



**Catarina dos Santos  
Marques**

**Escala de Atitudes face à Demência – Contributos  
para a validação**





**Catarina dos Santos  
Marques**

**Escala de Atitudes face à Demência – Contributos  
para a validação**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Daniela Maria Pias Figueiredo, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Alda Sofia Pires de Dias Marques, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.



Para a minha avó Augusta.



## **o júri**

presidente

Prof. Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão  
Professora Adjunta na Universidade de Aveiro

Prof. Doutor António Manuel Godinho da Fonseca  
Professor Associado na Universidade Católica

Prof. Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo  
Professora Adjunta na Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Alda Sofia Pires de Dias Marques  
Professora Adjunta na Universidade de Aveiro





## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Jorge e Maria, porque sempre consideraram que a educação é um dos pilares da formação humana, e por isso me possibilitaram a frequência neste mestrado (entre muitas, muitas outras coisas...).

À Professora Doutora Daniela Figueiredo e à Professora Doutora Alda Marques pelo apoio, partilha de conhecimentos e competências, motivação e excelente orientação no trilhar deste caminho que foi a construção deste trabalho.

Ao Professor Pedro Sá Couto pela sua disponibilidade e ajuda no ultrapassar de algumas dificuldades de cariz mais “estatístico”.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo, nomeadamente, nas 3 fases que o constituíram.

A todos os colegas do mestrado de Gerontologia 2010-2012, por terem sido excelentes companheiros desta jornada.

Aos meus irmãos Inês e Tomé, e “respetivos”, Ricardo e Joaninha, por todos os nossos momentos de partilha e amizade, inclusive nos nossos lanches e jantares de 6ª feira, que temos de nos esforçar para manter...

Ao Diogo, que mesmo tendo dificuldades em dizer do que se trata este trabalho, esteve presente nos momentos bons e maus (impressões e formatações...) deste desafio, tal como sei que sempre estará...



## palavras-chave

demência, atitudes, cuidados centrados na pessoa, instrumento

## Resumo

**Objetivos:** A literatura preconiza a filosofia de cuidados centrados na pessoa com demência como sinónimo de qualidade na prestação de cuidados, na qual se destaca a importância das atitudes, nomeadamente, dos profissionais de saúde. Dos poucos instrumentos existentes, a *Dementia Attitudes Scale* (DAS) (O'Connor & McFadden, 2010) assume-se como um instrumento fidedigno e válido para medir atitudes em relação à demência. O objetivo deste trabalho foi contribuir para a adaptação e validação da DAS para a população portuguesa.

**Métodos:** Este estudo de tipo transversal e descritivo consistiu em 3 fases: tradução e validação cultural e linguística da DAS; estudo exploratório da validade de constructo e fiabilidade da DAS com uma amostra de 100 estudantes; e o estudo das atitudes dos enfermeiros em relação à demência, através da aplicação da DAS a uma amostra de 135 profissionais.

**Resultados:** A DAS, traduzida por EAD (Escala de Atitudes face à Demência) apresentou dois fatores, "conforto social" e "conhecimento", com elevada consistência interna (alfa de Cronbach = 0,952 e 0,890) e excelente fiabilidade teste-reteste (CCI 2,1 = 90,8% e 80,2%). O estudo das atitudes dos enfermeiros em relação à demência revelou que estas variam em função do serviço onde trabalham, tempo de experiência profissional, e conhecimentos específicos sobre a demência, adquiridos quer no âmbito da formação de base quer na formação ao longo da vida.

**Implicações:** Este estudo contribuiu para a validação de um instrumento passível de medir atitudes em relação à demência, na população portuguesa, a EAD. Destaca-se a importância da formação e educação dos profissionais de saúde, para a implementação de uma filosofia de cuidados centrados na pessoa com demência.



## keywords

dementia, attitude, person-centered care, instrument

## abstract

**Aims:** The literature advocates the philosophy of person centered care in dementia as a synonym for quality of care, highlighting the importance of the carers' attitudes. From the few existing instruments, the Dementia Attitudes Scale (DAS) (O'Connor & McFadden, 2010) is assumed as a reliable and valid instrument to measure attitudes towards dementia. The aim of this study was to contribute to the adaptation and validation of the DAS for the Portuguese population.

**Methods:** This cross-sectional and descriptive study has three phases: translation, cultural and linguistic validation of the DAS; exploratory study of the construct validity and reliability of the DAS, with a sample of 100 students; and the study of nurses' attitudes about dementia, through the application of DAS to 135 workers.

**Results:** The DAS, translated as EAD (*Escala de Atitudes face à Demência*) presented a two-factor structure, "social comfort" and "knowledge" with high internal consistency (Cronbach's alpha = 0,952 and 0,890) and excellent test-retest reliability (ICC 2,1 = 90,8% and 80,2%). The study of nurses' attitudes towards dementia showed that these differ according to the services they work, professional experience, and specific knowledge about dementia, acquired either as part of basic training or lifelong.

**Implications:** This study contributed to the validation of EAD, an instrument to measure attitudes towards dementia, in the Portuguese population. We emphasize the importance of training and educating health professionals for a broad implementation of person-centered care approaches in dementia.



# Índice

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	3
1.1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DEMÊNCIA NO MUNDO E EM PORTUGAL	3
1.2. A DEMÊNCIA: DA PERSPETIVA PATOLÓGICA À VISÃO CENTRADA NA PESSOA	3
1.3. A FILOSOFIA DOS CUIDADOS CENTRADOS DA PESSOA COM DEMÊNCIA	7
1.4. ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À PESSOA COM DEMÊNCIA	9
1.5. ESCALAS E MEDIDAS	11
<b>2. OBJETIVOS</b>	13
<b>3. METODOLOGIA</b>	13
3.1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	13
3.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	14
3.3. FASES DO ESTUDO	14
3.4. FASE 1 – TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO CULTURAL E LINGUÍSTICA DA DAS	14
3.4.1. PROCEDIMENTOS	14
3.5. FASE 2 – ESTUDO EXPLORATÓRIO DE PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA EAD – VALIDADE E FIABILIDADE	16
3.5.1. AMOSTRA	17
3.5.2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA	18
3.6. FASE 3 – ESTUDO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À DEMÊNCIA	20
3.6.1. AMOSTRA	20
3.6.2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA	22

<b>4. RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>4.1. ESTUDO EXPLORATÓRIO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA EAD - FASE 2</b>	<b>23</b>
<b>4.2. ESTUDO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À DEMÊNCIA – FASE 3</b>	<b>26</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>31</b>
<b>6. CONCLUSÕES</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>39</b>

## **ANEXOS**

Anexo 1 – Dementia Attitudes Scale (O’Connor & McFadden, 2010)

Anexo 2 – Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Leiria - Pombal, EPE para aplicação da EAD

## **APÊNDICES**

Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Apêndice 2 – Considerações da tradução e validação cultural e linguística da DAS

Apêndice 3 – Escala de atitudes face à demência

Apêndice 4 – Escala de Atitudes face à Demência - Caracterização Sociodemográfica



## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA NA FASE 3 – ESTUDO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À DEMÊNCIA	21
TABELA 2 – ESTUDO DA VALIDADE DA EAD	24
TABELA 3 – ESTUDO DA FIABILIDADE DA EAD	25
TABELA 4 – ANÁLISE FATORIAL DA APLICAÇÃO DA EAD A PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	27
TABELA 5 – ESTUDO DE FIABILIDADE DA APLICAÇÃO DA EAD A PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	28
TABELA 6 - ESTUDO DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO À DEMÊNCIA (ESTATÍSTICA DESCRITIVA)	28
TABELA 7 – RELAÇÃO ENTRE AS ATITUDES DOS ENFERMEIROS E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	30

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - GRÁFICO DE BLAND E ALTMAN (1986) PARA O FATOR “CONFORTO SOCIAL”.	25
FIGURA 2 - GRÁFICO DE BLAND E ALTMAN (1986) PARA O FATOR “CONHECIMENTO”.	25

## ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CCI – coeficiente de correlação intraclasse

CCP – cuidado centrado na pessoa

EAD – Escala de Atitudes face à Demência

EUA – Estados Unidos da América

DA – doença de Alzheimer

DAS – *Dementia Attitudes Scale*

DAOD – doença de Alzheimer e outras demências

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*

PAF – *principal axis factoring*

SCPD – sintomas comportamentais e psicológicos da demência

## INTRODUÇÃO

A demência é uma síndrome que se caracteriza pela perda progressiva das capacidades intelectuais. Afeta a memória e outras funções cognitivas como o pensamento, a orientação, a compreensão e a linguagem. Também podem surgir alterações de comportamento e da comunicação e problemas motores que, em conjunto, podem diminuir a capacidade de realizar as atividades de vida diária (Cruz, Barbosa, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011). Em 2009, existiam 36 milhões de pessoas com demência em todo o mundo (Alzheimer's Disease International, 2011), das quais 153 mil eram portuguesas e dessas, 90 mil eram portadoras de doença de Alzheimer (Alzheimer Portugal, 2009).

As características e implicações desta condição, a par com os dados epidemiológicos que sugerem o aumento exponencial do número pessoas com demência, nos próximos anos (Alzheimer Portugal, 2009), constituem um desafio para o desenvolvimento de modelos de cuidados que promovam a qualidade de vida destas pessoas. A literatura tem preconizado a filosofia de cuidados centrados na pessoa com demência como sinónimo de qualidade na prestação de cuidados (Edvardsson, Fetherstonhaugh & Nay, 2010), na qual se destaca a abordagem formulada por Tom Kitwood (1997). Nesta abordagem, as atitudes dos profissionais e o modo como interagem com a pessoa com demência é crucial ao seu bem-estar.

Todavia, os estudos acerca das atitudes sobre a demência são ainda escassos, sobretudo aqueles que perspetivam as atitudes dos profissionais de saúde. Para além disso, existem poucos instrumentos válidos e fidedignos que permitam medir as atitudes em relação à demência, em amostras diversificadas.

A *Dementia Attitudes Scale* (DAS) (O'Connor & McFadden, 2010) é um instrumento de avaliação de atitudes face à demência, e baseia-se no modelo tripartido das atitudes, considerando as suas componentes cognitiva, emocional e comportamental. É pois um desafio, a possibilidade de disponibilizar, na versão portuguesa, um instrumento fidedigno e válido que permita compreender as atitudes do ser humano, independentemente do seu contexto pessoal ou profissional, em relação à demência.

Este estudo teve como objetivo geral contribuir para a adaptação cultural e validação da DAS (O'Connor & McFadden, 2010). Especificamente explorou-se a validade de constructo e a fiabilidade teste-reteste do instrumento e analisaram-se as atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à demência.

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes fundamentais: na primeira parte, apresenta-se um breve enquadramento teórico sobre a síndrome demencial, destacando-se a abordagem de cuidados centrados na pessoa preconizada por Tom Kitwood e a importância das atitudes dos profissionais de saúde nessa abordagem. A segunda parte centra-se no estudo empírico, salientando a metodologia e as três fases que este estudo envolveu, os resultados obtidos e a sua discussão. Termina-se o presente trabalho com uma síntese conclusiva, onde se destacam as perspetivas futuras.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1. Dados epidemiológicos da demência no mundo e em Portugal**

Em 2009, estimou-se em 36 milhões o número mundial de pessoas com demência, valor que se prevê duplicar para 66 milhões em 2030 e para 115 milhões em 2050 (Alzheimer's Disease International, 2011). O *World Alzheimer Report 2010* evidenciou que nos Estados Unidos da América (EUA), em 2010, os custos económicos associados às condições demenciais ascenderam aos 604.000 milhões dólares, representando mais de 1% do produto interno bruto global mundial, o que significa que, se a demência fosse um país, seria uma das 18 maiores economias do mundo (Alzheimer's Disease International, 2011).

Segundo o Projeto EUROCODE (*European Collaboration on Dementia*) (cf. Alzheimer Portugal, 2009), os números da prevalência da demência na Europa também são significativos, estimando-se a existência de mais de 7,3 milhões de pessoas com esta síndrome, e prevendo-se a sua duplicação nos próximos 30 anos. Isto significa que, em 2040, existirão 14 milhões de europeus com demência.

Os mais recentes dados epidemiológicos apontam para a existência de 153 mil pessoas com demência em Portugal, das quais 90 mil têm doença de Alzheimer (DA), o tipo de demência mais prevalente. Isto significa que cerca de 1% do total da população portuguesa sofre desta síndrome (Alzheimer Portugal, 2009).

### **1.2. A demência: da perspetiva patológica à visão centrada na pessoa**

A demência pode definir-se como uma síndrome que se caracteriza pela perda progressiva das capacidades intelectuais. Afeta a memória e outras funções cognitivas como o pensamento, a orientação, a compreensão e a linguagem. Também podem surgir alterações de comportamento, dificuldades de comunicação e problemas motores que, em conjunto, podem diminuir a capacidade de realizar as atividades de vida diária (Cruz *et al.*, 2011).

Assim, a demência pode caracterizar-se como um déficit que ocorre no funcionamento cognitivo, limitando progressivamente as atividades socio-familiares e profissionais do indivíduo. A evolução dá-se inevitavelmente no sentido do agravamento das perturbações cognitivas, do desenvolvimento de sintomas psicocomportamentais e neurológicos e na perda de autonomia (Touchon & Portet, 2006).

Segundo os critérios de diagnóstico da DSM-IV (APA, 1996) a demência caracteriza-se pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, manifestados pela diminuição da memória (aprender nova informação ou recordar informação previamente aprendida) e uma ou mais das seguintes perturbações: afasia (perturbação da linguagem); apraxia (perturbação da capacidade para desempenhar atividades motoras, apesar da função motora se manter intacta); agnosia (perturbação na capacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar da função sensorial se manter intacta); perturbação da capacidade de execução (planeamento, organização, sequenciamento e abstração). Estes défices podem causar alterações significativas no funcionamento social ou ocupacional e não se manifestam exclusivamente durante a evolução de um estado de confusão mental.

Na grande maioria dos casos de demência, o quadro clínico tem um perfil progressivo crónico, tratando-se de um processo insidioso, lento e com duração superior a um ano (Santana, 2005). Kawas e Katzman (1999, citados por APA, 2007) afirmam que esta síndrome afeta aproximadamente 5 a 8% de indivíduos com menos de 65 anos de idade, 15 a 20% de indivíduos até aos 75 anos, e 25 a 50% de indivíduos acima dos 85 anos.

Os vários tipos de demência podem agrupar-se de acordo com a sua reversibilidade e prevenção (Santana, 2005). No âmbito das demências reversíveis destacam-se aquelas que são causadas por: doenças endócrinas (glândulas tiroide, paratiroide e suprarrenal), défices vitamínicos (vitamina B12, ácido fólico), doenças infecciosas (neurossífilis, doença de Creutzfeldt-Jakob), intoxicações (metais pesados e alcoolismo crónico), hidrocefalia de pressão normal e hematoma subdural crónico (complicação pós-traumática) (Santana, 2005).

As demências não reversíveis podem organizar-se de acordo com a sua prevenção. As demências preveníveis incluem a demência vascular, a demência pós-traumática e a demência associada à infecção por vírus da imunodeficiência humana. Destaca-se a demência vascular como a segunda forma de demência mais prevalente, representando cerca de 20-30% dos casos de demência, que se manifesta em pessoas com antecedentes de aterosclerose, e com história de acidente vascular cerebral, e que apresentam sinais neurológicos focais ou enfartes nos exames imagiológicos que dependem do local da lesão no cérebro (Santana, 2005).

Do conjunto das demências não preveníveis ou degenerativas, destacam-se a doença de Alzheimer (DA), a demência frontotemporal, a demência de corpos de Lewy e as doenças extrapiramidais com demência (Santana, 2005). A DA representa a principal causa de demência, sendo responsável por mais de 50% dos casos de demência em adultos (Santana, 2005).

Em 1996, a Associação Internacional de Psicogeriatria sugeriu a expressão “sintomas psicológicos e comportamentais da demência” (no original, *behavioral and psychological symptoms of dementia* – BPSD) para se referir às alterações psiquiátricas associadas à demência, incluindo: as alterações na percepção sensorial, no conteúdo de pensamento, no humor ou no comportamento que ocorrem frequentemente em pessoas que sofrem desta síndrome (Tamai, 2002). Os sintomas psicológicos e comportamentais, também apelidados de sintomas não cognitivos, neuropsiquiátricos ou comportamentos desafiantes, incluem: agitação, gritos, agressão verbal ou física, ansiedade, depressão, alucinações, insónias, discurso repetitivo e/ou ofensivo, deambulação, perseguição (Lawlor, 2002).

Apesar da definição da síndrome demencial não incluir os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), o estudo de Lyketsos e outros (2000) sugere que a maioria das pessoas com demência experienciam alguns SCPD em alguma fase da doença, e cerca de 30% da amostra do seu estudo manifestou SCPD em níveis clinicamente significativos.

Cohen-Mansfield (2000, citado por Douglas, James & Ballard, 2004) distingue três funções principais que justificam a ocorrência dos SCPD em

peças com demência: responder a uma necessidade (por exemplo, deambular para dar resposta à falta de estimulação); comunicar uma necessidade (por exemplo, fazer perguntas repetitivas); e comunicar a inadequação da resposta a uma necessidade (por exemplo, comportamento agressivo desencadeado por dor ou desconforto).

A ocorrência dos SCPD é frequentemente a principal causa de institucionalização das pessoas com demência (Lawlor, 2002). O desenvolvimento destes sintomas é também associado a um pior prognóstico e a uma mais rápida progressão da doença (Paulsen *et al.*, 2000), aumentando significativamente os custos diretos e indiretos do cuidado a estas pessoas (Lawlor, 2002). Neste sentido, a deteção precoce dos SCPD revela-se essencial para prevenir a exaustão do cuidador informal e evitar a destruição do sistema de suporte da pessoa com demência (Lawlor, 2002).

Atualmente, perspetivam-se diferentes tipos de abordagem para a prevenção e ou atenuação destes comportamentos. Marques e Figueiredo (2012) salientam que as intervenções farmacológicas têm demonstrado alguma eficácia mas não apresentam efetividade em todos os tipos de demência, e a sua eficácia e segurança para o tratamento dos SCPD têm vindo a ser questionadas (Ballard *et al.*, 2009).

A abordagem não farmacológica aos SCPD deve ser preferencial às medidas farmacológicas (BPAC - Best Practice Advocacy Centre, 2008), uma vez que, é eficaz em todos os estádios da demência (Kverno, Black, Nolan & Rabins, 2009) e pode retardar a institucionalização (Spijker *et al.*, 2009). No entanto, deve ser adaptada a cada indivíduo e, o seu impacto deve ser cuidadosamente monitorizado (BPAC, 2008).

Grand, Caspar e MacDonald (2011) revelam que muitas das intervenções não farmacológicas para gerir e tratar com os SCPD são sustentadas pela filosofia dos cuidados centrados na pessoa. O estudo de Fossey e outros (2006) sugere que cuidados baseados nesta filosofia podem reduzir a utilização de fármacos neurolépticos (por um período de pelos menos um ano) sem agravamento dos SCPD, e por isso estes cuidados devem ser alvo de atenção e estudo mais pormenorizado.



### 1.3.A filosofia dos cuidados centrados da pessoa com demência

O aumento da prevalência da demência justifica a necessidade de desenvolver os modelos de cuidados que promovem a qualidade de vida das pessoas que sofrem desta condição (Edvardsson, Fetherstonhaugh, Nay & Gibson, 2010).

A literatura tem preconizado a filosofia de cuidados centrados na pessoa (CCP) com demência como sinónimo de qualidade na prestação de cuidados (Edvardsson, Fetherstonhaugh & Nay, 2010a). Segundo Edvardsson e outros (2010a) esta abordagem teve origem na psicoterapia preconizada por Carl Rogers (1961), sendo sido, posteriormente, contextualizada nos cuidados em demência por Tom Kitwood (1997).

O princípio subjacente à filosofia de CCP consiste em preservar a qualidade de vida da pessoa com demência, com enfoque nas suas características físicas, estado emocional, e necessidades sociais e espirituais (Kitwood, 2000 e Fossey, 2008, citados por Stockwell-Smith, Jones & Moyle, 2011). Kitwood (1997) foi o primeiro autor a utilizar o termo individualidade (em inglês, “*personhood*”) em relação à pessoa com demência definindo-a como “(...) *the standing or status that is bestowed upon one human being, by others, in the context of relationship and social being. It implies recognition, respect and trust*” (Kitwood, 1997, p.8). Neste sentido, a abordagem do CCP preconiza a manutenção da individualidade da pessoa com demência, mesmo perante o declínio das suas capacidades cognitivas, garantindo a promoção do seu bem-estar (Brooker, 2007).

Kitwood propõe um modelo de entendimento da condição demencial, o “*Enriched Model of Dementia*” (Modelo Valorizado da Demência), no qual desafia as limitações do paradigma dominante da década de 80, que perspetivava a demência apenas como o resultado de perdas neurológicas (Brooker, 2007). O modelo reconhece a multiplicidade de fatores que afetam a experiência pessoal da demência, incluindo as perdas neurológicas, a saúde física, a história de vida, a personalidade e o meio social. Neste sentido, a abordagem centrada na pessoa perspetiva a demência como uma condição que deve ser entendida, sob o ponto

de vista biológico, psicológico e social, reconhecendo que todas estas dimensões se relacionam e têm impacto na vivência da pessoa com demência. A este conjunto de dimensões acrescenta-se a importância da forma como se interage com a pessoa com demência, ou seja, as atitudes dos profissionais de saúde e dos restantes cuidadores nessa vivência.

Segundo Kitwood, a individualidade da pessoa com demência é ameaçada quando se ignoram os seus direitos e necessidades, se desvalorizam as suas emoções e sentimentos negativos e se priva a pessoa do contato e relacionamento com os outros (Brooker, 2007). Kitwood (1997) observou esta “despersonalização” em vários contextos de cuidados a pessoas com demência, designando este tipo de atitudes por “Psicologia Social Maligna” (*Malignant Social Psychology*). A “Psicologia Social Maligna” designa um conjunto de episódios ou situações em que a pessoa com demência é intimidada, ultrapassada, ignorada, infantilizada, rotulada, menosprezada, culpada, manipulada, invalidada, incapacitada, estigmatizada, ridicularizada.

Segundo Kitwood (1997) muitos profissionais de saúde tendem a agir desta forma, e a razão dessas atitudes está enraizada nos valores sociais dominantes. Na sociedade contemporânea, onde os ideais de juventude e de intelectualidade são valorizados, a pessoa com demência é na maioria das vezes ignorada e, em piores cenários, discriminada. Esta é, em geral, a resposta da sociedade à demência e tem-se tornado também a resposta dos profissionais de saúde que cuidam destas pessoas. Atitudes de “psicologia social maligna” destroem o sentido de individualidade e bem-estar da pessoa com demência. Kitwood (1997) afirma que o aumento do isolamento que resulta destas atitudes pode, por si só, levar à perda e diminuição de capacidades ou, no limite, à perda de individualidade e à crença generalizada de que estas pessoas são “menos humanas”. Neste contexto, o estudo de Stockwell-Smith, Jones e Moyle (2011) sobre as percepções dos cuidadores formais em relação aos cuidados centrados na pessoa com demência, revela que estes cuidadores valorizam as interações com a pessoa com demência, mas não dominam o CCP como um termo familiar ou como uma filosofia de cuidados a seguir e, acabam por utilizar a terminologia associada à “psicologia social maligna” nas descrições dos cuidados que prestam.

Depois do trabalho de Kitwood, surgiram novos desenvolvimentos em torno do conceito e fundamentos da abordagem de cuidados centrados na pessoa. Contudo não há ainda uma definição consensual, o que pode comprometer a compreensão dos princípios, práticas e benefícios desta abordagem para as pessoas com demência e para quem cuida (Epp, 2003).

O conceito de CCP assume um valor significativo enquanto filosofia humanística que pode servir de base para a criação de uma estratégia de prestação de cuidados em contexto clínico. Não há evidências de que esta abordagem aos cuidados possa ser prejudicial, sendo por isso passível de incorporação nas práticas de cuidados uma vez que mostram respeito, humanidade, valores éticos e poucos riscos (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008).

#### **1.4. Atitudes dos profissionais de saúde em relação à pessoa com demência**

Segundo Eagly e Chaiken (2007) a atitude é uma construção hipotética referente à “tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica”. Definir atitude como uma “construção hipotética” significa que a mesma não é diretamente observável, mas antes uma inferência dos processos psicológicos internos da pessoa, a partir da observação de comportamentos verbais ou outros. Por “tendência psicológica” entende-se um estado interior marcado por alguma estabilidade temporal e, por isso, diferente dos traços de personalidade (mais estáveis) ou dos estados emocionais (mais passageiros).

Lima (2004) afirma que as atitudes se expressam sempre por respostas avaliativas, e que estas respostas se podem manifestar de forma cognitiva, emocional e comportamental. As respostas cognitivas referem-se aos pensamentos, ideias, opiniões e crenças que ligam o objeto da atitude aos seus atributos ou consequências e que exprimem uma avaliação mais ou menos favorável. As respostas emocionais referem-se às emoções e sentimentos provocados pelo objeto da atitude. As respostas comportamentais reportam-se

aos comportamentos ou intenções comportamentais que as atitudes podem manifestar.

Durante os últimos 50 anos, assistiu-se a um interesse crescente da investigação gerontológica pelas atitudes em relação ao envelhecimento, tendo sido realizados vários estudos que evidenciam a existência de estereótipos sociais associados à pessoa idosa, à velhice e ao envelhecimento (O'Connor & McFadden, 2010). Todavia, os estudos acerca das atitudes sobre a demência são ainda escassos, sobretudo aqueles que se centram nas atitudes dos profissionais de saúde, mas os que existem evidenciam o significado do papel das atitudes dos profissionais de saúde no contexto dos cuidados à pessoa com demência. Por exemplo, Scholl e Sabat (2008) salientam o impacto que os estereótipos dos profissionais de saúde podem exercer no bem-estar das pessoas com demência. Connell, Kole, Avey, Benedict e Gilman (1996) verificaram que os preconceitos dos profissionais de saúde em relação ao envelhecimento e à demência diminuem a probabilidade de partilha de informação sobre a doença com os doentes e familiares, bem como a possibilidade de referência para serviços e recursos disponíveis na comunidade.

Turner e outros (2004) verificaram que os médicos de medicina geral e familiar com menos conhecimentos específicos sobre a demência têm atitudes mais pessimistas em relação aos cuidados e mais dificuldades de comunicação aberta com o paciente e família.

Zimmerman e outros (2005) observaram que os profissionais que se percebem como mais conhecedores e competentes para cuidar de pessoas com demência são os que tendem a seguir uma filosofia de cuidados centrados na pessoa e a sentir maior satisfação laboral.

O estudo de Nakahira, Moyle, Creedy e Hitomi (2008) sugere que a idade, experiência profissional e nível educacional dos cuidadores formais influencia as suas atitudes, ou seja, os profissionais mais velhos, com mais experiência clínica e com mais escolaridade demonstram atitudes mais positivas em relação às pessoas com demência que têm comportamentos agressivos. O estudo evidenciou ainda que o uso de restrições físicas e farmacológicas nestas pessoas

é mais elevado nos profissionais que revelam atitudes negativas em relação a esta síndrome.

Sintetizando, as atitudes dos profissionais de saúde em relação à pessoa com demência assumem fulcral relevo no processo de cuidados destas pessoas, evidenciando a importância de estudos mais sistematizados sobre as suas atitudes e dos fatores a elas associados. Lima (2004) refere que a forma mais direta de aceder a estes conteúdos cognitivos é através da autodescrição do posicionamento individual, ou seja, através de uma escala de atitudes. Assim, torna-se imprescindível a criação de instrumentos válidos e fidedignos para medir as atitudes em relação à demência, em amostras diversificadas (O'Connor & McFadden, 2010).

### **1.5. Escalas e medidas**

No decorrer da sua pesquisa, O'Connor e McFadden (2010) detetaram que as escalas existentes para medir as atitudes face à demência (em particular, à DA) foram construídas com itens específicos para esses estudos, mas não estavam validadas para amostras diversificadas. Por exemplo, Norbergh, Helin, Dahl, Hellzén e Asplund (2008) mediram as atitudes dos enfermeiros em relação à demência, através da técnica de diferenciação semântica, mas apenas com foco na dimensão emocional e dos afetos. Lundquist e Ready (2008) construíram uma escala de tipo Likert para conhecer as atitudes em relação à demência com base no contacto de jovens adultos com estas pessoas, e apontam como maiores limitações a não inclusão da componente cognitiva das atitudes no seu instrumento e o uso de uma amostra demasiado homogénea. Lintern, Woods e Phair (2000) criaram uma escala de 19 itens, de tipo Likert, designada *Approaches to Dementia Questionnaire* para avaliar abordagens centradas na pessoa, contudo este instrumento carecia de uma análise de construto.

A *Dementia Attitudes Scale* (DAS) (O'Connor & McFadden, 2010) é um instrumento de avaliação das atitudes face à demência (ANEXO 1). Baseia-se no modelo tripartido das atitudes, considerando as suas componentes cognitiva, emocional e comportamental. O processo de construção da DAS implicou a

combinação de estudos de natureza qualitativa e quantitativa. Assim, numa primeira fase, foram conduzidas 15 entrevistas em profundidade com uma amostra de 5 cuidadores familiares, 5 profissionais de saúde no âmbito da demência e 5 estudantes universitários, com o objetivo de compreender as três componentes das atitudes em relação à demência. As categorias resultantes da análise de conteúdo levaram à construção de uma escala de 46 itens, que, após análise fatorial exploratória com duas amostras diferentes (302 estudantes universitários e 145 estudantes de enfermagem), foi reduzida para 20 itens. A análise fatorial confirmatória foi conduzida com uma segunda amostra de estudantes universitários (n=157).

A escala final apresenta uma estrutura de dois fatores: “conhecimento sobre a demência” e “conforto social”. Os itens da DAS refletem as componentes emocional, comportamental e cognitiva de uma atitude. O valor de alfa de Cronbach varia entre 0,83 e 0,85. O estudo da validade convergente também revelou resultados satisfatórios (O’Connor & McFadden, 2010).

A DAS é então constituída por 20 itens/afirmações onde, para cada um, o respondente terá de assinalar numa escala de tipo Likert se: 1 - discorda fortemente; 2 – discorda; 3 – discorda ligeiramente; 4 – não concorda nem discorda; 5 – concorda ligeiramente; 6 - concorda; 7 - concorda fortemente. A pontuação total da DAS pode variar entre 20 e 140, em que pontuações mais elevadas significam atitudes mais positivas em relação à DA e outras demências. Este instrumento possui ainda duas questões no final, a primeira de resposta fechada, do tipo dicotómica (“Já alguma vez conheceu, cuidou e/ou trabalhou com alguém que tem doença de Alzheimer ou outra demência?”), e a segunda questão aberta, na qual o participante é livre de responder (“Se sim, por favor descreva: Há quanto tempo conhece, ou conheceu, a pessoa ou as pessoas com doença de Alzheimer ou outra demência? Qual foi/é a vossa proximidade?”)

## **2. OBJETIVOS**

Este trabalho teve como objetivo geral contribuir para a adaptação e validação da DAS para a população portuguesa. Especificamente, este estudo teve como objetivos: proceder à tradução e validação cultural e linguística da DAS; analisar algumas características psicométricas de fiabilidade e validade; e analisar as atitudes dos profissionais de enfermagem em relação às pessoas com DA e outras demências.

O contributo deste estudo centra-se na possibilidade de disponibilizar, na versão portuguesa, um instrumento fidedigno e válido que permita compreender as atitudes do ser humano, independentemente do seu contexto pessoal ou profissional, em relação à demência. Este estudo pode também ter importantes implicações para o desenvolvimento de intervenções junto de profissionais no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com demência e, conseqüentemente, o seu bem-estar e qualidade de vida.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1. Desenho de investigação**

Este estudo assumiu um desenho observacional, uma vez que a investigação se realizou sem manipular deliberadamente as variáveis, observaram-se os fenómenos tal como se produzem no seu contexto natural, para depois serem analisados (Fortin, 2009). Foi transversal, porque mediu a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população, num dado momento (Fortin, 2009). Este estudo procurou identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população, e por isso foi um estudo descritivo (Fortin, 2009). O método de análise dos dados foi quantitativo, pois colocou a tónica da investigação na explicação através da medida dos fenómenos e a análise dos dados numéricos (Fortin, 2009).

### **3.2. Considerações éticas**

Ao longo de todo o estudo foram assegurados os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, nomeadamente, o respeito pelo consentimento livre e esclarecido e o respeito pela vida privada, confidencialidade e anonimato das informações pessoais (Fortin, 2009). Previamente à recolha de dados, todos os potenciais participantes foram devidamente esclarecidos acerca do estudo, informados que poderiam abandonar o mesmo, em qualquer momento, sem implicação de qualquer prejuízo. Aos que aceitaram participar, foi-lhes solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1). A realização deste estudo obteve também a aprovação do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Leiria – Pombal, EPE no dia 23 de Fevereiro de 2012 (ANEXO 2).

### **3.3. Fases do estudo**

Este estudo foi desenvolvido em três fases: 1.<sup>a</sup>) tradução e validação cultural e linguística da DAS; 2.<sup>a</sup>) estudo exploratório das suas propriedades psicométricas em termos de validade de constructo e fiabilidade (consistência interna e teste-reteste); e 3.<sup>a</sup>) estudo das atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à demência.

### **3.4. Fase 1 – Tradução e validação cultural e linguística da DAS**

#### **3.4.1. PROCEDIMENTOS**

A fase de tradução e validação cultural e linguística da DAS iniciou-se com um pedido de autorização formal às autoras da escala, Melissa O'Connor que está associada à *School of Aging Studies* da Universidade da Florida do Sul, EUA e Susan McFadden do departamento de Psicologia da Universidade do Wisconsin, EUA. Após a obtenção da sua autorização, o processo de validação



linguística seguiu os princípios de boas práticas para a tradução e adaptação cultural, emergentes no congresso da ISPOR (*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*) em 1998 (Wild *et al.*, 2005). De acordo com estas orientações, o processo de tradução deve incluir as seguintes fases: preparação, tradução; reconciliação; retroversão; revisão da retroversão; harmonização; testemunho/análise cognitiva (em inglês, *cognitive debriefing*); revisão e finalização; revisão ortográfica e relatório final (Wild *et al.*, 2005). Descrevem-se de seguida os procedimentos especificamente realizados para este estudo (APÊNDICE 2):

Tradução – A tradução da DAS para a língua portuguesa foi realizada por dois tradutores independentes, cuja língua materna é o português, mas com formação de nível avançado na língua inglesa. Os dois tradutores tinham conhecimentos especializados na área da saúde e do envelhecimento, e após reunião de consenso obteve-se a versão 1 – Escala de Atitudes face à Demência (EAD).

Retroversão – Posteriormente, a versão 1 foi traduzida do português para o inglês por um tradutor cuja língua materna é o inglês, mas com conhecimentos de nível avançado na língua portuguesa.

Harmonização – A fase de harmonização implicou uma reunião com os diferentes tradutores e participantes no projeto para comparação das versões e conclusão da versão 2 da EAD.

Testemunho/Análise cognitiva – Constituiu um conjunto de encontros com pessoas de idades, habilitações literárias e profissões diferentes para garantir a validade conceptual e semântica da EAD. Pretendia-se analisar se cada item da EAD era compreendido e identificar termos/expressões de mais difícil entendimento.

O método de amostragem foi não probabilístico, por escolha racional ou conveniência, já que cada elemento da população não tinha a mesma probabilidade de ser escolhido para a amostra e os indivíduos foram incluídos no estudo por conveniência do investigador, em função de um traço característico (Fortin, 2009).

Foram selecionados 18 participantes, que preenchessem os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, e capacidade de compreensão e de expressão de opiniões.

A amostra foi constituída por: três cuidadores informais, três auxiliares de cuidados a idosos, três estudantes do Mestrado em Gerontologia, três enfermeiros, três estudantes do ensino superior (cursos não ligados à área da saúde); três pessoas sem qualquer experiência profissional ou familiar na prestação de cuidados de saúde a idosos. A escolaridade da amostra foi diversificada, incluindo participantes com o 1º ciclo do ensino básico (n=5), 2º e 3º ciclo (n=2), secundário (n=3), até licenciados (n=8). A média de idades da amostra foi de 34,39 anos (DP=10,78) e o género predominantemente feminino (n=15). A recolha de dados decorreu entre 27 de Outubro e 15 de Novembro de 2011.

Revisão e finalização - Consistiu na análise e consideração das informações obtidas na etapa anterior, dando origem à versão 3 da EAD.

Revisão ortográfica - A versão 3 foi revista por um professor de língua portuguesa, dando origem à versão final da EAD (APÊNDICE 3).

### **3.5. Fase 2 – Estudo exploratório de propriedades psicométricas da EAD – validade e fiabilidade**

Procedeu-se a um estudo exploratório da validade e fiabilidade da EAD como é recomendado por Polit e Hungler (2000). A validade de um instrumento é definida como a propriedade de medir aquilo que se pretende medir. Para analisar a validade de uma observação ou de um instrumento, é importante saber o que está a ser medido e através de que variáveis (Ferreira & Marques, 1998). Dentro da validade, especifica-se a validade conceptual ou de constructo, que diz respeito à capacidade de um instrumento para medir o conceito ou o constructo definido teoricamente (Fortin, 2009). Demonstra que o paradigma teórico corresponde verdadeiramente às observações (Ferreira & Marques, 1998). Os métodos normalmente usados para demonstrar a validade conceptual incluem

uma análise das relações lógicas que devem existir com outras medidas e/ou padrões de valores em grupos de indivíduos, onde se destaca a análise fatorial.

A fiabilidade implica precisão e constância das medidas obtidas com o recurso a um instrumento de medida (Fortin, 2009), ou seja, avalia até que ponto um instrumento de medida produz a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado (Ferreira & Marques, 1998). A fiabilidade implica dois conceitos independentes, a coerência interna e a reprodutibilidade.

A coerência ou consistência interna define-se como a proporção de variabilidade nas respostas que resulta das diversas opiniões dos inquiridos (Pestana & Gageiro, 2008). A reprodutibilidade é o grau com que um instrumento de medição fornece resultados estáveis no tempo medido através do chamado método do teste repetido ou teste-reteste. Pela aplicação deste método obtém-se uma estimativa da fiabilidade de qualquer medição empírica, procedendo-se a nova medição com o mesmo instrumento e com as mesmas pessoas, após um determinado período de tempo (Ferreira & Marques, 1998).

### 3.5.1. AMOSTRA

Para o estudo exploratório da fiabilidade e validade da EAD aplicou-se o instrumento, em dois momentos distintos com o intervalo temporal de uma semana, a uma amostra de conveniência composta por um grupo de 100 estudantes de cursos de licenciatura na área de ciências e tecnologias da saúde de uma universidade portuguesa. O estudo decorreu entre os dias 21 e 27 de Novembro de 2011.

A amostra apresentava uma média de idades de 19,79 anos (DP=1,39) era predominantemente do género feminino (n=83, 83%), e os cursos de licenciatura frequentados eram Gerontologia (n=41, 41%), Fisioterapia (n=41, 41%) e Terapia da Fala (n=18, 18%). Observou-se ainda que 52% (n=52) dos participantes nunca conheceu ou cuidou ou trabalhou com alguém com DA ou outra demência

### 3.5.2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos no estudo da fiabilidade e validade da EAD foram analisados recorrendo a estatística descritiva com o cálculo das frequências e medidas de tendência central e dispersão.

No sentido de estudar a validade de constructo, recorreu-se à análise fatorial, tal como fizeram O'Connor e McFadden (2010), através do método de extração *principal axis factoring* (PAF) e com rotação oblíqua. A análise fatorial é um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para descrever os fatores. A análise fatorial estima o peso dos fatores e as variâncias, de modo a que tanto as covariâncias como as correlações nele previstas estejam tão perto quanto possível dos valores observados (Pestana & Gageiro, 2008).

Para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, de forma a prosseguir com a análise fatorial, considerou-se o KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) que consiste numa estatística que varia entre 0 e 1, e compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis: 1 – 0,9, muito bom; 0,9 – 0,8, bom; 0,8 – 0,7, médio; 0,7 – 0,6, razoável; 0,6 – 0,5, mau; inferior a 0,5, inaceitável (Pestana & Gageiro, 2008).

Na análise fatorial realizada apenas foram incluídos itens nos fatores extraídos, com um peso superior a 0,32, tal como ocorreu na análise de constructo da DAS (O'Connor & McFadden, 2010). Hair Jr., Black, Babin e Anderson (2010) afirmam que os pesos entre 0,3 e 0,4 são os valores mínimos para a construção de uma interpretação da análise fatorial em causa. Sugere-se que para uma amostra de 100 participantes, os pesos dos fatores sejam considerados significativos a partir de 0,55 (amostra de 120 participantes, pesos significativos a partir de 0,50; amostra de 150 participantes, pesos significativos acima de 0,45) (Hair Jr., Black, Babin & Anderson, 2010).

A fiabilidade foi estudada através da consistência interna e da reprodutibilidade. A consistência ou coerência interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach. O alfa de Cronbach varia entre 0 e 1 considerando-se a consistência

interna como: muito boa,  $\alpha$  superior a 0,9; boa, 0,8 – 0,9; razoável, 0,7 – 0,8; fraca, 0,6 – 0,7; inadmissível,  $\alpha$  inferior a 0,6 (Pestana & Gageiro, 2008).

A reprodutibilidade foi avaliada pelo coeficiente de correlação intraclassa (CCI). O CCI define-se como a proporção de variância que é atribuída aos objetos de uma medicação (Shrout & Fleiss, 1979). A variância total é a razão entre a variância dos dados, e a soma da variância dos dados e o erro da variância (Weir, 2005). O CCI é calculado através de tabelas de ANOVA, e existem 6 equações de CCI consoante o objetivo do estudo. Para esta fase do estudo avaliou-se o CCI (2,1), que se aplica a uma amostra aleatória de indivíduos que classifica um determinado assunto, permitindo assim a generalização dos resultados alcançados (Shrout & Fleiss, 1979). Esta análise utiliza os resultados da *two-way* ANOVA dados pela seguinte equação:

$$\text{CCI (2,1)} = \frac{\text{BMS} - \text{EMS}}{\text{BMS} + (k - 1)\text{EMS} + \frac{k(\text{RMS} - \text{EMS})}{n}}$$

Em que se explicita: BMS = *between subjects mean squares*; EMS = *error (residual) mean squares*; WMS = *within subjects mean squares*; RMS = *between raters mean squares*; k = *number of observers/measurers* (Shrout & Fleiss, 1979). O CCI varia entre 0 e 1, em que 0 representa nenhuma reprodutibilidade e 1 uma perfeita reprodutibilidade (Weir, 2005). Segundo Fleiss (1984) valores de CCI inferiores a 0,40 indicam pouca fiabilidade, valores entre 0,4 e 0,75 indicam uma boa fiabilidade, e valores acima de 0,75 correspondem a uma fiabilidade excelente. Um valor de CCI de 0,95 significa que 95% dos valores observados se deve à sua variância, e apenas 5% se deve a erros (Weir, 2005). O CCI (2,1) foi calculado considerando-se as premissas de acordo absoluto e de medidas simples, e apresentam-se também os valores do intervalo de confiança de 95%.

Construíram-se também gráficos de dispersão (*scatter plots*) de Bland e Altman (1986) que permitem uma representação visual da diferença média entre duas medições distintas, e também os limites de 95% de concordância (*95% limits of agreement*). É desejável que 95% dos limites incluam 95% das diferenças entre as duas medições. Esta metodologia permite a visualização do grau de

concordância, do tamanho e intervalo de medida e a fácil identificação de enviesamentos e *outliers*. Esta técnica gráfica consiste num traçado de dispersão, onde as diferenças entre as medições emparelhadas (momento 1 – momento 2, nas ordenadas) são traçadas (ou projetadas) contra os seus valores médios (momento 1+ momento 2/ 2, nas abcissas).

O processamento dos dados decorreu através de uma base de dados construída no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 18 para Windows. O nível de significância foi definido como  $p < 0,05$ .

### **3.6. Fase 3 – Estudo das atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à demência**

Após o estudo exploratório de algumas propriedades psicométricas da EAD aplicou-se a escala numa amostra de enfermeiros a fim de estudar as suas atitudes em relação à demência.

#### **3.6.1. AMOSTRA**

Para o estudo das atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à demência aplicou-se a EAD a uma amostra de conveniência de 135 enfermeiros a desempenhar funções no Centro Hospitalar Leiria-Pombal EPE, em Leiria, entre os dias 8 de Março e 9 de Abril de 2012. Dos 250 instrumentos distribuídos pelos vários serviços da instituição, foram devolvidos 135 devidamente preenchidos, obtendo-se assim uma taxa de resposta de 54%. Os critérios de inclusão foram ser enfermeiro de profissão, desempenhar funções num serviço hospitalar e aceitar participar voluntariamente no estudo. Foi possível caracterizar esta amostra com base na informação recolhida através de um breve questionário de caracterização sociodemográfica (APÊNDICE 4).

A amostra foi constituída maioritariamente por enfermeiros do género feminino (n=109, 80,70%), com idade média de 37,59 anos (DP=8,60), predominantemente licenciados (n=120, 88,90%), com um tempo médio de experiência profissional de 14,56 anos (DP=8,36) (Tabela 1). Os enfermeiros

participantes pertenciam principalmente aos serviços de Urgência Geral (n= 42, 31,10%), Ortopedia (n= 24, 17,80%), Cardiologia e Cirurgia (n =14, 10,40%).

De entre os enfermeiros participantes, 86 (63,70%) referiram que na sua formação (base e/ou pós-graduada) receberam conhecimentos específicos sobre a demência, mas apenas 11 (8,10%) frequentaram cursos de formação específica sobre a demência, com uma carga horária reduzida (apenas um enfermeiro frequentou formação com duração de 30 horas). Apesar disto, (n= 91) 67,40% dos enfermeiros referem intenção de realizar formação específica sobre a demência.

**Tabela 1 – Caracterização da Amostra na fase 3 – Estudo das atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à demência**

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
>30	33	24,40
[30;40[	41	30,40
[40;50[	48	35,60
≥50	13	9,60
<b>TOTAL</b>	135	100,00
<b>Habilitação Literária</b>		
Bacharelato	3	2,20
Licenciatura	120	88,90
Mestrado	2	1,50
Especialização em Enfermagem	10	7,40
<b>TOTAL</b>	135	100,00
<b>Experiência Profissional</b>		
[1;10[	46	34,10
[10;20[	53	39,30
[20;30[	28	20,70
≥30	8	5,90
<b>TOTAL</b>	135	100,00
<b>Serviços</b>		
Cardiologia	14	10,40
Medicina	13	9,60
Gastrenterologia	5	3,70
Cirurgia	14	10,40
Ortopedia	24	17,80
Ginecologia	4	3,00
Psiquiatria	13	9,60
Consulta Externa	6	4,40
Urgência Geral	42	31,10
<b>TOTAL</b>	135	100,00

Após a aplicação da EAD foi possível observar que 85,20 % (n= 115) dos enfermeiros participantes já conheceram, cuidaram ou trabalharam com alguém com DA ou outra demência. Destes, 71 (52,60%) referiram uma relação do tipo

profissional com a pessoa com demência, 29 (21,50%) de tipo familiar, 7 (5,20%) de tipo profissional e familiar, e 8 (5,90%) profissionais não identificam o tipo de relação estabelecida com a pessoa com demência.

### 3.6.2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos no estudo das atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à demência foram analisados recorrendo a estatística descritiva com o cálculo das frequências e medidas de tendência central e dispersão.

Foi novamente realizada a análise fatorial, através do método de extração *principal axis factoring* (PAF) com rotação oblíqua, calculando-se também os valores de alfa de Cronbach e CCI. Especificamente calculou-se o CCI (1,k) através da *one-way* ANOVA com a seguinte equação:

$$CCI (1, k) = \frac{BMS - WMS}{BMS}$$

Em que se explicita: BMS = *between subjects mean squares*; WMS = *within subjects mean squares* (Shrout & Fleiss, 1979). O CCI (1,k) aplica-se para a situação em que cada variável é avaliada por um conjunto diferente de indivíduos selecionados aleatoriamente, e a fiabilidade é calculada tendo em conta os valores médios das medições, sendo uma fiabilidade do tipo inter-observador. O CCI (1,k) foi calculado considerando-se as premissas de acordo absoluto e de medidas médias, e apresentam-se também os valores do intervalo de confiança de 95%.

Para o estudo da relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes dos enfermeiros, foram aplicados testes de hipóteses paramétricos e não paramétricos, consoante as variáveis respeitassem ou não os critérios de normalidade e homogeneidade das variâncias. Para as variáveis de uma condição aplicou-se o teste não paramétrico, Teste U de Mann-Whitney, e para as variáveis de duas condições aplicou-se a ANOVA fatorial, e o seu teste não-paramétrico correspondente, o Teste de Kruskal-Wallis.



Utilizou-se o programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 18 para Windows, e para todas as variáveis analisadas o nível de significância foi definido como  $p < 0,05$ .

## **4. RESULTADOS**

A apresentação dos resultados encontra-se dividida em duas partes, de acordo com os objetivos traçados para este trabalho de investigação: o estudo exploratório das propriedades psicométricas da EAD, nomeadamente a fiabilidade e validade de constructo; e o estudo das atitudes dos profissionais de enfermagem em relação às pessoas com DA e outras demências.

### **4.1. Estudo exploratório das propriedades psicométricas da EAD - Fase 2**

No estudo da validade de constructo, através da análise fatorial (método *principal axis factoring*, com rotação oblíqua) foi possível verificar que os 20 itens da EAD, no momento 1, se distribuíram por 7 fatores distintos, e no momento 2 em 5 fatores distintos. Contudo, em ambos os momentos, forçando o número de fatores para 2 (através da opção do SPSS.18 – *Fixed number of factors; factors to extract*) e seguindo os procedimentos de O'Connor e McFadden (2010), os 20 itens da escala distribuíram-se pelos 2 fatores originais: “conforto social” e “conhecimento”. No fator “conforto social” ficaram incluídos os itens 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 16 e 17 da escala. No fator “conhecimento” ficaram incluídos os itens 3, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20 do instrumento (Tabela 2). Os valores de KMO foram satisfatórios para ambos os momentos (momento 1 = 0,71; momento 2 = 0,78) sugerindo uma boa qualidade das correlações entre as variáveis.

No momento 1, todos os 20 itens da EAD apresentaram pesos significativos, à exceção dos itens 12 e 20, porque foi considerada a restrição imposta por O'Connor e McFadden (2010) que não consideraram itens com pesos inferiores a 0,32. No momento 2, aconteceu o mesmo nos itens 14 e 19, pelo mesmo motivo.

Na Tabela 2 é possível verificar os valores médios do somatório das pontuações obtidas, nos momentos 1 e 2, no conjunto das atitudes que constituem os fatores “conforto social” e “conhecimento”. No total, os participantes deste estudo exploratório apresentaram no momento 1, uma pontuação média de 105,65 (DP=11,24) e no momento 2, uma pontuação de 106,57 (DP=11,63), o que significa que os participantes apresentaram atitudes positivas em relação à DA e outras demências.

**Tabela 2 – Estudo da validade da EAD**

	Atitude/Item	Momento 1		Momento 2	
		M±DP	Peso	M±DP	Peso
Conforto Social	1. É gratificante cuidar de/ trabalhar com pessoas que têm DAOD (doença de Alzheimer e outras demências).	5,26±1,32	0,488	5,54±1,03	0,423
	2. Tenho receio de pessoas com DAOD.	5,60±1,39	0,669	5,51±1,37	0,680
	4. Sinto-me confiante junto de pessoas com DAOD.	4,53±1,05	0,569	4,68±1,00	0,572
	5. Sinto-me confortável em tocar em pessoas com DAOD.	5,55±1,17	0,410	5,34±1,09	0,501
	6. Sinto-me desconfortável junto de pessoas com DAOD.	5,54±1,21	0,614	5,48±1,21	0,764
	8. Não estou muito familiarizado/acostumado com a DAOD.	3,23±1,97	0,357	3,44±1,86	0,394
	9. Eu evitaria uma pessoa com DAOD, agitada.	4,92±1,49	0,527	4,98±1,47	0,688
	13. Sinto-me descontraído junto de pessoas com DAOD.	4,73±1,10	0,441	4,74±1,18	0,666
	16. Sinto-me frustrado porque não sei como ajudar as pessoas com DAOD.	3,61±1,46	0,520	3,89±1,39	0,589
	17. Não me consigo imaginar a cuidar de alguém com DAOD.	5,29±1,54	0,695	5,24±1,43	0,640
	<b>Sub-Total</b>	<b>M±DP</b>			
			48,26±8,25		48,84±8,50
Conhecimento	3. As pessoas com DAOD podem ser criativas (i. é, podem ter ideias inovadoras).	4,99±1,23	0,523	5,29±1,13	0,603
	7. Cada pessoa com DAOD tem necessidades diferentes.	6,56±0,66	0,327	6,41±0,68	0,571
	10. As pessoas com DAOD gostam de ter objetos familiares/pessoais por perto.	5,44±1,10	0,550	5,66±1,03	0,676
	11. É importante conhecer a história de vida das pessoas com DAOD.	6,63±0,51	0,378	6,45±0,73	0,536
	12. É possível desfrutar da interação com pessoas com DAOD (ex.: aprender com elas, ter momentos de lazer com elas).	5,77±1,13	<0,320	5,76±0,92	0,692
	14. As pessoas com DAOD podem usufruir da vida.	5,71±0,99	0,338	5,77±0,94	<0,320
	15. As pessoas com DAOD conseguem sentir a amabilidade dos outros.	5,88±1,03	0,720	5,75±1,09	0,519
	18. Admiro a forma como as pessoas com DAOD lidam com a doença.	5,11±1,20	0,394	5,16±1,05	0,471
	19. Atualmente, nós podemos fazer muitas coisas para melhorar a vida das pessoas com DAOD.	5,83±1,27	0,353	5,87±1,20	<0,320
	20. Os comportamentos difíceis (p.e.: agitação, agressividade, perseguição) podem ser uma forma de comunicação das pessoas com DAOD.	5,47±1,29	<0,320	5,61±1,01	0,378
	<b>Sub-Total</b>	<b>M±DP</b>			
			57,39±5,34		57,73±5,69
<b>TOTAL</b>	<b>M±DP</b>		105,65±11,24		106,57±11,63

Para o estudo da fiabilidade (Tabela 3), através do método de teste-reteste, apresentam-se os valores de alpha de Cronbach e do CCI (2,1) para os fatores encontrados. Para o fator “conforto social” a consistência interna foi muito boa (0.952) e pela interpretação do CCI (90,8%) verificou-se uma excelente fiabilidade.

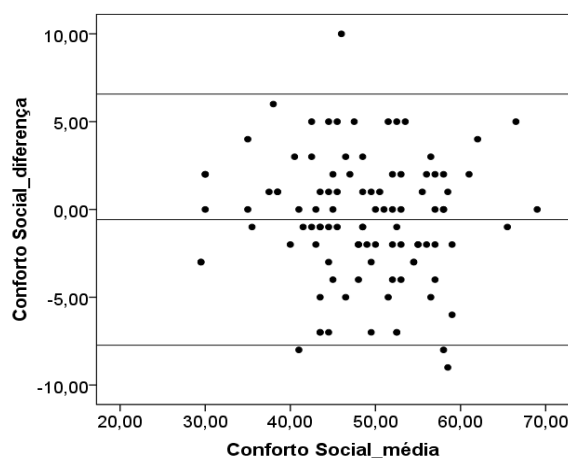
Já o fator “conhecimento” apresentou uma consistência interna boa, com um valor de 0,890 muito próximo de uma consistência interna muito boa. Já o valor de CCI foi de 80,2% sugerindo também uma excelente fiabilidade.

**Tabela 3 – Estudo da fiabilidade da EAD**

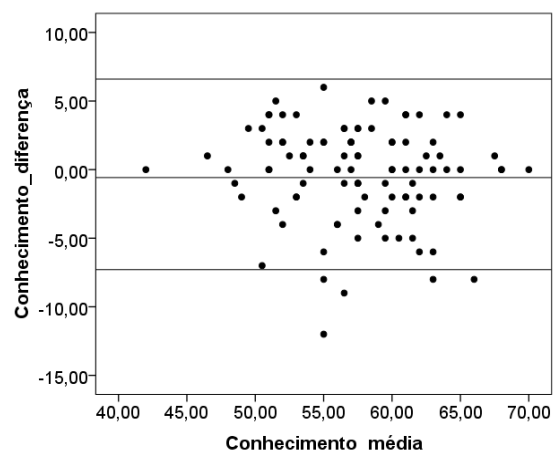
Fator	Consistência Interna		Reprodutibilidade
	alfa de Cronbach	CCI	Intervalo de Confiança 95%
<b>Conforto Social</b>	0,952	0,908	[0,866;0,937]
<b>Conhecimento</b>	0,890	0,802	[0,719;0,862]

Da construção dos gráficos de Bland e Altman (1986) constatou-se que para os dois fatores, “conforto social” (Gráfico 1) e “conhecimento” (Gráfico 2), a amostra distribui-se equitativamente à volta da média e dentro dos 95% *limits of agreement*, o que significa que não há enviesamento significativo dos resultados.

**Figura 1 - Gráfico de Bland e Altman (1986) para o fator “conforto social”.**



**Figura 2 - Gráfico de Bland e Altman (1986) para o fator “conhecimento”.**



#### **4.2. Estudo das atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à demência – Fase 3**

Após a aplicação da EAD à amostra de 135 enfermeiros, procedeu-se à análise fatorial (Tabela 4) para verificar se se mantinham os pressupostos de validade de constructo encontrados na fase 2 deste estudo, contudo tal não se verificou. Os itens 1, 7, 10 e 19 apresentaram valores de peso inferiores a 0,32. O item 5 saturou num fator diferente do que é proposto pela escala original (O'Connor & McFadden, 2010) e pelo estudo de validade de constructo da EAD, situando-se no fator “conhecimento” quando se deveria apresentar no fator “conforto social”. Os itens 4 e 13 apresentaram pesos semelhantes em ambos os fatores, quando deveriam saturar apenas no fator “conforto social”, tal como ocorre no estudo original (O'Connor & McFadden, 2010) e se propõem no estudo de validade de constructo da EAD.

Salienta-se que o valor de KMO foi de 0,75 para esta análise fatorial, sugerindo uma boa qualidade das correlações entre as variáveis.

**Tabela 4 – Análise fatorial da aplicação da EAD a profissionais de enfermagem**

<b>Atitude/Item</b>	<b>Conforto Social</b>	<b>Conhecimento</b>
1. É gratificante cuidar de/ trabalhar com pessoas que têm DAOD (doença de Alzheimer e outras demências).		
2. Tenho receio de pessoas com DAOD.	0,554	
3. As pessoas com DAOD podem ser criativas (i. é, podem ter ideias inovadoras).		0,505
4. Sinto-me confiante junto de pessoas com DAOD.	0,458	0,419
5. Sinto-me confortável em tocar em pessoas com DAOD.		0,407
6. Sinto-me desconfortável junto de pessoas com DAOD.	0,623	
7. Cada pessoa com DAOD tem necessidades diferentes.		
8. Não estou muito familiarizado/acostumado com a DAOD.	0,538	
9. Eu evitaria uma pessoa com DAOD, agitada.	0,439	
10. As pessoas com DAOD gostam de ter objetos familiares/pessoais por perto.		
11. É importante conhecer a história de vida das pessoas com DAOD.		0,480
12. É possível desfrutar da interação com pessoas com DAOD (ex.: aprender com elas, ter momentos de lazer com elas).		0,626
13. Sinto-me descontraído junto de pessoas com DAOD.	0,379	0,341
14. As pessoas com DAOD podem usufruir da vida.		0,707
15. As pessoas com DAOD conseguem sentir a amabilidade dos outros.		0,567
16. Sinto-me frustrado porque não sei como ajudar as pessoas com DAOD.	0,600	
17. Não me consigo imaginar a cuidar de alguém com DAOD.	0,507	
18. Admiro a forma como as pessoas com DAOD lidam com a doença.		0,330
19. Atualmente, nós podemos fazer muitas coisas para melhorar a vida das pessoas com DAOD.		
20. Os comportamentos difíceis (p.e.: agitação, agressividade, perseguição) podem ser uma forma de comunicação das pessoas com DAOD.		0,382

Apesar das dificuldades encontradas na análise fatorial nesta fase do estudo, prosseguiu-se com o estudo da fiabilidade (Tabela 5), considerando os itens que correspondem a cada fator, os que são sugeridos pelos autores (O'Connor & McFadden, 2010) e do estudo exploratório de validade e fiabilidade da EAD. Verificou-se que os valores de alpha de Cronbach e do CCI (1,k) obtidos foram bons e coincidiram com o modelo de validade de constructo proposto pelos estudos previamente realizados.

Para o fator “conforto social” a consistência interna foi razoável (0,782), e o CCI foi de 69,80%, representando uma boa fiabilidade. O fator “conhecimento” apresentou também uma consistência interna razoável (0,714), e um CCI de 63,10%, o que indica uma boa fiabilidade.

**Tabela 5 – Estudo de fiabilidade da aplicação da EAD a profissionais de enfermagem**

Fator	Consistência Interna		Reprodutibilidade
	alfa de Cronbach	CCI	Intervalo de Confiança 95%
<b>Conforto Social</b>	0,782	0,698	[0,616;0,768]
<b>Conhecimento</b>	0,714	0,631	[0,531;0,717]

Verificou-se que os itens problemáticos, 1, 4, 5, 7, 10, 13 e 19, caso fossem eliminados diminuiriam os valores de alfa de Cronbach, e por isso foram necessários para a consistência interna dos resultados (Tabela 6). No total, os participantes deste estudo apresentaram uma pontuação média de 107,22 (DP=11,43) o que significa que estes profissionais de saúde manifestaram atitudes positivas em relação à DA e outras demências.

**Tabela 6 - Estudo das atitudes dos enfermeiros em relação à demência (estatística descritiva)**

	Atitude/Item	M±DP	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
<b>Conforto Social</b>	1. É gratificante cuidar de/ trabalhar com pessoas que têm DAOD (doença de Alzheimer e outras demências).	4,50 ± 1,27	0,781
	2. Tenho receio de pessoas com DAOD.	5,79 ± 1,31	0,766
	4. Sinto-me confiante junto de pessoas com DAOD.	4,53 ± 1,41	0,742
	5. Sinto-me confortável em tocar em pessoas com DAOD.	5,42 ± 1,48	0,764
	6. Sinto-me desconfortável junto de pessoas com DAOD.	5,82 ± 1,24	0,750
	8. Não estou muito familiarizado/acostumado com a DAOD.	4,07 ± 1,63	0,783
	9. Eu evitaria uma pessoa com DAOD, agitada.	5,78 ± 1,26	0,768
	13. Sinto-me desconfiado junto de pessoas com DAOD.	5,01 ± 1,21	0,758
	16. Sinto-me frustrado porque não sei como ajudar as pessoas com DAOD.	4,18 ± 1,52	0,762
	17. Não me consigo imaginar a cuidar de alguém com DAOD.	5,90 ± 1,11	0,762
	<b>Sub-Total</b>	<b>M±DP</b>	<b>50,99 ± 7,86</b>
<b>Conhecimento</b>	3. As pessoas com DAOD podem ser criativas (i. é, podem ter ideias inovadoras).	4,61 ± 1,54	0,701
	7. Cada pessoa com DAOD tem necessidades diferentes.	6,25 ± 1,04	0,703
	10. As pessoas com DAOD gostam de ter objetos familiares/pessoais por perto.	5,85 ± 1,08	0,701
	11. É importante conhecer a história de vida das pessoas com DAOD.	6,30 ± 0,83	0,682
	12. É possível desfrutar da interação com pessoas com DAOD (ex.: aprender com elas, ter momentos de lazer com elas).	5,68 ± 1,14	0,673
	14. As pessoas com DAOD podem usufruir da vida.	5,67 ± 1,04	0,665
	15. As pessoas com DAOD conseguem sentir a amabilidade dos outros.	5,92 ± 0,99	0,676
	18. Admiro a forma como as pessoas com DAOD lidam com a doença.	4,82 ± 1,27	0,717
	19. Atualmente, nós podemos fazer muitas coisas para melhorar a vida das pessoas com DAOD.	5,80 ± 1,15	0,702
	20. Os comportamentos difíceis (p.e. : agitação, agressividade, perseguição) podem ser uma forma de comunicação das pessoas com DAOD.	5,33 ± 1,22	0,696
	<b>Sub-Total</b>	<b>M±DP</b>	<b>56,22 ± 6,05</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>M±DP</b>	<b>107,22 ± 11,43</b>

De seguida são apresentados os resultados da análise da relação entre as atitudes dos enfermeiros em relação à demência e as variáveis sociodemográficas (Tabela 7).

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os fatores “conforto social” e “conhecimento” e as variáveis género, idade, habilitação literária, “intenção de realizar formação em demência” e “proximidade com a pessoa com DAOD”.

Observaram-se diferenças com significado estatístico entre o fator “conforto social” e as variáveis “serviços”, “conhecimentos sobre a demência durante a formação base/pós-graduada” e “frequência de curso sobre demência”. Assim, as atitudes em relação à demência variaram em função do serviço onde os profissionais prestam cuidados ( $H(8)=21,343$ ;  $p=0,006$ ). Além disso, os participantes que obtiveram conhecimentos sobre a demência durante a sua formação de base ou pós-graduada ( $U=1435$ ;  $p=0,002$ ), e os que frequentaram cursos específicos sobre a demência ( $U=306$ ;  $p=0,002$ ), revelaram atitudes mais positivas ao nível do “conforto social”.

Também se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o fator “conhecimento” e a “experiência profissional”, pelo que os enfermeiros com mais anos de experiência demonstraram atitudes mais positivas ( $H(3)=8,507$ ;  $p=0,037$ ).

Tabela 7 – Relação entre as atitudes dos enfermeiros e as variáveis sociodemográficas

Características	Conforto Social	p	Conhecimento	p
<b>Gênero</b>	<b>M±DP</b>		<b>M±DP</b>	
Feminino	50,84 ± 7,87	0,546 <sup>1</sup>	56,52 ± 5,68	0,190 <sup>1</sup>
Masculino	51,65 ± 7,95		54,96 ± 7,37	
<b>Idade</b>				
>30	51,42 ± 6,47	0,964 <sup>2</sup>	56,18 ± 5,50	0,950 <sup>2</sup>
[30;40[	50,68 ± 6,83		55,85 ± 5,40	
[40;50[	51,40 ± 9,29		56,33 ± 7,40	
≥50	49,39 ± 8,50		57,08 ± 3,77	
<b>Habilitação Literária</b>				
Bacharelato	41,33 ± 9,07	0,176 <sup>2</sup>	51,00 ± 4,00	0,330 <sup>2</sup>
Licenciatura	50,88 ± 7,62		56,28 ± 5,96	
Mestrado	55,00 ± 5,66		59,50 ± 6,36	
Especialização em Enfermagem	54,40 ± 9,08		56,50 ± 7,37	
<b>Experiência Profissional</b>				
[1;10[	51,50 ± 6,48	0,144 <sup>2</sup>	55,63 ± 5,40	<b>0,037<sup>2</sup></b>
[10;20[	50,25 ± 7,30		56,15 ± 5,98	
[20;30[	51,96 ± 10,16		57,04 ± 7,70	
≥30	49,63 ± 10,32		57,25 ± 3,50	
<b>Serviços</b>				
Cardiologia	49,50 ± 8,65	<b>0,006<sup>2</sup></b>	57,36 ± 4,55	0,248 <sup>2</sup>
Medicina	48,00 ± 6,83		55,54 ± 7,62	
Gastrenterologia	48,00 ± 5,39		58,00 ± 6,52	
Cirurgia	46,00 ± 7,63		52,86 ± 5,25	
Ortopedia	50,42 ± 7,17		55,79 ± 6,81	
Ginecologia	48,75 ± 6,85		52,00 ± 6,68	
Psiquiatria	57,85 ± 8,55		58,31 ± 6,63	
Consulta Externa	48,33 ± 9,56		56,17 ± 7,49	
Urgência Geral	53,24 ± 6,58		56,98 ± 5,04	
<b>Conhecimento sobre demência durante a formação base/pós-graduada</b>				
Sim	52,63 ± 7,60	<b>0,002<sup>1</sup></b>	56,79 ± 6,10	0,197 <sup>1</sup>
Não	48,12 ± 7,54		55,23 ± 5,88	
<b>Frequência em curso sobre demência</b>				
Sim	58,55 ± 7,30	<b>0,002<sup>1</sup></b>	57,82 ± 6,24	0,350 <sup>1</sup>
Não	50,32 ± 7,58		56,08 ± 6,03	
<b>Intenção de realizar formação em demência</b>				
Sim	52,07 ± 7,52	0,064 <sup>1</sup>	56,77 ± 5,93	0,172 <sup>1</sup>
Não	48,77 ± 8,16		55,09 ± 6,19	
<b>Qual é a sua proximidade com a pessoa com DAOD?</b>				
Não Respondeu	48,13 ± 6,77	0,154 <sup>3</sup>	56,50 ± 5,53	0,204 <sup>3</sup>
Relação Profissional	51,32 ± 8,20		56,79 ± 5,84	
Relação Familiar	51,48 ± 7,49		55,35 ± 6,74	
Relação Prof. e Familiar	56,29 ± 7,11		59,71 ± 3,90	
Não tem relação	48,40 ± 7,11		54,15 ± 6,14	

<sup>1</sup> Teste U de Mann-Whitney

<sup>2</sup> Teste H de Kruskal-Wallis

<sup>3</sup> Teste *one-way* ANOVA



## 5. DISCUSSÃO

Neste capítulo pretende-se discutir os resultados obtidos relativamente aos objetivos específicos previamente delineados e tendo em conta o objetivo geral de contribuir para a adaptação e validação da DAS para a população portuguesa.

Do processo de tradução e validação cultural e linguística da DAS (O'Connor & McFadden, 2010) surgiu a EAD, à qual este estudo se propôs a analisar algumas das suas propriedades psicométricas, nomeadamente, a fiabilidade e validade.

No estudo da fiabilidade, a EAD revelou valores bastante satisfatórios, quer na fase 2, aplicada a 100 estudantes de cursos de licenciatura em ciências e tecnologias de saúde, quer na fase 3, aplicada a 135 enfermeiros. No que respeita à consistência interna, a EAD apresenta valores de alfa de Cronbach, nas fases 2 e 3 deste estudo bastante satisfatórios e semelhantes aos encontrados pelos autores da escala (O'Connor & McFadden, 2010). Contrariamente ao estudo original, no presente trabalho procedeu-se ao estudo da reprodutibilidade através do método teste-reteste, onde se obtiveram valores satisfatórios de fiabilidade relativa (usando-se as equações do CCI (2,1) e (1,k) e absoluta, sugerindo que a EAD possui boas características de fiabilidade.

No que concerne ao estudo de validade da EAD, foi apenas estudada a validade de constructo, através da análise fatorial. Efetivamente, foi possível a extração de dois fatores, o fator “conhecimento” e o fator “conforto social”, tal como aconteceu, no estudo de validade de constructo da DAS (O'Connor & McFadden, 2010). Contudo este processo de análise de constructo apresentou algumas limitações e fragilidades.

A análise fatorial foi realizada pelo método PAF e rotação oblíqua, e em ambas as fases deste estudo, o programa estatístico extraía mais que dois fatores (entre 5 e 6 fatores). Foram realizadas várias tentativas com outros métodos de extração, nomeadamente, o método de análise de componentes principais e outras rotações, varimax e quartimax, mas em todos os métodos obteve-se a extração de apenas dois fatores somente quando se “forçou” esta condição. De

resto, estes procedimentos também foram utilizados pelo estudo original (O'Connor & McFadden, 2010).

Importa também referir que alguns itens da EAD, nas fases 2 e 3 deste estudo, apresentaram pesos inferiores a 0,5, o que poderia levar a questionar o seu significado estatístico. Segundo Hair Jr., Black, Babin e Anderson (2010) pesos entre 0,3 e 0,4 são os valores mínimos para a construção de uma interpretação da análise fatorial em causa, e por isso os valores obtidos neste estudo não deixam de ter significado estatístico. Ressalva-se que este aspeto também ocorreu no processo de validação de constructo da DAS (O'Connor & McFadden, 2010). Para além disso, a EAD possui 6 itens com pontuação invertida. A existência de itens com pontuação invertida foi relatada como responsável por aumentar o número de respostas positivas (O'Connor & McFadden, 2010), apesar de Comrey (1988) afirmar que o controlo das respostas aos itens invertidos é discutível.

Estas limitações sugerem que em estudos posteriores, a análise fatorial deve ser realizada com critérios de maior refinamento e amostras mais alargadas, e que se deve estudar a validade de conteúdo (validade convergente e discriminante) e de critério (validade concomitante e validade preditora) (Ferreira & Marques, 1998). Salienta-se ainda que a análise fatorial realizada neste trabalho foi do tipo exploratória e não confirmatória. Segundo Pestana e Gageiro (2008) a análise fatorial confirmatória compara os resultados obtidos na análise exploratória com os que constituem uma teoria, constituindo por isso uma recomendação para um estudo posterior a este trabalho.

Importa assinalar que o instrumento original (O'Connor & McFadden, 2010) apresenta uma estrutura desequilibrada no que diz respeito ao modelo tripartido das atitudes, uma vez que a componente cognitiva é representada no instrumento por 10 itens (fator "conhecimento") e as componentes comportamental e emocional pelos restantes itens (fator "conforto social"). Deste modo, devem realizar-se, futuramente, revisões e refinamentos à análise com os 46 itens que constituíam a escala original (O'Connor & McFadden, 2010). Para além disso, deve ser explorado o modo como as pessoas desenvolvem conforto social em relação à pessoa com demência (O'Connor & McFadden, 2010), de

modo a esclarecer o surgimento deste fator na análise fatorial deste instrumento. Contrariamente, ao estudo original, neste trabalho não se verificou a existência de uma relação com significado estatístico entre o fator “conforto social” e as pessoas que referem ter uma relação de proximidade com alguém com DA ou outra demência, o que poderia corroborar esta pesquisa futura.

Em adição ao estudo exploratório de algumas propriedades psicométricas da EAD, este trabalho foi valorizado com a aplicação do instrumento a um grupo de enfermeiros, com o objetivo de analisar as atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à DA e outras demências.

O estudo sobre as atitudes dos enfermeiros revelou a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a experiência profissional e o fator “conhecimento”, sugerindo que os profissionais com mais anos de experiência possuem maiores conhecimentos sobre a demência e revelaram atitudes mais positivas. Este resultado é reforçado pelas conclusões do estudo de Kang, Moyle e Venturato (2010) que concluiu que enfermeiros com maior experiência profissional têm atitudes mais positivas em relação à pessoa com demência, encorajando-a inclusive para o autocuidado. Também Kasui e outros (2008) concluíram que a qualidade de vida e de cuidados das pessoas com demência é melhor em instituições onde os profissionais possuam maior nível de conhecimentos sobre esta síndrome, e tudo o que a envolve.

Verificou-se que as atitudes em relação à demência, nomeadamente, no âmbito do “conforto social”, variaram em função do serviço onde os profissionais prestam cuidados. Constatou-se que as pontuações médias associadas ao fator “conforto social” variaram entre 46,00 para o serviço de Cirurgia e 57,85 no serviço de Psiquiatria. Esta diferença estatisticamente significativa entre os serviços mais ligados à saúde mental e relação e os serviços mais biomédicos e tecnológicos, já tinha sido mostrada por Kang, Moyle e Venturato (2010).

Foi possível averiguar que os profissionais de enfermagem que reconhecem ter recebido conhecimentos específicos sobre a demência, durante a sua formação base/pós-graduada, apresentaram atitudes mais positivas de “conforto social”. Também os enfermeiros que frequentaram um curso de formação específica sobre a demência apresentaram maiores níveis de conforto

em relação à DA e outras demências. Sobre estes resultados, as pesquisas de Kang Moyle e Venturato (2010) e Kazui e outros (2008) reforçam a importância da formação e educação dos profissionais que cuidam das pessoas com demência, nomeadamente, em cenários de cuidados agudos, e que essa formação deve englobar o estudo das atitudes e da sua influência no cuidar. Zimmerman e outros (2005) acrescentam que a formação dos profissionais torna-os mais seguros na prestação de cuidados e por isso mais satisfeitos com o seu trabalho.

No estudo de Pinto e outros (2012), no qual a EAD foi aplicada a 180 cuidadores formais, também se verificou que estes tendem a apresentar atitudes positivas em relação à pessoa com demência, que podem ser justificadas com a proximidade e frequência de contacto destes cuidadores com as pessoas com esta condição. Os cuidadores que receberam formação específica sobre a demência também revelaram atitudes mais positivas sobre a demência, nomeadamente, no domínio do “conforto social” (Pinto, Figueiredo, Marques, Rocha & Sousa, 2012).

O facto de terem sido encontrados resultados significativos entre as atitudes dos enfermeiros e algumas características sociodemográficas fornece orientações sobre a importância das suas atitudes e o cuidado que prestam à pessoa com demência. O'Connor e McFadden (2010) afirmam que pode ocorrer mudança de atitudes, se for fundada na interação significativa com pessoas com demência. Esta interação significativa, em todos os contextos em que se cuida de alguém com demência, em conjunto com o respeito pela individualidade (“*personhood*”), são princípios importantes para o solidificar da “nova cultura” de cuidados, preconizada por Kitwood (1997), o cuidado centrado na pessoa com demência.

Os resultados deste estudo ressaltam também a importância da formação e educação, quer na formação de base dos profissionais de saúde, quer na sua formação pós-graduada, para que as atitudes negativas em relação à demência sejam transformadas numa forma de cuidar mais holística, centrada na pessoa, mas também com enfoque na relação com os outros e com o mundo, seguindo desta forma o “Modelo Valorizado da Demência” proposto por Kitwood (1997).

Estudos futuros passarão também pela aplicação da EAD a outros profissionais de saúde, como os gerontólogos, psicólogos, médicos, entre outros, mas também cuidadores informais, e população em geral, pois desta forma poderá alcançar-se um conhecimento mais profundo sobre as atitudes em relação à demência, e o seu impacto na pessoa e família que a vivem.



## 6. CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo geral contribuir para a adaptação e validação, para a língua portuguesa, de um instrumento que permita avaliar as atitudes das pessoas em relação à demência, a Escala de Atitudes face à Demência.

Os resultados obtidos revelaram boas características de fiabilidade. Contudo, no que toca à validade de constructo, surgiram algumas limitações associadas aos fatores da escala, pelo que se formula a intenção de futuramente, contribuir para os restantes processos de validação do instrumento, a validade de conteúdo, validade de critério e a análise fatorial confirmatória. De qualquer forma, este estudo contribuiu para a disponibilidade, em Portugal, de um instrumento de avaliação de atitudes em relação à demência que seguiu rigorosos procedimentos de validação linguística.

Os resultados obtidos neste estudo suportam a relevância da formação de base e pós-graduada sobre a demência, uma vez que sugerem que profissionais de saúde que recebam conhecimentos específicos sobre a demência, durante a sua formação de base ou noutras formações, revelam atitudes mais positivas em relação à demência. Especificamente, a EAD poderá ser útil na avaliação do sucesso de intervenções formativas sobre a demência (aplicação da EAD; formação sobre a demência; nova aplicação da EAD), em diferentes populações, como cuidadores formais e informais, estudantes de cursos superiores de saúde, ou outros.

As atitudes face às pessoas com demência podem afetar a sua qualidade de vida e condicionar a sua individualidade (“*personhood*”) (Kitwood, 1997). A filosofia de cuidados centrados na pessoa demência centra-se na manutenção da individualidade da pessoa com demência, mesmo perante o declínio das suas capacidades cognitivas, garantindo a promoção do seu bem-estar (Brooker, 2007). Assim, ao contribuir para a adaptação e validação deste instrumento, torna-se possível o estudo mais aprofundado das atitudes, e a sua utilização poderá ser útil na avaliação da eficácia de intervenções junto de cuidadores formais/informais e profissionais que visem consolidar e promover esta filosofia de cuidados.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer's Disease International (2011). World Alzheimer Report 2011 - The benefits of early diagnosis and intervention. Recuperado a 2 de Outubro, 2011: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2011>.
- Alzheimer Portugal (2009). *Plano nacional de intervenção Alzheimer - trabalho preparatório para a conferência "Doença de Alzheimer: que políticas"*. Lisboa: Alzheimer Portugal.
- APA - American Psychiatric Association (2007). *Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias*.
- APA - American Psychiatric Association (1996). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ballard, C., Hanney, M. L., Theodoulou, M., Douglas, S., McShane, R., Kossakowski, K., Gill, R., Juszczak, E., Yu, L. M. & Jacoby, R. (2009). The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial [Abstract]. *The Lancet Neurology*, 8 (2), 151-157. doi:10.1016/S1474-4422(08)70295-3.
- Bland, J.M. & Altman, D.G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 1 (8476), 307-310. Recuperado em 16 de Maio, 2012: <http://www-users.york.ac.uk/~mb55/meas/ba.pdf>.
- BPAC - Best Practice Advocacy Centre (2008). Antipsychotics for Dementia Best Practice Guide. Recuperado em 8 de Dezembro, 2011: [www.bpac.org.nz/a4d](http://www.bpac.org.nz/a4d).

- Brooker, D. (2007). *Person-Centred Dementia Care - Making services better*. Londres e Filadélfia: Jessica Kingsley Publishers.
- Connell, C.M., Kole, S.L., Avey, H., Benedict, C.J. & Gilman, S. (1996). Attitudes about Alzheimer's disease and the dementia service delivery network among family caregivers and service providers in rural Michigan. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 3 (11), 15-25. doi:10.1177/153331759601100303.
- Comrey, A.L. (1988). Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 754–761. doi: 10.1037/0022-006X.56.5.754.
- Cruz, J., Barbosa, A., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). *Cuidar com sentido (s): Guia para cuidadores de pessoas com demência*, Universidade de Aveiro, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S., (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*, 25: 5, 582-602. doi: 10.1521/soco.2007.25.5.582.
- Edvardsson, D., Featherstonehaugh, D., Nay, R. & Gibson, S. (2010a). Development and initial testing of the person-centered care assessment tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22:1, 101–108. doi:10.1017/S1041610209990688.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2611–2618. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x.

- Edvardsson, D., Winblad, B. & Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7 (4), 362–67. doi:10.1016/S1474-4422(08)70063-2.
- Epp, T. (2003). Person-Centred Dementia Care: a vision to be refined. *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 14-18. Recuperado em 2 de Janeiro, 2012: [http://www.livingdementia.com/downloads/newsletters/2010/sep\\_oct/person-centered\\_dementia\\_care.pdf](http://www.livingdementia.com/downloads/newsletters/2010/sep_oct/person-centered_dementia_care.pdf).
- Ferreira, P.L. & Marques, F.B. (1998). Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra*, 1-24. Recuperado em 23 de Fevereiro, 2012: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9968/1/RD199801.pdf>.
- Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. Nova Iorque: John Wiley & Sons Inc.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. (Tradução de Nídia Salgueiro) Loures: Lusociência. (Trabalho original publicado em 2006).
- Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R. & Howardet, R. (2006) Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ*, 332, 756-761. doi 10.1136/bmj.38782.575868.7C.
- Grand, J.H., Caspar, S. & MacDonald, S.W. (2011). Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 125–147. doi:10.2147/JMDH.S17773.

- Hair Jr., J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th Edition). Pearson Prentice Hall. Recuperado em 27 de Abril, 2012: <http://pt.scribd.com/doc/25213166/Multivariate-Data-Analysis-7th-Edition>.
- Kang, Y., Moyle, W. & Venturato, L. (2011). Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 143–152. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00254.x.
- Kazui, H., Harada, K., Eguchi, Y.S., Tokunaga, H., Endo, H. & Takeda, M. (2008). Association between quality of life of demented patients and professional knowledge of care workers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21 (1), 72-78. doi: 10.1177/108925320607311562.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Nova Iorque: Open University Press.
- Kverno, K.S., Black, B.S., Nolan M.T. & Rabins, P.V. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998–2008: a systematic literature review. *International Psychogeriatric Association*, 21(5), 825–843. doi:10.1017/S1041610209990196.
- Lawlor, B. (2002). Managing behavioral and psychological symptoms in dement. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 463-465. doi: 10.1192/bjp.181.6.463.
- Lima, L.P. (2004). Atitudes: Estrutura e mudança. In Vala, J., Monteiro, M.B. (Coord.), *Psicologia Social* (6ª Edição) (pp.185-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Litem, T., Woods, B. & Phair, L. (2000). Before and after training: a case study of intervention. *Journal of Dementia Care*, 8, 15 -17. Recuperado em 19 de Abril, 2012:<http://www.careinfo.org/journal-of-dementia-care/articles.php>.
- Lyketsos, C.G., Steinberg, M., Tschanz, J.T., Norton, M.C., Steffens, D.C. & Breitner, J.C.S. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the cache county study on memory in aging. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (5), 708-714. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.708.
- Lundquist, T.S. & Ready, R.E. (2008). Young Adult Attitudes About Alzheimer's Disease. *American Journal Alzheimers Disease Other Dementia*, 23, 267-271. doi: 10.1177/15333317508317818.
- Marques, A. & Figueiredo, D. (2012). Estimulação Multisensorial e Motora na Demência. In C. Moura (Ed.). *Processos e Estratégias do Envelhecimento* (1ª Edição) (pp.281-290). Eudito.
- Nakahira, M., Moyle, W., Creedy, D. & Hitomi, H. (2008). Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 807–816. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02479.x.
- Norbergh, K.G., Helin, Y., Dahl, A., Hellzén, O. & Asplund, K. (2008). Nurses' Attitudes Towards People with Dementia: The semantic differential technique. *Nursing Ethics*, 13 (3), 264 – 274. doi: 10.1191/0969733006ne863oa.
- O'Connor, M. & McFadden, S. (2010). Development and psychometric validation of the dementia attitudes scale. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 1-10. doi:10.4061/2010/454218.
- Paulsen, J.S., Salmon, D.P, Thal, L.J., Romero, R., Weisstein–Jenkins, C., Galasko, D., Hofstetter, C.R., Thomas, R., Grant, I. & Jeste, D.V. (2000).

Incidence of and risk factors for hallucinations and delusions in patients with probable AD. *Neurology*, 54, 1965-1971. Recuperado em 3 de Fevereiro, 2012, de: <http://www.neurology.org/content/54/10/1965.full.html>.

- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS* (5ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, M., Figueiredo, D., Marques, A., Rocha, V. & Sousa, L. (2012, Março). Formal caregivers' attitudes towards older people with dementia (pp. 101-105). In *Proceedings of the 27<sup>th</sup> International Conference of Alzheimer's Disease International*, Londres, Reino Unido.
- Polit, D. F. & Hungler, B.P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª Edição). México: Interamericana.
- Santana, I. (2005). A Doença de Alzheimer e outras Demências – Diagnóstico Diferencial. Em Cartro-Caldas, A., Mendonça, A. (Coord.) *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (p.61-82). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Scholl, J.M. & Sabat, S.R. (2008). Stereotypes, stereotype threat and ageing: implications for the understanding and treatment of people with Alzheimer's disease. *Ageing & Society*, 28, 103-130. doi: 10.1017/S0144686X0700624.
- Shrout, P. E. & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86 (2), 420-428. Recuperado em 6 de Junho, 2012: <http://www.hongik.edu/~ym480/Shrout-Fleiss-ICC.pdf>.
- Spijker A., Verhey F., Graff, M., Grol, R., Adang, E., Wollersheim, H. & Vernooij-Dassen, M. (2009). Systematic care for caregivers of people with dementia in the ambulatory mental health service: designing a multicentre, cluster,

randomized, controlled trial. *BioMed Central Geriatrics*, 9 (21), 1-14. doi:10.1186/1471-2318-9-21.

- Stockwell-Smith, G., Jones, C. & Moyle, W. (2011). "You've got to keep account of heads all the time": staff perceptions of caring for people with dementia. *Journal of Research in Nursing*, 16(5), 400–412. doi: 10.1177/1744987111414535.
- Tamai, S., (2002). Tratamento dos transtornos do comportamento de pacientes com demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl I),15-21. Recuperado 8 de Novembro, 2011: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8852.pdf>
- Touchon, J. & Portet, F. (2002). *Guia prático da doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi.
- Turner, S., Iliffe, S., Downs, M., Wilcock, J., Bryans, M., Levin E., Keady, J. & O'carroll, R. (2004). General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing*, 33, 461–467. doi:10.1093/ageing/afh140.
- Weir, J.P. (2005). Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 19(1), 231–240. Recuperado a 6 de Junho, 2012: <http://www.uta.edu/faculty/jcramer/KINE5300/Weir%202005%20JSCR%20reliability.pdf>.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (pro) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104. Recuperado em 24 de Novembro, 2011: [http://www.ispor.org/workpaper/research\\_practices/PROTranslation\\_Adaptation.pdf](http://www.ispor.org/workpaper/research_practices/PROTranslation_Adaptation.pdf).

- Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustani, M., Preisser, J.S., Heck, E. & Sloane, P.D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45 (Special Issue 1), 96–105. doi: 10.1093/geront/45.suppl\_1.96.



## ANEXO 1

### **The Attitude toward Alzheimer’s disease and Related Dementias Scale**

Directions: Please rate each statement according to how much you agree or disagree with it. Circle 1, 2, 3, 4, 5, 6, or 7 according to how you feel in each case. *Please be honest. There are no right or wrong answers.* The acronym “ADRD” in each question stands for “Alzheimer’s disease and related dementias.”

1. It is rewarding to work with people who have ADRD.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
2. I am afraid of people with ADRD.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
3. People with ADRD can be creative.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
4. I feel confident around people with ADRD.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
5. I am comfortable touching people with ADRD.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
6. I feel uncomfortable being around people with ADRD.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
7. Every person with ADRD has different needs.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
8. I am not very familiar with ADRD.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
9. I would avoid an agitated person with ADRD.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
10. People with ADRD like having familiar things nearby.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
11. It is important to know the past history of people with ADRD.	1	2	3	4	5	6	7
	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

	1	2	3	4	5	6	7
12. It is possible to enjoy interacting with people with ADRD.	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
13. I feel relaxed around people with ADRD.	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
14. People with ADRD can enjoy life.	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
15. People with ADRD can feel when others are kind to them.	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
16. I feel frustrated because I do not know how to help people with ADRD.	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
17. I cannot imagine taking care of someone with ADRD.	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
18. I admire the coping skills of people with ADRD.	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
19. We can do a lot now to improve the lives of people with ADRD.	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
20. Difficult behaviors may be a form of communication for people with ADRD.	Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

**Demographic Information**

1. Gender:     Male             Female
2. Age: \_\_\_\_\_
3. Race:  White     Hispanic     African American     Asian     Native American     Other
4. Have you ever known or worked with someone who has ADRD?     yes     no

If yes, please explain. How long have you known, or did you know, the person or people with ADRD? How close was/is your relationship?

---



---



---



---

*You're done! Thank you for your help!*

## ANEXO 2

**De:** "Carina Raimundo - CHLP, EPE" <carina.raimundo@hsaleiria.min-saude.pt>  
**Assunto:** Pedido de autorização para o estudo - "Doença de Alzheimer e outras demências - representações sociais e atitudes"  
**Date:** Tue, 28 Feb 2012 11:22:54 -0000  
**Para:** <catarinasmарques@ua.pt>

Exma. Sra.

Enf.<sup>a</sup> Catarina Marques,

No seguimento do Vosso requerimento de 2011.11.14, a solicitar autorização para a aplicação de questionários aos Enfermeiros dos vários serviços do HSA (Cardiologia, Medicina I, Medicina II, Urologia, Gastro, Cirurgia I, Cirurgia II, Ortopedia I, Ortopedia II, Ginecologia, Psiquiatria, Consulta Externa e Urgência Geral) sobre informação sociodemográfica e escala de atitudes sobre a Demência, encarrega-me o Dr. Helder Roque, Presidente do Conselho de Administração de informar que o Conselho de Administração, na sua reunião de 2012.02.23, decidiu autorizar o pedido.

Mais se informa que foi dado conhecimento desta deliberação aos Directores de Serviços auscultados.

Com os melhores cumprimentos

---

*Carina Raimundo*

Secretária do Conselho de Administração

E-mail [carina.raimundo@hsaleiria.min-saude.pt](mailto:carina.raimundo@hsaleiria.min-saude.pt)

Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE

R. Olhalvas - Pousos - 2410-197 Leiria

tel. 244 817050 - fax. 244 817 080 ext. 2011

	<a href="#">Próxima não lida</a>	<a href="#">Responder</a>	<a href="#">Responder para todos</a>	<a href="#">Reenviar</a>	
	<a href="#">Voltar a TESE</a>	<a href="#">Apagar</a>	<a href="#">Sinalizar</a>	<a href="#">Fechar como não lida</a>	

## APÊNDICE 1



**Universidade de Aveiro**  
**Secção Autónoma de Ciências da Saúde**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Chamo-me Catarina dos Santos Marques, frequento o Mestrado em Gerontologia na Universidade de Aveiro e estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema “Doença de Alzheimer e outras demências: atitudes dos profissionais de enfermagem”, sob a orientação científica da Prof. Doutora Daniela Figueiredo e da Prof. Doutora Alda Marques.

Este estudo tem 2 objetivos: i) contribuir para a validação da Escala de Atitudes face à Demência (no original, *Dementia Attitudes Scale* - DAS);ii) analisar as atitudes dos enfermeiros em relação às pessoas com demência.

No âmbito do processo de análise das atitudes dos enfermeiros em relação às pessoas com demência, convido-o (a) a preencher a Escala de Atitudes sobre a Demência. Todas as informações que fornecer permanecerão estritamente confidenciais. As informações recolhidas serão analisadas e incorporadas numa dissertação de Mestrado e também poderão ser publicados em revistas científicas. No entanto, em nenhum momento o Sr./Sr<sup>a</sup> será identificado/a, sendo garantida a confidencialidade e anonimato dos dados. Todas as informações serão guardadas e somente os investigadores terão acesso às informações. A sua participação no presente estudo é voluntária. No entanto, é totalmente livre de desistir a qualquer momento, sem que para tal tenha que dar qualquer justificação. A decisão de desistir ou de não participar não terá qualquer prejuízo para si, nem implicará qualquer risco à sua vida e à sua saúde.

Para mais esclarecimentos e/ou dúvidas que eventualmente possam surgir a respeito deste estudo, pode entrar em contacto com os seguintes números de telefone: 968425288 (Catarina Marques), 234372457 (orientação científica: Daniela Figueiredo e/ou Alda Marques - Universidade de Aveiro).

Eu concordo então em participar no estudo:

Assinatura/Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

### Escala de Atitudes face à Demência

**Instruções:** Por favor, classifique cada afirmação de acordo com o seu grau de concordância ou discordância. Assinale com um círculo à volta de 1, 2, 3, 4, 5, 6, ou 7 de acordo com o que sente em cada caso. *Por favor, seja honesto. Não existem respostas certas ou erradas.* Em cada afirmação, DAOD quer dizer “Doença de Alzheimer e Outras Demências”.

1. É gratificante cuidar de/trabalhar com pessoas que têm DAOD (doença de Alzheimer e outras demências).	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
2. Tenho receio de pessoas com DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
3. As pessoas com DAOD podem ser criativas (i. é, podem ter ideias inovadoras).	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
4. Sinto-me confiante junto de pessoas com DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
5. Sinto-me confortável em tocar em pessoas com DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
6. Sinto-me desconfortável junto de pessoas com DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
7. Cada pessoa com DAOD tem necessidades diferentes.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
8. Não estou muito familiarizado/acostumado com a DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
9. Eu evitaria uma pessoa com DAOD, agitada.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
10. As pessoas com DAOD gostam de ter objetos familiares/pessoais por perto.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
11. É importante conhecer a história de vida das pessoas com DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente

Virar a página por favor.

12. É possível desfrutar da interação com pessoas com DAOD (ex.: aprender com elas, ter momentos de lazer com elas).	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
13. Sinto-me descontraído junto de pessoas com DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
14. As pessoas com DAOD podem usufruir da vida.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
15. As pessoas com DAOD conseguem sentir a amabilidade dos outros.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
16. Sinto-me frustrado porque não sei como ajudar as pessoas com DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
17. Não me consigo imaginar a cuidar de alguém com DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
18. Admiro a forma como as pessoas com DAOD lidam com a doença.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
19. Atualmente, nós podemos fazer muitas coisas para melhorar a vida das pessoas com DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente
20. Os comportamentos difíceis (p.e.: agitação, agressividade, perseguição) podem ser uma forma de comunicação das pessoas com DAOD.	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Discordo ligeiramente	4 Não concordo nem discordo	5 Concordo ligeiramente	6 Concordo	7 Concordo fortemente

### Outras Informações:

1. Já alguma vez conheceu, cuidou e/ou trabalhou com alguém que tem DAOD?

Sim  Não

2. Se sim, por favor descreva: Há quanto tempo conhece, ou conheceu, a pessoa ou as pessoas com DAOD? Qual foi/é a vossa proximidade?

---



---



---



---

*Já terminou! Obrigada pela sua colaboração*

## APÊNDICE 3

### Considerações da tradução e validação cultural e linguística da DAS

<b>RETROVERSÃO E HARMONIZAÇÃO</b>		
4. I feel confident when I am with people suffering from DAOD.	4. Sinto-me confiante junto de pessoas com DAOD.	Uniformização dos termos “when I am with” e “near”.
6. I am uncomfortable being near people who suffer from ADOD.	6. Sinto-me desconfortável junto de pessoas com DAOD.	
9. I would avoid people agitated with ADOD.	9. Eu evitaria uma pessoa com DAOD agitada.	
11. It is important to know the background of people suffering from ADOD.	11. É importante conhecer a <u>história passada</u> das pessoas com DAOD.	Decidiu-se manter o termo “história passada”, apesar da dúvida entre história de vida ou historial médico.
12. It is possible to benefit from interacting with people suffering from ADOD.	12. É possível <u>desfrutar</u> da interação com pessoas com DAOD.	Decidiu-se manter o termo “disfrutar”, apesar da dúvida entre a ideia de “tirar prazer da interação” e beneficiar com a interação”.
13. I feel relaxed near people suffering from ADOD.	13. Sinto-me descontraído junto de pessoas com DAOD.	Uniformização dos termos “when I am with” e “near”.
15. People suffering from ADOD can feel when others are nice to them.	15. As pessoas com DAOD conseguem sentir quando os outros são amáveis com elas.	
4. If yes, please indicate: How long have you known a person or people with ADOD? How close was or is your relationship?	4. Se sim, por favor descreva: Há quanto tempo conhece, ou conheceu, a pessoa ou as pessoas com DAOD? Quão próxima foi/é a vossa relação?	
<b>COGNITIVE DEBRIEFING</b>		
Instruções: (...). O acrónimo DAOD em cada afirmação quer dizer “Doença de Alzheimer e Outras Demências”.	Instruções: (...) Em cada afirmação, DAOD quer dizer “Doença de Alzheimer e Outras Demências”.	Retirou-se o termo acrónimo porque era um termo desconhecido para os participantes.
1. É gratificante trabalhar com pessoas que têm DAOD (doença de Alzheimer e outras demências).	1. É gratificante cuidar de/trabalhar com pessoas que têm DAOD (doença de Alzheimer e outras demências).	Acrescentou-se a expressão “cuidar de” porque apenas parte dos participantes efetivamente trabalham com pessoas com DAOD.
2. Tenho medo de pessoas com DAOD.	2. Tenho receio de pessoas com DAOD.	Os participantes sugerem a substituição medo – receio, porque “medo” é um termo demasiado forte,
3. As pessoas com DAOD podem ser criativas.	3. As pessoas com DAOD podem ser criativas (i. é, podem ter ideias inovadoras).	Alguns participantes não sabiam o que significa “ser criativo”, colocou-se exemplo.
8. Não estou muito familiarizado com a DAOD.	8. Não estou muito familiarizado/acostumado com a DAOD.	Alguns participantes associam “estar familiarizado” a ter alguém com DAOD na sua família.
10. As pessoas com DAOD	10. As pessoas com DAOD	Alguns participantes confundiram

gostam de ter objetos familiares por perto.	gostam de ter objetos familiares/pessoais por perto.	objetos familiares com pessoas da família, e outros sugerem exemplos.
11. É importante conhecer a história passada das pessoas com DAOD.	11. É importante conhecer a história de vida das pessoas com DAOD.	Uma vez que o termo “história passada” foi interpretado por todos como a história de vida, foi substituído o termo para “história de vida”.
12. É possível desfrutar da interação com pessoas com DAOD.	12. É possível desfrutar da interação com pessoas com DAOD (ex.: aprender com elas, ter momentos de lazer com elas).	Os participantes sugeriram a colocação de exemplos para clarificar a afirmação.
14. As pessoas com DAOD podem desfrutar da vida.	14. As pessoas com DAOD podem gozar da vida.	Os participantes sugeriram a substituição do verbo “desfrutar” por “gozar”, por estar mais próximo da nossa linguagem cotidiana.
18. Admiro as estratégias que as pessoas com DAOD usam para lidar com a doença.	18. Admiro a forma como as pessoas com DAOD lidam com a doença.	Os participantes questionaram que estratégias estavam a ser referidas, e sugeriram a substituição para “a forma como...”.
20. Os comportamentos difíceis podem ser uma forma de comunicação das pessoas com DAOD.	20. Os comportamentos difíceis (ex.: agitação, agressividade, perseguição) podem ser uma forma de comunicação das pessoas com DAOD.	Os participantes sugeriram a colocação de exemplos para clarificar a afirmação.
Já alguma vez conheceu ou trabalhou com alguém que tem DAOD? Se sim, por favor descreva: Há quanto tempo conhece, ou conheceu, a pessoa ou as pessoas com DAOD? Quão próxima foi/é a vossa relação?	Já alguma vez conheceu, cuidou e/ou trabalhou com alguém que tem DAOD? Se sim, por favor descreva: Há quanto tempo conhece, ou conheceu, a pessoa ou as pessoas com DAOD? Qual foi/é a vossa proximidade?	Acrescentou-se a expressão “cuidar de” porque apenas parte dos participantes efetivamente trabalham com pessoas com DAOD. O termo “quão” não um termo utilizado frequentemente, pelo que alguns participantes sugeriram a reformulação da questão.
<b>CORREÇÃO ORTOGRÁFICA</b>		
14. As pessoas com DAOD podem gozar da vida.	14. As pessoas com DAOD podem usufruir da vida.	
15. As pessoas com DAOD conseguem sentir quando os outros são amáveis com elas.	15. As pessoas com DAOD conseguem sentir a amabilidade dos outros.	



## APÊNDICE 4

### Escala de Atitudes face à Demência

#### Caracterização Sociodemográfica

 Por favor, marque com X ou preencha os espaços que se seguem.

1. Género:  Masculino     Feminino

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Formação em Enfermagem:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem  - Qual? \_\_\_\_\_

Doutoramento

4. Anos de Experiência Profissional:

5. Serviço onde desempenha funções: \_\_\_\_\_

6. Durante a sua formação de base (bacharelato ou licenciatura) e/ou pós-graduada (Mestrado ou Doutoramento) obteve conhecimentos específicos acerca da Doença de Alzheimer e outras demências: Sim  Não

7. Alguma vez frequentou algum curso de formação específico sobre a Doença de Alzheimer e outras Demências:

Sim  - Duração da formação (horas):

Não

8. Pretende frequentar algum tipo de formação específica sobre a Doença de Alzheimer e outras Demências: Sim  Não