA		,211	,153	,352	-,15	,57
		TÉRMINO DA RESIDENCIA		,134	,159	,677	-,24	,51
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO		-,211	,153	,352	-,57	,15
		TÉRMINO DA RESIDENCIA		-,077	,178	,902	-,50	,34
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO		-,134	,159	,677	-,51	,24
		INICIO DA RESIDENCIA		,077	,178	,902	-,34	,50
1 Tratar a demência costuma ser mais frustrante do que gratificante	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA		,108	,202	,856	-,37	,59
		TÉRMINO DA RESIDENCIA		,264	,211	,427	-,24	,76
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO		-,108	,202	,856	-,59	,37
		TÉRMINO DA RESIDENCIA		,156	,234	,783	-,40	,71
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO		-,264	,211	,427	-,76	,24
		INICIO DA RESIDENCIA		-,156	,234	,783	-,71	,40
1 Não vale a pena direcionar as famílias para serviços especializados	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA		,366	,175	,095	-,05	,78
		TÉRMINO DA RESIDENCIA		,068	,183	,928	-,37	,50
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO		-,366	,175	,095	-,78	,05

quando elas não querem usá-los		TÉRMINO DA RESIDENCIA	-,299	,204	,311	-,78	,18
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	-,068	,183	,928	-,50	,37
		INICIO DA RESIDENCIA	,299	,204	,311	-,18	,78
1 A equipe de atenção primária tem um papel muito limitado no cuidado de pessoas com demência	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA	,224	,169	,385	-,18	,62
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	-,070	,177	,917	-,49	,35
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	-,224	,169	,385	-,62	,18
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	-,294	,197	,298	-,76	,17
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	,070	,177	,917	-,35	,49
		INICIO DA RESIDENCIA	,294	,197	,298	-,17	,76
SUB ESCALA EPIDEMIOLOGIC A DE CONHECIMENTO	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA	- 14,82720*	4,04061	,001	-24,3998	-5,2546
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	- 21,31287*	4,22617	,000	-31,3250	-11,3007
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	14,82720*	4,04061	,001	5,2546	24,3998
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	-6,48567	4,73240	,359	-17,6971	4,7258
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	21,31287*	4,22617	,000	11,3007	31,3250
		INICIO DA RESIDENCIA	6,48567	4,73240	,359	-4,7258	17,6971
SUB ESCALA DE DIAGNOSTICO (CONHECIMENT O)	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA	-9,49196*	2,81263	,003	-16,1553	-2,8286
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	- 20,68567*	2,94179	,000	-27,6550	-13,7163
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	9,49196*	2,81263	,003	2,8286	16,1553
		TÉRMINO DA RESIDENCIA	- 11,19371*	3,29418	,003	-18,9979	-3,3895
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO	20,68567*	2,94179	,000	13,7163	27,6550
		INICIO DA RESIDENCIA	11,19371*	3,29418	,003	3,3895	18,9979

SUBESCALA DE MANEJO (CONHECIMENT O)	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA TÉRMINO DA RESIDENCIA	-6,65180	6,11645	,523	-21,1422	7,8386
			6,62120	6,39734	,556	-8,5346	21,7770
	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO TÉRMINO DA RESIDENCIA	6,65180	6,11645	,523	-7,8386	21,1422
			13,27300	7,16365	,156	-3,6983	30,2443
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO INICIO DA RESIDENCIA	-6,62120	6,39734	,556	-21,7770	8,5346
			-13,27300	7,16365	,156	-30,2443	3,6983
	FINAL DA GRADUAÇÃO	INICIO DA RESIDENCIA TÉRMINO DA RESIDENCIA	-	2,20096	,000	-15,6220	-5,1935
			10,40771*	2,30203	,000	-20,4671	-9,5597
Conh_t	INICIO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO TÉRMINO DA RESIDENCIA	10,40771*	2,20096	,000	5,1935	15,6220
			-4,60569	2,57778	,178	-10,7127	1,5013
	TÉRMINO DA RESIDENCIA	FINAL DA GRADUAÇÃO INICIO DA RESIDENCIA	15,01340*	2,30203	,000	9,5597	20,4671
			4,60569	2,57778	,178	-1,5013	10,7127

Teaching medical students about dementia

A brief review

Alessandro Ferrari Jacinto¹, Ananda Ghelfi Raza Leite², José Luiz de Lima Neto³,
Edison Iglesias de Oliveira Vidal¹, Paulo José Fortes Villas Bôas¹

ABSTRACT. Underdeveloped nations have the largest absolute number of the world's elderly population. Approximately 10.7% of the Brazilian population comprises aged individuals. Aging populations are associated with a higher incidence of chronic degenerative diseases such as dementia. Demented individuals place a high burden of care on healthcare systems and family members. General practitioners should be able to diagnose the most common elderly diseases such as dementia since they act as gatekeepers to specialized care. In Brazil, many medical students work as general practitioners upon graduating. The present study shows some scenarios of medical schools worldwide, including Brazilian, regarding teaching on dementia.
Key words: dementia, aged, teaching, medical schools, Brazil.

O ENSINO DE DEMÊNCIA NAS ESCOLAS MÉDICAS: UMA BREVE REVISÃO

RESUMO. Países subdesenvolvidos têm o maior número absoluto de idosos do mundo. Cerca de 10,7% da população brasileira é constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Como o envelhecimento populacional, uma maior incidência de doenças crônico-degenerativas, como a demência, é observada. Indivíduos com demência demandam múltiplos cuidados por parte dos sistemas de saúde e de suas famílias. Os clínicos gerais devem ser capazes de diagnosticar as doenças mais comuns nos idosos, incluindo as demências, já que são eles os profissionais que mais atendem esta população. No Brasil, muitos estudantes de medicina começam a trabalhar como médicos generalistas logo após a graduação em medicina. O presente estudo mostra alguns cenários de escolas médicas do mundo, incluindo algumas brasileiras, acerca do ensino de demências.

Palavras-chave: demência, idoso, ensino, escolas médicas, Brasil.

INTRODUCTION

Underdeveloped nations have the largest absolute number of the world's elderly population.¹ Approximately 10.7% of the Brazilian population comprises aged individuals.²

Aging populations are associated with a higher incidence of chronic degenerative diseases such as dementia. Dementia due to Alzheimer's disease is the most common cause of dementia.³ An estimated 35.6 million people are living with dementia worldwide. In Brazil, the figure is believed to be around one million individuals.⁴

Several lines of evidence support the notion that the phenomenon of population aging has not been accompanied by the necessary changes in several sectors of society ranging from urban architecture to the education of healthcare professionals.^{1,5,6}

Demented individuals place a high burden of care on health care systems and family members. "Neurologists, geriatricians and psychiatrists are usually recognized as specialists in the management of patients with dementia. However, it is also believed that general practitioners should be able to diag-

This study was conducted at the Departamento de Clínica Médica – Disciplina de Geriatria – Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu/Brasil.

¹Médico, Professor Assistente da Disciplina de Geriatria do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). ²Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). ³Acadêmico do 5º ano da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).

Alessandro Ferrari Jacinto, Rua Maria Isabel Nicolai Garcia, 165 – 16610-602 Botucatu SP – Brasil. E-mail: alessandrojacinto@aol.com.br

Disclosure: The authors report no conflict of interest.

Received January 24, 2014. Accepted in final form March 27, 2015.

ORIGINAL ARTICLE

Knowledge and attitudes towards dementia among final-year medical students in Brazil

ALESSANDRO FERRARI JACINTO^{1*}, VANESSA DE ALBUQUERQUE CITERO², JOSÉ LUIZ DE LIMA NETO³, PAULO JOSÉ FORTES VILLAS BOAS⁴, ADRIANA POLACHINI DO VALLE⁴, ANANDA GHELFI RAZA LEITE⁵

¹PhD, Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-Unesp), Botucatu, SP Brazil

²Associated Professor, Department of Psychiatry, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp), São Paulo, SP Brazil

³Medical Student, FMB-Unesp, Botucatu, SP Brazil

⁴PhD, Assistant Professor, Department of Internal Medicine, FMB-Unesp, Botucatu, SP Brazil

⁵Psychologist, MSc Student, Collective Health Graduate Program, FMB-Unesp, Botucatu, SP Brazil

SUMMARY

Objective: Among all countries, Brazil is expected to have the sixth largest elderly population in 2025. Dementia syndromes are prominent among aging-related diseases. Despite the necessity of and curriculum for training in geriatric medicine to make recommendations on an approach to this theme, adequate training appears to be infrequent. The present study aimed to evaluate the knowledge about dementia and students' attitude towards it during the last semester of the medical course in two of the most important Brazilian medical schools.

Method: In our study, a sample of 189 students was invited to complete questionnaires comprising demographic and professional topics, knowledge with respect to cognitive alterations in the elderly and attitudes in dealing with an elderly patient with dementia.

Results: A total of 155 students accepted to participate in the study; 92(59.7%) considered that they had good training in cognitive alterations during their undergraduate medical course, while 67 (58.8%) of them declared having had only theoretical training. Regarding knowledge, the students obtained a mean of 6.9, out of a scale from 0 to 14 points. As for attitudes, the students agreed that they can contribute to the life quality of the patient and of the caregiver, and that it is useful to provide the diagnosis to the family.

Conclusion: The findings of this study are relevant for introducing and implementing the knowledge and attitudes that would help overturn the educational barriers of physicians in relation to the care of patients with dementia.

Keywords: aged, dementia, health knowledge, attitudes and practice in health, medical students.

Study conducted at Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp), Botucatu, and Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp), São Paulo, SP Brazil

Article received: 9/17/2016

Accepted for publication: 10/19/2016

*Correspondence:

Address: Distrito de Rubião Jr, s/n Botucatu, SP - Brazil
Postal code: 13618-970
alessandrojacinto@uol.com.br

<http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.04.364>

INTRODUCTION

Aging of the population is a worldwide phenomenon.¹ Among countries in 2025, Brazil is expected to have the sixth highest number of the elderly.² Dementia syndromes are prominent among aging-related diseases, and dementia from Alzheimer's disease (AD) is the most prevalent. In the USA, in 2015, about 5.3 million persons were diagnosed with AD.³ In Brazil, projections indicate that the prevalence of dementia will rise, reaching 7.9% of the elderly aged 65 years or older by 2020.²

Early diagnosis of dementia allows the patient to have access to several treatment options, as well as appropriate

multidisciplinary care, facilitating the planning of future care.³ However, studies show that patients with dementia are not diagnosed, especially by a general practitioner.⁴⁻⁶ In Brazil, a single published study showed that cognitive decline of the elderly is infrequently detected by general practitioners.⁴ Many physicians who have recently graduated from medical school opt for working in the Brazilian Public Health System, which is responsible for attending to about 75% of the population.⁷ Despite the necessity of and curriculum for training in geriatric medicine to make recommendations on an approach to this theme, adequate training appears to occur infrequently.⁸