

ENAURA HELENA BRANDÃO CHAVES

**Validação do Envelhecimento como Fator Relacionado do
Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada**

Tese apresentada à Universidade Federal de São
Paulo, para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.

São Paulo
2008

ENAURA HELENA BRANDÃO CHAVES

**Validação do Envelhecimento como Fator Relacionado do
Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora:

Prof. Dra. Alba Lucia Botura Leite de Barros

Co-orientadora:

Prof. Dra. Maria Alice Pimenta Parente

São Paulo
2008

Tese de doutorado vinculada à linha de pesquisa Fundamentos e Práticas de Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

*Dedico este trabalho a todos os idosos com quem
convivi (parentes, amigos e pacientes), cuja
experiência e sabedoria enriqueceram minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora prof^a. Dr^a. Alba Lúcia Botura Leite de Barros, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, pela indiscutível competência na área, pela incrível capacidade de relacionamento humano e por ter de forma muito especial me conduzido em todas as etapas deste desafio.

À prof^a. Dr^a. Maria Alice Pimenta Parente, professora da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por ter acreditado em meu potencial.

Aos meus colegas professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que sempre me apoiaram e substituíram em diversas ocasiões.

Ao meu colega e ex-aluno Maiko Marini por ter auxiliado na coleta de dados e principalmente na discussão dos dados, contribuindo de forma significativa com seu conhecimento e interesse pela Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem.

À minha amiga tão querida Valéria Giordani Araújo, por ter sido companheira durante toda esta trajetória.

As professoras da UNIFESP prof^a. Dr^a. Maria Gaby Rivero de Gutiérrez e prof^a. Dr^a. Mariana Fernandes de Souza por terem contribuído no meu aprendizado e terem sido modelos profissionais durante o transcorrer desta formação

As professoras prof^a. Dr^a. Lucila Amaral Carneiro Vianna, prof^a. Dr^a. Dulce Aparecida Barbosa, e prof^a. Dr^a. Maria Alice Dias da Silva Lima por terem sido estimuladoras desta proposta de doutorado.

A todas as colegas que colaboraram voluntariamente na qualidade de *experts* realizando a validação deste estudo.

Aos sujeitos participantes deste estudo que foram incansáveis no fornecimento das informações sempre que foram solicitados.

Aos idosos, em geral, que são objeto de diversos estudos neste momento, pelo seu entendimento em cooperar e pelo reconhecimento que demonstram por aqueles que se preocupam em buscar alternativas para melhorar sua qualidade de vida.

À minha família, minha mãe (in memoriam) por ter ficado ao meu lado durante este estudo, motivando-me cada vez mais a investir na melhoria dos cuidados aos idosos, e a meus filhos Juliana, Laura, Christian e Ricardo por terem me auxiliado a cuidá-la durante os quatro anos de sua invalidez demonstrando carinho e respeito por sua condição.

*“Os nossos velhos são um peso morto na sociedade”,
embora, na verdade, a maior parte deles possam ainda
ser úteis e dinâmicos por muitos e muitos anos. Todos
nós odiamos a velhice e em nenhum momento de
nossa vida nos preparamos para o Inexorável
envelhecimento.*

*Todos apoiamos escolas que ensinam meninos a serem
homens; quem, contudo conhece escolas que ensinam
homens a serem velhos?
Jarbas José Ávila (1978)*

Validação do Envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada

RESUMO

Objetiva-se validar o envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada (DEMP). Realizou-se o estudo em duas etapas metodológicas. A primeira etapa constou da validação de conteúdo das Características Definidoras do DEMP, através da Validação de Conteúdo Diagnóstico de Fehring (1987), da validação do conceito e dos Fatores Relacionados, incluindo-se o envelhecimento. Enviou-se 20 instrumentos para enfermeiros *experts* selecionados através dos critérios adaptados de Fehring (1994). Na segunda etapa, elaborou-se um instrumento baseado nas Características Definidoras do DEMP (NANDA-I, 2006), cujo escore varia de 20-100 pontos, em que quanto mais pontos menos queixas, que foi validado através da técnica de Delphi. A amostra foi de 315 sujeitos, com idades entre 20 e 99 anos, que não apresentavam quaisquer Fatores Relacionados desse diagnóstico. Dos 20 instrumentos enviados, retornaram 18. Na validação de conteúdo diagnóstico, obteve-se cinco Características Definidoras maiores: *incapacidade de recordar informações factuais* (0,916); *incapacidade de recordar eventos passados ou recentes* (0,902); *incapacidade de reter ou aprender novas informações ou habilidades* (0,847); *incapacidade de determinar se uma ação foi executada* (0,819) e *experiências observadas ou relatadas de esquecimentos* (0,861); e duas menores: *incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida* (0,694); *esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado* (0,750). A totalidade dos *experts* (18) avaliou como “pertinente” o conceito do DEMP e os Fatores Relacionados receberam aprovação com os seguintes escores: “*envelhecimento*” e *distúrbios neurológicos* 18 (100%), *distúrbios ambientais excessivos* 17 (94,4%), *Anemia* 17(94,4%), *Hipóxia aguda ou crônica* 17 (94,4%), *desequilíbrio hídrico e eletrolítico* 16 (88,8%) e *Débito cardíaco diminuído* 15 (83,3%). O envelhecimento foi validado conceitualmente pelos *experts*, assim como o conceito, as Características Definidoras e os Fatores Relacionados do DEMP da NANDA-I. Nas respostas do questionário, constatou-se uma diminuição do escore relacionado com o aumento da idade em 50% (10) das questões, sendo que, de um modo geral a medida que a idade aumentava, os sujeitos apresentavam mais queixas de memória. Houve a formação de 2 grupos: um com idade menor de 50 anos e um escore maior de 86 pontos e o outro grupo com idade maior de 70 anos com pontuação menor do que 83 pontos. Constatou-se, então, que as queixas de memória aumentam com a idade. Efetuou-se, assim, a validação clínica e de conteúdo do envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.

Palavras-Chave: memória, envelhecimento, diagnóstico de enfermagem, estudos de validação

Validation of the Aging as Related Factor of the Nursing Diagnosis Impaired Memory

ABSTRACT

The study objective is validate the aging as Related Factor of the Nursing Diagnosis Impaired Memory (NDIM). There was a methodological study in two stages. The first step consisted of validating the content of the defining characteristics NDIM by the Content Validation Diagnostics (Fehring 1987), the validation of the concept and related factors, including aging. 20 instruments are sent to nursing experts selected by criteria adapted from Fehring (1994). In the second step, an instrument based on the defining characteristics of NDIM (NANDA-I, 2006) is applied, whose score ranges from 20-100 points, the more points in fewer complaints, which was validated by the Delphi technique. The sample of 315 subjects, aged between 20 and 99 years who do not present any factors that related diagnosis. Of the 20 instruments sent, 18 returned. In the validation of content diagnosis, received the five classified as major defining characteristics: Inability to recall factual information (0,916), inability to recall recent or past events (0,902), inability to learn or retain new skills or information (0,847), inability to determine whether a behavior was performed (0,819) and observed or reported experiences of forgetting (0,861) and two minor defining characteristics: inability to perform a previously learned skill (0,694), forgets to perform a behavior at a scheduled time (0,750). All the experts (18) assessed as "relevant" the concept of Factors Related DEMP and received approval with the following scores: "Aging" and neurological disturbances 18 (100%), excessive environmental disturbances 17 (94.4%), Anemia 17 (94.4%), acute or chronic hypoxia 17 (94.4%), fluid and electrolyte imbalance 16 (88.8%) and decreased cardiac output 15 (83.3%). The aging concept was validated by experts, as well as the concept, the defining characteristics and the factors related to NDIM of NANDA-I. In the questionnaire responses, there was a decline in scores related to increasing age in 50% (10) of the issues, and generally the higher was the age, the subjects had more complaints of memory. There was the formation of 2 groups: age <50 and score > 86 points and another group aged > 70 years with a score <83. It was then that complaints of memory increases with age. In this way, the validation of clinical content and of aging as related to of Nursing Diagnosis Impaired Memory happened.

Key-Words: memory, aging, nursing diagnosis, validation Studies.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO.....	2
1.2 Contextualização	2
1.3 O Problema.....	7
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos.....	11
3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	12
3.1 O Diagnóstico de Enfermagem.....	12
3.2 Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.....	17
3.3 O Envelhecimento	22
3.4 O Envelhecimento e a Memória	26
4.1 Etapa 1: Validação de Conteúdo	31
4.1.2 Local	34
4.1.3 População	34
4.1.4 Critérios de Inclusão - Exclusão.....	34
4.1.5 Amostra	36
4.1.6 Instrumento.....	38
4.1.7 Coleta de Dados.....	39
4.1.8 Análise dos Dados	40
4.2 Etapa II - Validação Clínica	41
4.2.1 Local	41
4.2.2 População	42
4.2.3 Critérios de inclusão	42
4.2.4 Critérios de exclusão	43
4.2.5 Amostra	44
4.2.6 Instrumento.....	44
4.2.7 Validação do Instrumento: técnica Delphi	46
4.2.8 Teste piloto	48
4.2.9 Coleta de dados.....	48
4.2.10 Tratamento estatístico.....	49
4.2.11 Considerações Éticas	50
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	56
5.1 PARTE I - Validação Conceitual do DE Memória Prejudicada	56
5.2 PARTE II - Validação Clínica do Fator Relacionado Envelhecimento	59
5.2.1 Aplicação do questionário caracterização da amostra.....	59
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	84
6.1 PARTE I - Validação de Conteúdo do DE Memória Prejudicada	84
6.2 PARTE II – Validação Clínica do Envelhecimento	87
7 Conclusões	104
REFERÊNCIAS.....	107

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra	61
Tabela 2 -	Avaliação das questões do questionário	63
Tabela 3 -	Avaliação das questões do questionário conforme a faixa etária	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 -	Diagnóstico Memória Prejudicada, Definição, Características Definidoras e Fatores Relacionados	19
Quadro 02 -	Descrição dos Critérios de Seleção de Fehring (1994)	35
Quadro 03 -	Descrição da Adaptação dos Critérios de Seleção de Fehring (1994)	35
Quadro 04 -	Caracterização das <i>experts</i> da Etapa de Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada	37
Quadro 05 -	Peritos participantes na validação conceitual do questionário - Técnica Delphi	47
Quadro 06 -	Seleção dos <i>expert</i> : adaptação dos critérios de Fehring (1994)	57
Quadro 07 -	Escore Validação de Conteúdo Diagnóstico (FEHRING, 1987)	58
Quadro 08 -	Validação de Conteúdo dos Fatores Relacionados	59
Quadro 09 -	Questões nas quais os participantes demonstraram mais queixas de memória	69

Gráfico 01 -	Distribuição dos problemas de saúde mais freqüentes descritos pelos sujeitos	62
Gráfico 02 -	Avaliação do escore total do questionário conforme a situação de saúde	66
Gráfico 03 -	Avaliação do escore total do questionário conforme faixa etária	79

APRESENTAÇÃO

A proposta de realizar doutorado em enfermagem justifica-se não apenas pelo desenvolvimento pessoal e profissional que será obtido, mas principalmente pela preocupação em contribuir com a valorização da profissão, considerando-a uma ciência e uma arte. Ciência porque reúne conhecimentos teóricos e práticos organizados e validados; arte, face a usar criatividade, habilidade, imaginação e sensibilidade, buscando intensificar cada vez mais sua base científica.

A prática assistencial como enfermeira clínica por cerca de 15 anos e o exercício de docência por mais de vinte e cinco, atuando no cuidado a sujeitos hospitalizados, dependentes e idosos, na maioria das vezes, levam a acreditar que este é o momento de superar alguns conceitos e práticas e *reaprender*, introduzir novas metodologias na prática assistencial e de ensino, tornando-as mais simples, objetivas e simultaneamente aplicáveis, na docência e na assistência.

A gerência e a liderança exercida em diversos momentos da vida profissional contribuíram sobremaneira na busca por competência, não apenas no nível pessoal, mas principalmente no sentido de incentivar o interesse por novos paradigmas do cuidar, e principalmente, pelo estabelecimento de métodos científicos para as ações de enfermagem, no que diz respeito a definição do papel da enfermeira e do fornecimento de evidências quanto ao cuidado prestado.

Hoje, passados mais de trinta anos de profissão, acompanhando sua evolução e sua busca por estabelecer um corpo de conhecimentos próprio, vê-se o desenvolvimento de novas nomenclaturas e taxonomias, que fundamentam as práticas de enfermagem

através de processos sistematizados de identificação e resolução de problemas de saúde, de indivíduos, suas famílias, e seus ambientes.

A enfermagem tem seu foco na saúde e no bem-estar dos clientes e ao longo de sua evolução histórica, inúmeros estudos foram desenvolvidos no sentido de sistematizar suas ações. O uso de linguagem própria, aumenta o corpo de conhecimento e, conseqüentemente, proporciona maior autonomia e *status* profissional.

O uso da taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) é realidade na enfermagem em diversos locais do mundo. Entretanto, é consenso entre os profissionais de enfermagem, a necessidade de refinamento nessa terminologia, para que seu uso seja seguro e de validade científica, nos diferentes contextos em que se desenvolva.

1 INTRODUÇÃO

1.2 Contextualização

O IBGE (2002) aponta o contínuo envelhecimento da população brasileira, tal fenômeno já é popularmente conhecido e aceito. Essa realidade implica novo contexto da saúde do país, na qual os problemas inerentes aos idosos aumentam proporcionalmente a essa crescente população. Faz-se necessário, dessa forma, que os profissionais da saúde instrumentalizem-se para atender adequadamente às necessidades específicas dessa população.

No desempenho de suas funções o enfermeiro, seja em que nível de atenção se encontre atuando, tem sob sua responsabilidade o cuidado a idosos, e tem o dever de estar adequadamente preparado para atender essa população, buscando o conhecimento e os recursos mais adequados às necessidades dos mesmos.

O planejamento da assistência de enfermagem deve ser baseado no raciocínio crítico e num modelo conceitual, visando aprimorar as habilidades teóricas e práticas e definindo um sistema de registro das ações desenvolvidas, o qual poderá servir como instrumento ético e legal para os profissionais.

A metodologia atualmente utilizada pelos enfermeiros é o Processo de Enfermagem que tem como objetivo o atendimento às necessidades individuais dos pacientes. Segundo (HORTA, 1979), é a estrutura conceitual mais sólida para a prestação de cuidados, garantindo a sistematização e a continuidade do cuidado. Ainda sob o ponto de vista dessa autora é a partir da sistematização da assistência de enfermagem que a profissão atingirá sua maioridade, porém, a autonomia desejada, só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar essa metodologia científica em suas ações.

Esse método começou a ser divulgado no Brasil no início dos anos 70, e se desenvolve em seis etapas: a primeira é a coleta de dados (Histórico de Enfermagem), que após serem avaliados e analisados, proporciona o raciocínio clínico que será estabelecido e concretizado com a segunda fase do processo, o Diagnóstico de enfermagem. A terceira é o Plano Assistencial, seguido do Plano de Cuidados, a quarta fase corresponde à prescrição das intervenções de enfermagem, a quinta é a Avaliação, que se constitui no relato diário das mudanças que ocorreram com as intervenções e a sexta e última etapa é denominada Prognóstico de enfermagem que é a estimativa da

capacidade do indivíduo em atender suas próprias necessidades básicas alteradas, após a implementação do plano de cuidados.

A fase da coleta de dados é apontada como a base fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e todo o planejamento da assistência depende da objetividade, fidedignidade e abrangência com que os dados iniciais são coletados. Essa fase tem recebido diversas denominações: levantamento de dados, avaliação, histórico de enfermagem e anamnese de enfermagem, esta última se refere à primeira terminologia atribuída a essa fase, no Brasil.

Para Potter e Perry (2002) e Smeltzer e Bare (2005), a coleta de dados é um processo sistematizado, em que ocorre a verificação e comunicação dos dados sobre o paciente, tendo como meta proporcionar uma base de dados sobre as necessidades, problemas de saúde, experiências relacionadas, práticas de saúde, metas, valores, relacionamentos familiares e estilo de vida do paciente.

A segunda etapa do processo corresponde ao Diagnóstico de Enfermagem, momento em que o enfermeiro analisa e julga os dados coletados, identifica os problemas de enfermagem, estabelece as necessidades básicas afetadas e determina o grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de enfermagem (HORTA, 1979). O Diagnóstico de Enfermagem envolve um raciocínio complexo dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente e fazendo-se um olhar mais abrangente vê-se que contribui para o crescimento de um corpo de conhecimento próprio para a enfermagem, proporciona a padronização da comunicação entre enfermeiros, e permite o registro padronizado e informatizado de todas as demais etapas do processo de enfermagem.

A fim de organizar e classificar os Diagnósticos de Enfermagem, a NANDA – I desenvolveu uma taxonomia para descrever os problemas de saúde identificados e tratados pelos enfermeiros, a qual foi adotada como sistema oficial de Diagnósticos de Enfermagem, denominada Taxonomia I em 1986. A Taxonomia I organizou os diagnósticos em diferentes níveis teóricos, dos abstratos e gerais para os concretos e específicos (Melo, 2004).

A mesma foi revisada e teve sua primeira publicação em 1989 e perdurou até o ano de 2000, no entanto, durante todos esses anos sua estrutura sofreu críticas e sugestões, o que levou a criação da Taxonomia II, publicada em 2001, com 13 domínios, 46 classes e 167 diagnósticos e 7 eixos (NANDA-I, 2002). Os domínios propostos pela Taxonomia II compreendem: promoção da saúde, nutrição, eliminação, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, relacionamentos de papel, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento (NANDA-I, 2006). Essa Taxonomia é multiaxial, o que a torna mais flexível, permitindo que se façam modificações, acréscimos ou exclusões, o que é confirmado por Melo (2004, p. 4): “os Diagnósticos de Enfermagem propostos pela NANDA-I são conhecidos e bem aplicados, porém, os mesmos não são definitivos, uma vez que pesquisas em populações específicas podem permitir seu aprimoramento e tornar sua estrutura conceitual mais aprimorada.”

Atualmente no Brasil, a atual edição da NANDA-I é a 2008-2009, sendo que Estados Unidos da América já foi lançada a edição 2009-2011. Neste estudo, utilizou-se a edição da NANDA-I 2005-2006.

No Brasil, foram realizados vários estudos de validação de Diagnósticos de Enfermagem, como os de Oliva (2000), Oliveira (2001), Santana e Sawada (2002),

Bachion, Araujo e Santana (2002), Santana (2004), Melo (2004), porém há ainda a necessidade da realização de trabalhos para dar maior credibilidade e confiabilidade na Taxonomia da NANDA-I.

Como um dos diversos sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem disponíveis, os Diagnóstico de Enfermagem propostos pela NANDA-I tem contribuído na promoção da autonomia profissional dos enfermeiros, permitindo o exercício de conhecimentos específicos de enfermagem na identificação das necessidades e dos cuidados de enfermagem a serem implementados.

A preocupação com a visibilidade social da profissão e o desejo de desenvolver práticas cada vez mais adequadas e seguras, para o cuidados de indivíduos idosos, leva a pensar em uma forma de contribuir para o desenvolvimento dessa metodologia, tanto no seu suporte teórico como na divulgação da mesma junto a um número cada vez maior de profissionais.

Uma das principais formas de dar continuidade a essa metodologia é cada vez mais usar os Diagnósticos de Enfermagem tornando-o uma realidade na prática diária dos profissionais de enfermagem, propondo novos diagnósticos e validando-os através das metodologias disponíveis.

Há mais de duas décadas a metodologia do Processo de Enfermagem foi introduzida na prática de enfermagem clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e mantém-se até os dias atuais, aperfeiçoando-se continuamente, garantindo o registro das avaliações e das ações de cuidado realizadas pela equipe de enfermagem. Tendo sido participante dessa proposta como enfermeira clínica e posteriormente como docente, presencia-se hoje a informatização e implantação do Diagnóstico de Enfermagem, que se constitui em uma das fases do Processo de Enfermagem. Torna-se necessário, muito

estudo, dedicação e esforço nesse processo, no sentido de aprimorá-lo para que se torne uma realidade na prática de enfermeiras em todo o país.

1.3 O Problema

A Taxonomia da NANDA-I ainda não tem todos os seus Diagnósticos de Enfermagem e seus elementos constituintes validados, isso pode incorrer em baixa adesão da Taxonomia na prática clínica de enfermagem, pois se faz necessário que a mesma de suporte às complexas situações que o enfermeiro vivencia no cuidado aos pacientes. Dentre esses casos, identifica-se o Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada (NANDA-I, 2006), pois o envelhecimento não consta como um dos seus Fatores Relacionados embora dificuldades de memória relacionadas com o envelhecimento sejam uma realidade já reconhecida por diferentes autores (DOBBS e RULE, 1989; SALTHOUSE, 1991; VERHAEGHEN, MARCOEN e GOSENS, 1993; JONKER, GEERLINGS e SCHMAND, 2000; DUARTE, 2001; GUERREIRO *et al*, 2006; ALMEIDA, BEGER e WATANABE, 2007).

Segundo Taussik (2003) o impacto das dificuldades de memória na vida de um indivíduo é muito importante, uma vez que afeta não só seu desempenho na vida diária, como o esquecimento dos compromissos previamente assumidos como a dificuldade em lembrar o nome das pessoas. Segundo essa autora, esses esquecimentos trazem conseqüências psicológicas que provocam perda de auto-estima, alijamento das relações sociais, aumento da insegurança e sentimentos de inutilidade e solidão.

A experiência demonstra, também, que o Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada, estabelecido pela prática clínica e evidenciado pelas Características Definidoras, é com muita frequência relacionado com o envelhecimento. As pessoas com idade acima dos 60 anos queixam-se frequentemente de distúrbios pontuais de memória como esquecimento do nome de pessoas, de objetos, onde colocaram determinados pertences ou, documentos. Estes “lapsos” às vezes são transitórios, vindo após alguns momentos à consciência.

Considerando-se, então, as evidências apontadas pela literatura e pela prática clínica de enfermagem da relação do envelhecimento com a memória, justifica-se a realização deste estudo, pois percebe-se que a Taxonomia da NANDA-I não dá suporte a essa situação clínica específica, a qual interfere significativamente na vida dos idosos, e portanto necessita ser identificada pela equipe de enfermagem. Ademais, para propor a inclusão do Envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada da NANDA-I, faz-se necessário a realização de estudo de validação, pois a mesma apresenta rigorosos critérios para quaisquer modificações em sua Taxonomia, a fim de manter e aperfeiçoar sua base em evidências (NANDA, 2008).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Validar o envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.

2.2 Objetivos específicos

1 – Validar o conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada (NANDA-I, 2006) e do envelhecimento como seu fator relacionado;

2 – Validar clinicamente o envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.

3 – Submeter os resultados do estudo para apreciação da *North American Nursing Diagnosis - Internacional* (NANDA-I).

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, serão discutidos os principais vínculos do objeto com a teoria. Faz-se uma breve incursão sobre o Processo de Enfermagem enfatizando o Diagnóstico de Enfermagem *Memória Prejudicada* NANDA-I (2008) e o envelhecimento como fator relacionado deste diagnóstico. Realizar-se-á, também, uma fundamentação teórica sobre o processo de memória.

3.1 O Diagnóstico de Enfermagem

O interesse em desenvolver linguagens e sistemas de informação tem crescido, não apenas em âmbito internacional, mas também nacional. A preocupação com a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a uniformização da linguagem tem recebido destaque no campo da pesquisa na enfermagem. Isto reflete a tentativa de adquirir uma identidade própria que seja reconhecida, não apenas no âmbito da enfermagem, mas pela sociedade em geral.

As terminologias em enfermagem, ao longo dos anos, foram desenvolvendo-se no sentido de identificar, denominar e classificar os principais conceitos dos diferentes domínios de padrões funcionais para uso em unidades clínicas, na área de ensino, no treinamento da equipe, na documentação dos cuidados de enfermagem, no desenvolvimento do seu corpo de conhecimento e também para adequar-se aos sistemas computacionais atualmente implantados nos serviços de saúde.

Dentre as terminologias de enfermagem, os Diagnósticos de Enfermagem (DE) são os que mais tem sido estudados. A taxonomia dos DE, diferentemente da Classificação Internacional de Doenças (CID), é constituída por uma estrutura teórica que orienta a classificação e categorização dos DE ou das condições que necessitam de cuidados de enfermagem (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000). No entanto, não há uma orientação definida entre esses estudos, o que pode resultar em dispersão de esforços e baixa efetividade dos resultados obtidos. Por isso, é importante que se busque aglutinar os temas afins, no sentido de aprofundar o processo de construção do conhecimento em enfermagem, otimizando os recursos humanos e materiais disponíveis (GUTIÉRREZ *et al*, 2002).

Para as enfermeiras, a linguagem dos DE serve de instrumento para descrever a experiência do paciente, exigindo para isso exercício pleno do pensamento crítico, analítico e criativo, resultante de um trabalho conjunto de enfermeiras de diferentes áreas e procedências, que resultará sem dúvida, como afirma Gutiérrez (2000) na construção de um corpo de conhecimento socialmente relevante e reconhecido pela comunidade científica.

A Taxonomia dos DE da *North American Nursing Diagnosis – International* (NANDA-I) refere-se a mais importante taxonomia de enfermagem, pois é utilizada e estudada internacionalmente. Dessa forma, acredita-se que se deve direcionar estudos para o refinamento dessa Taxonomia contribuindo, assim, para a sua eficiência e eficácia na prática clínica de enfermagem.

A NANDA-I atribui o seguinte conceito ao DE:

Julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA-I, 2008, p.187).

Na definição da NANDA-I destacam-se alguns pontos, tais como a afirmativa de que o DE é um julgamento, uma vez que o mesmo é um processo cognitivo que envolve o estabelecimento de inferências sobre dados que captamos com nossos sentidos. Outro aspecto a considerar-se é de que este julgamento clínico é limitado, pois focaliza as respostas apresentadas por aqueles de quem cuidamos, o qual poderá ser uma pessoa, um grupo ou uma comunidade.

Os DE são formados por diferentes componentes que permitem a sua operacionalização na prática clínica de enfermagem. Segundo a Taxonomia da NANDA-I (2008) esses se referem ao Título, Definição, Características Definidoras, Fatores de Risco e Fatores Relacionados. O Título nomeia o DE, a Definição descreve o significado do DE, as Características Definidoras compreendem inferências observáveis que agrupadas representem a manifestação do DE, os Fatores de Riscos referem-se aos fatores que o indivíduo está exposto e que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo a determinado DE, já os Fatores Relacionados indicam um fator que apresenta uma relação padronizada com o DE. Entretanto há DE que não possuem todos esses componentes, como os de Riscos e os de Promoção da Saúde.

Segundo Gordon (1987), DE pode ser definido como categoria e como processo. Como categoria pode ser visto em três perspectivas: 1) conceitual, que comunica o significado de uma idéia; 2) estrutural, que descreve as várias formas de registro dos diagnósticos; 3) contextual, que descreve especificamente a relação do diagnóstico com o processo de enfermagem e os cuidados de saúde.

A definição conceitual transmite o significado de uma idéia e apresenta duas importantes características: 1. A responsabilidade de se fazer DE é exclusiva do enfermeiro e, 2. Descreve os problemas de saúde atual ou potencial do paciente, entende-se por problema de saúde atual, o desvio da linha da saúde e a identificação dos fatores de risco que decorrem de uma predisposição individual, familiar ou comunitária. E por problema de saúde potencial, a presença dos fatores de risco.

A definição estrutural é constituída pelos problemas de saúde, fatores etiológicos e definição de características ou grupos de sinais e sintomas os quais são referenciados pela sigla PES (Problema, Etiologia e Sinais e Sintomas). Nesta definição o primeiro componente do diagnóstico de enfermagem são os problemas de saúde, os quais são ilustrados pelas categorias diagnosticas. Cada uma descreve o problema ou estado de saúde do indivíduo, família ou comunidade, o qual é expresso de forma clara, com termos resumidos, preferentemente por duas ou três palavras.

O segundo componente do DE são os fatores prováveis que causam ou mantém os problemas de saúde. Estes podem ser comportamentos dos pacientes, fatores ambientais, ou a interação de ambos. O paciente pode ter alguns problemas, mas existem sinais e sintomas indicativos de diferentes fatores etiológicos. Isto é importante para realizar a diferença diagnóstica existente, como também identificar o tratamento requerido, quando os fatores causais são diferentes.

O terceiro componente são os sinais e sintomas que incluem a condição de critérios, na definição das características e no suporte das informações. Quando o cliente manifesta sinais e sintomas que correspondem ao critério de definição de características,

eles são usados na categoria diagnóstica apropriada. Isto irá favorecer a padronização e utilização internacional dos Diagnósticos de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem ou diagnósticos clínicos elaborados por enfermeiras descrevem os problemas de saúde reais ou potenciais nos quais as enfermeiras pela probidade de sua educação e experiência estão capacitadas e licenciadas para tratar (GORDON, 1994). O DE também é descrito da seguinte forma:

[...] é uma decisão acerca de um problema/necessidade que requeira a intervenção e o manejo do enfermeiro. O problema pode se referir a qualquer fato que interfira na qualidade de vida a que o paciente está acostumado e/ou deseja, inclui as preocupações do paciente, de entes queridos e/ou do enfermeiro (DOENGES e MOORHOUSE, 1999, p.10).

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem, dá suporte à metodologia do DE, e resolve:

O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais (COFEN, 2002, Resolução COFEN-272/2002, Art. 1º).

Conforme Benedet e Bub (1998) o DE aparece em três contextos: busca de informações, interpretação e denominação ou rotulação, sendo que a busca de informação exige o agrupamento e a classificação das informações conforme seu significado, e ainda na identificação das informações relevantes, na comparação com o conhecimento teórico de diversas disciplinas e na experiência profissional.

Diferentes autores estabeleceram definições distintas do DE, no entanto, todos afirmam que um DE inclui aspectos essenciais que o caracterizam: a) é uma declaração sobre um problema de um cliente; b) refere-se a um estado de saúde ou a um problema

potencial de saúde; c) é uma conclusão resultante da identificação de um padrão ou grupo de sinais e sintomas; d) está baseado em dados subjetivos e objetivos; e) é uma declaração de um julgamento de enfermagem; f) é uma declaração breve e concisa; g) refere-se às condições para as quais as enfermeiras estão licenciadas para atuar (IYER, TAPTICH, BERNOCCHI-LOSEY, 1993; BENEDET e BUB, 1998; ALFARO-LEFEVRE, 2000; CARPENITO, 2001).

A formulação de um DE deve ser considerada uma nova habilidade para a enfermeira, diferenciando-se bastante do diagnóstico médico que se costuma interpretar, pois identifica uma resposta real ou potencial à doença e a eventos relacionados ao ciclo vital, os quais demandam intervenções de enfermagem. A nomenclatura dos DE vem cada vez mais sendo utilizada pelos enfermeiros, e estudos que garantam sua confiabilidade, segurança e especialmente sua validade estão atualmente permeando a literatura de enfermagem.

3.2 Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada

A *North American Nursing Association* (NANDA-I) incluiu em sua Taxonomia o Diagnóstico de Enfermagem *Memória Prejudicada* no ano 1994 e o caracterizava no Padrão 8 – *Conhecer*. A definição desse diagnóstico era assim:

“Estado no qual o indivíduo experimenta a incapacidade de lembrar-se ou recordar-se de pedaços de informações ou habilidades comportamentais. A memória prejudicada pode ser atribuída a causas fisiopatológicas ou situacionais que são tanto temporárias como permanentes.” (NANDA-I, 2000, p.120).

A NANDA-I (2000) descreve as características definidoras desse DE assim: *incapacidade de recordar informações factuais; incapacidade de recordar eventos passados ou recentes; incapacidade de aprender ou reter novas habilidades ou informações; incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada; experiências observadas ou relatadas de esquecimento; incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida e esquece de efetuar uma ação em um horário planejado* (NANDA, 2000). Os fatores relacionados são: desequilíbrio hídrico e eletrolítico; distúrbios neurológicos, distúrbios ambientais excessivos; anemia; hipóxia aguda ou crônica e débito cardíaco diminuído (NANDA, 2000).

Com a transição para a Taxonomia II, o Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada foi categorizado no Domínio 5 – Percepção/Cognição: “O sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação” e à Classe 4 - *cognição*: “uso da memória, aprendizagem, pensamento, resolução de problemas, abstração, julgamento, discernimento, capacidade intelectual, cálculo e linguagem” e ao conceito diagnóstico “memória” (NANDA, 2002).

Nessa Taxonomia, a definição do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada foi reduzida para: “Incapacidade de lembrar-se ou recordar-se de pedaços de informação ou habilidades comportamentais”. Como nota desse diagnóstico, a NANDA (2002) detalha que “A memória prejudicada pode ser atribuída a causas fisiopatológicas ou situacionais que podem ser tanto temporárias como permanentes.” As CD e os FR permaneceram inalterados até a edição da NANDA-I de 2006, edição esta que norteou o desenvolvimento do presente estudo.

No Quadro 01, estão descritos a atual definição, CD e FR do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada. Nota-se que o título permanece inalterado. As CD

foram desmembradas de sete para dez, e a expressão “passados ou presentes” foi suprimida da CD “incapacidade de recordar eventos passados ou presentes”, não vinculando mais o esquecimento com o tempo passado ou presente. Os fatores relacionados não sofreram modificações. A única mudança nos FR foi o de hipóxia aguda ou crônica que passou a ser denominada apenas hipóxia (NANDA, 2008, p.187).

Quadro 01 - Diagnóstico Memória Prejudicada, Definição, Características Definidoras e Fatores Relacionados

Diagnóstico de Enfermagem: Memória Prejudicada	
Definição	
Incapacidade de lembrar-se ou recordar de partes de informação ou habilidades comportamentais.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Esquecimento de efetuar uma ação em um horário planejado • Experiências de esquecimentos • Incapacidade de aprender novas habilidades • Incapacidade de aprender novas informações • Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida • Incapacidade de recordar eventos • Incapacidade de recordar informações factuais • Incapacidade de reter novas habilidades • Incapacidade de reter novas informações
Fatores Relacionados	
Anemia	Distúrbios ambientais excessivos
Débito cardíaco diminuído	Distúrbios neurológicos
Desequilíbrio hídrico e eletrolítico	Hipóxia

Segue a definição dos Fatores Relacionados (NANDA, 2008) do DEMP, como descrito pela literatura médica e de enfermagem:

1. *Anemia*: caracteriza-se por uma redução significativa da massa de eritrócitos, com diminuição correspondente na capacidade de transporte de oxigênio do sangue. O volume sangüíneo é mantido em condições normais dentro de um nível quase constante. Por conseguinte a anemia implica em redução na concentração de eritrócitos ou de hemoglobina no sangue periférico. A palidez constitui o achado físico mais comumente associado à anemia. Dois fatores contribuem para aparecimento da palidez em pacientes com anemia: existe uma diminuição na concentração de hemoglobina do sangue que perfunde a pele e as mucosas. Além disso, o sangue é desviado para longe da pele e de outros tecidos periféricos, permitindo um maior aporte sangüíneo para os órgãos vitais. Outras manifestações são: fraqueza, cansaço e astenia, associados àquelas que denotam a descompensação do aparelho cardiocirculatório, principalmente na vigência de esforços (dispnéia, taquicardia, edema de membros inferiores, precordialgia, etc.) (FILHO e NETTO, 2000).
2. *Débito Cardíaco Diminuído* é definido pela NANDA (2002, p. 80) como “sangue bombeado pelo coração insuficiente para atender às demandas metabólicas corporais.” CARpenito (2003) e Sparks, Taylor e Dyer (2000) listam as condições de risco para o desenvolvimento desse diagnóstico, entre as quais incluem: infarto do miocárdio, choque séptico, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cardíaca congênita,

3. *Desequilíbrio hídrico e eletrolítico* – ocorre quando os líquidos ou eletrólitos estiverem em excesso ou deficitários, variando a sintomatologia conforme o tipo de eletrólito afetado (GUYTON e HALL, 2006).
4. *Distúrbios ambientais excessivos* – são aquelas alterações originadas por condições ambientais nocivas ou que se tornaram nocivas ao indivíduo por serem excessivas ou repetitivas ou ainda devido ao tempo prolongado de exposição. Doenges e Moorhouse (1999) ao apontarem o excesso de perturbações ambientais como fator relacionado do DEMP, descrevem essas perturbações como: evento traumático, estado de mania, fuga, abuso de substâncias e efeitos de medicamentos. Neste estudo, considerou-se as seguintes alterações: problemas de visão ou audição, alcoolismo, insônia, dores freqüentes, pesar pela perda de algo ou alguém.
5. *Distúrbios neurológicos* são condições isoladas ou de todo o sistema que resultam de comprometimento estrutural ou metabólico do cérebro e de seu ambiente. As causas estruturais da disfunção neurológica incluem traumatismo craniano, hemorragia intracraniana, encefalite, abscesso cerebral e acidente vascular cerebral. As causas metabólicas da disfunção neurológica incluem sepse, hipovolemia, infarto do miocárdio, parada respiratória, hipoglicemia, desequilíbrio eletrolítico, intoxicação por drogas e/ou álcool, encefalopatia hipertensiva, cetoacidose diabética e encefalopatia hepática (SMELTZER, 2005).
6. *Hipóxia* pode ser definida como uma deficiência de oxigênio nos tecidos corporais, suficiente para causar impedimento da função fisiológica. O déficit

de oxigênio começa a afetar o sistema nervoso central, cujos efeitos estão diretamente relacionados à duração e a gravidade do episódio hipóxico (GUYTON e HALL, 2006).

Ao analisar os fatores relacionados do DEMP (NANDA, 2008), constatou-se que o envelhecimento não está citado como um dos Fatores Relacionados desse diagnóstico. Dessa forma, foi feita uma revisão sobre o *envelhecimento e processo de memória* na busca da relação entre o prejuízo da memória e o envelhecimento.

3.3 O Envelhecimento

O envelhecimento, segundo Hayflick (1997), é acompanhado por inúmeras alterações morfológicas e funcionais em quase todos os órgãos e tecidos, tais como a perda do vigor e da força física, problemas na memória e dificuldade na aquisição de novos conhecimentos, queda de cabelos, perda de massa óssea e aumento no percentual de gordura corporal, diminuição da visão e audição, redução da potência sexual, entre outras.

A partir dos vinte anos o indivíduo começa a perder, aos poucos, células cerebrais, seu corpo também começa a produzir menos elementos químicos do que as células cerebrais necessitam para trabalhar. Essas mudanças se acentuam com o avanço da idade (BERTI e MAYORGA, 1999).

Aragó (1995) refere que seria pouco correto acentuar unilateralmente o processo biológico no envelhecimento e menciona algumas razões principais: a) o ritmo do

envelhecimento biológico é individual, pessoas com idade avançada gozam às vezes de melhor saúde que outras em plena idade madura. b) o declive biológico é real e em certa medida irreversível, mas não existe momento algum em que o crescimento psicológico do indivíduo deve cessar.

As características do envelhecimento e da duração da vida são particulares a cada espécie. No homem, a expectativa média de vida em alguns países desenvolvidos ultrapassa os 80 anos de idade. Acredita-se que cada espécie de ser vivo apresente uma duração máxima de vida que seria determinada pelo seu padrão genético. No entanto, a avaliação da herança genética é difícil, pois o envelhecimento é um processo complexo, soma de vários fatores que agem durante a vida (FILHO e ALENCAR, 2000).

O critério cronológico é ainda um dos mais utilizados para determinar o ser idoso principalmente em pesquisas e políticas públicas, servindo para delimitar a população de determinado estudo, ou para análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos e legais.

No entanto, o ser idoso não pode ser definido só pelo plano cronológico, pois outras condições, tais como físicas, funcionais, mentais e culturais, podem influenciar diretamente na determinação de quem seja idoso. Porém, embora a idade tenha apenas uma função referencial, é necessária uma uniformização com base cronológica do idoso, a ser utilizada, principalmente, no ensino, na pesquisa e na elaboração de programas que visem garantir a qualidade de vida daqueles que ultrapassam os 60 anos de vida.

Não se pode, entretanto, afirmar que a velhice começa aos 60 anos, porque os especialistas reconhecem que o envelhecimento depende de multifatores, como: hereditário, ambiental e estilo de vida. Já do ponto de vista social, a maioria dos países

industrializados fixa a idade para aposentadoria quando as pessoas com emprego regular param de trabalhar e passam a receber uma pensão. No Brasil, essa idade varia de 55 a 60 anos para mulheres e 60 a 65 para homens. (SANTOS et al. 2008).

Shepard (2003) classifica os sujeitos idosos nas seguintes categorias: meia idade, velhice, velhice avançada e velhice muito avançada. A meia idade segundo esse autor se estende de 40 a 65 anos, a velhice entre os 65 a 75 anos, a velhice avançada compreende os 76 aos 85 e a velhice muito avançada acima dos 85 anos.

Essas padronizações etárias variam entre os autores, surgindo diferentes denominações para as idades compreendidas entre os 50 e os 100 anos sendo algumas vezes empregadas as expressões sexagenário (60 a 69 anos), septuagenário (70 a 79 anos), octogenário (80 a 89 anos) nonagenário (90 a 99 anos), e centenários (acima de 100 anos).

No Brasil, a população idosa é definida como aquela a partir dos 60 anos de idade. A Lei 8.842/94 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso no seu artigo 2º que diz: “considera-se idoso, para todos os efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade”, e a Política Nacional de Saúde do Idoso de 13 de dezembro de 1999, sancionada pelo Ministério da Saúde que define a idade a partir dos 60 anos para designar idoso. No estatuto do idoso, em seu primeiro artigo, estabelece que “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”.

Denota-se a importância de conhecer-se a fisiologia do envelhecimento e todos os fatores que lhe são pertinentes, e considera-se relevante identificar como ele é interpretado por todos aqueles que o circundam: a lei que assegura seus direitos como

cidadão, a sociedade em que vive, seus familiares e amigos, mas principalmente, considera-se importante conhecer a imagem que o idoso tem de si e como os profissionais da saúde compreendem o envelhecimento.

Representar a imagem da velhice na ótica do estudante de enfermagem foi o estudo desenvolvido por Novaes e Gandolpho (2002) no qual o grupo de alunos apontou a velhice como um processo fisiológico natural e inevitável, no entanto, desvinculado da idéia de final de vida. A velhice foi representada por eles em seus aspectos positivos, valorativos; bem como em seus aspectos negativos, relacionados à imagem de perda, desvalorização e exclusão social, deixando clara a reprodução que fazem dos pensamentos vigentes na sociedade, sendo difícil superá-los e transformá-los, uma vez que os sujeitos absorvem os conceitos da sociedade que freqüentam.

Em relação à imagem que o próprio idoso faz da velhice, Almeida (2003) afirma que apesar de nem todos estarem felizes ou satisfeitos com a velhice manifestam aceitação. Vêem-na como uma etapa do ciclo natural da vida e demonstram um acentuado conformismo em relação à faixa etária e à condição sócio-econômica. Por outro lado, constatou que muitos dos problemas vivenciados por esta população não são decorrentes da velhice, mas foram agravados com a mesma. O lado negativo da velhice está associado à discriminação e à associação do velho com o passado, como alguém sem contribuição para o futuro. A cultura e a falta de efetivação das leis constituem um outro fator de negatividade. No entanto, o maior problema apresentado relaciona-se ao medo das doenças, frente às dificuldades de acesso ao Sistema Único de Saúde/SUS. Percebeu-se, também, que em todos os depoimentos relacionados às vantagens de ser velho, estão presentes a importância da saúde, da autonomia e da liberdade, e vêem o significado da

velhice com fortes traços de religiosidade e sentimentos de privilégio por estarem participando desta etapa da vida.

É, portanto, imprescindível que os enfermeiros identifiquem as limitações dos pacientes idosos para desempenharem as atividades diárias, que segundo Porto (2000), são aquelas que compreendem a habilidade do idoso para administrar o ambiente onde vive, que varia de cenários, desenvolvendo-se em hospitais, em lares para idosos ou no próprio domicílio do idoso, englobando as diferentes tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si própria e sobreviver.

3.4 O Envelhecimento e a Memória

Denomina-se memória a aquisição, a formação, a conservação e a evocação de informações. A aquisição de memória é também denominada aprendizagem: só se “grava” aquilo que foi aprendido (IZQUIERDO, 2002). Para Xavier (1993) a memória não é uma entidade única, envolve um conjunto de habilidades que englobam diferentes módulos do sistema nervoso. Cada um dos módulos possui diferentes conexões em relação aos outros, atuando de forma cooperativa com alguns e independentes com outros.

Acredita-se que as memórias consistam basicamente na modificação da forma e, portanto, da função das sinapses que intervieram na formação dessas memórias. A maioria das informações que constituem a memória é aprendida através dos sentidos em episódios que são denominados experiências. Segundo a maioria dos autores, é útil classificar as memórias de acordo com sua função, conteúdo e duração, pois diferentes

áreas cerebrais processam diferentes tipos de memória (IZQUIERDO, 2002; PRADO et al. 2008).

A memória, sob o ponto de vista da neuropsicologia cognitiva, baseia-se na suposição de que existem inúmeros módulos ou processadores cognitivos dentro do cérebro, os quais são relativamente independentes uns dos outros quanto ao funcionamento, assim, o dano causado a um módulo não afeta diretamente o funcionamento dos outros, os módulos são anatomicamente distintos, localizam-se em locais diferentes dentro do cérebro, cada um tem uma função específica e operam de forma quase automática de tal forma que uma lesão cerebral pode afetar alguns desses módulos e deixar outros intactos. Apesar dessa profunda divisão de tarefas e de processamentos, existem os módulos que cooperam entre si e nesses casos as lesões ocasionam alterações de desempenho dos módulos remanescentes de modo a minimizar as deficiências (TAUSSIK e WAGNER, 2006).

As dificuldades cognitivas que se apresentam no envelhecimento variam de pessoa para pessoa e de acordo com diferentes fatores, mas dentre eles alterações de memórias são queixas muito frequentes e com repercussões severas tanto para o indivíduo quanto para seus cuidadores. Vários são os fatores de risco associados à deficiência cognitiva: a natureza marcadamente dependente da idade que caracteriza a deficiência cognitiva, a predominância de mulheres (como resultado do fator idade), a acentuada importância dos fatores sócio-econômicos e a associação com a incapacidade para desenvolver as atividades do cotidiano (DAMASCENO, 2002).

Uma parcela significativa de idosos apresenta alterações de memória no envelhecimento normal (BERTOLLUCI, 2000). Existem múltiplos sistemas de memória

que podem individualmente sofrer prejuízo com o envelhecimento (COHEN, 1996). Entretanto, os sistemas da memória não são uniformemente afetados pelo envelhecimento, alguns aspectos são mais alterados que outros (OSTROSKKY-SOLIS, 1998).

A velocidade de processamento explica 90% da variância relacionada ao envelhecimento cognitivo. No envelhecimento há uma redução na velocidade de processamento da informação que afeta o desempenho cognitivo, principalmente, nos processos de atenção e de memória (SALTHOUSE, 1991). A memória recente diminui com a idade e a memória remota permanece inalterada com o envelhecimento e por ser a responsável pela preservação das lembranças, exerce importante papel na preservação da identidade (BLESSMANN, 2004).

Nesse contexto, diversos estudos vêm tentando diferenciar o declínio da capacidade cognitiva inerente ao envelhecimento e daqueles considerados patológicos. Denota-se o uso de diversos conceitos para descrever esse fenômeno, porém o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) (*Mild Cognitive Impairment*), que se define como a transição entre o envelhecimento fisiológico normal e o patológico, tem-se destacado, além de que o diagnóstico de CCL é recomendado pela Academia Americana de Neurologia para a detecção precoce de demência. Entretanto, indivíduos com CCL podem evoluir para diferentes quadros, alguns podem progredir a doença de Alzheimer, ou outras demências, enquanto que outros podem não evoluir para quadros clínicos significativos (PETERSEN et al. 2001). Na prática clínica evidenciam-se diferentes formas de demência, dentre essas as mais frequentes são: Doença de Alzheimer,

demência vascular, demência com corpos de Lewy e demência frontotemporal, em cujo diagnóstico existe comprometimento da memória (CARAMELLI e BARBOSA, 2002).

Especificamente o CCL amnésico, que enfatiza a perda de memória, é considerado o preditor da doença de Alzheimer dentre outras demências, cujos critérios diagnósticos são: 1) queixas subjetivas de memória, preferencialmente corroborado por um informante; 2) comprometimento objetivo de memória, considerando a educação formal e a idade; 3) funcionamento cognitivo global preservado; 4) atividades da vida diária preservadas; e 5) ausência de demência (PETERSEN et al. 2001).

O CCL é frequentemente evidenciado na prática clínica, desse modo faz-se necessária investigação clínica cautelosa para diferenciar sujeitos com déficits de memória, ou outro aspecto da cognição, mas que não são demenciados (PETERSEN et al. 2001). Tendo em vista que o subtipo mais grave de CCL é amnésica, a qual afeta principalmente a memória, além de que queixas subjetivas de memória é primeiro critério listado para esse diagnóstico, denota-se que esses dados são relevantes e precisam ser observados na prática clínica de enfermagem.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, quali-quantitativo que foi desenvolvido em duas etapas baseado na validação de Diagnóstico de Enfermagem que se caracteriza por legitimar e atribuir fidedignidade aos elementos que constituem os DE (FEHRING, 1987). A primeira etapa constou da validação de conteúdo de Diagnóstico de Enfermagem proposto por Fehring (1987). A segunda etapa compreendeu a validação clínica do *envelhecimento* como Fator Relacionado do DE Memória Prejudicada.

4.1 Etapa 1: Validação de Conteúdo

A primeira etapa do estudo compreendeu a validação de conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada (DEMP) e do *envelhecimento* como fator relacionado. Para realizar a validação de conteúdo do DEMP escolheu-se o modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico (VCD) proposto por Fehring (1987) que consiste na obtenção de pareceres de profissionais *experts* sobre as definições teóricas do levantamento bibliográfico pertinente.

Para LoBiondo-Wood e Harber (2001) existem três tipos principais de validade: validade de conteúdo, de construto e relacionada a um critério. Sobre a validade de conteúdo afirmam (p.188) “representa o universo do conteúdo ou do domínio de um dado construto”. Referem que quando se desenvolve um instrumento e surgem questões da validade de conteúdo, a preocupação é verificar se o instrumento e as questões que ele contém são representativas do domínio ou do conteúdo que o pesquisador pretende medir.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

O modelo VCD, proposto por Fehring (1987), apóia-se na obtenção dos pareceres de profissionais considerados *experts* na área que envolve o diagnóstico a ser validado. Esse modelo é frequentemente o mais utilizado em metodologias de pesquisas para realizar a validação de conteúdo (GORIS e GONZALO, 2007). O VCD (FERING, 1987) é utilizado por pesquisadores de diversos países. Como os descritos abaixo.

Bachion, Araújo e Santana (2002), no estudo “Validação de Conteúdo do DE Mobilidade Física Prejudicada em Idosos: uma contribuição”, utilizaram o modelo de validação proposto por Fehring (1987). As autoras revisaram a literatura buscando possíveis características definidoras do DE em estudo e construíram um protocolo de validação de conteúdo.

Oliveira e Chianca (2003) validaram o diagnóstico “Ansiedade” estabelecido pela NANDA, a partir do modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico de Enfermagem, segundo Fehring (1987), no contexto cultural brasileiro. Nesse estudo, utilizaram 120 enfermeiros, categorizados como *experts* e *não-experts*. No estudo, os enfermeiros avaliaram 70 possíveis CD, dessas 24 foram excluídas, 38 foram consideradas menores e 8 foram *maiores*. Ao comparar as avaliações das CD do grupo *expert e não-expert*, concluíram que, de modo geral, são idênticas.

Goris e Gonzalo (2007) validaram o diagnóstico de enfermagem “sedentarismo”, a partir na Validação de Conteúdo Diagnóstico (FEHRING, 1987), no contexto cultural da Espanha. Nesse estudo, também identificaram o perfil dos *experts*, através de uso de exemplos, em que os enfermeiros avaliaram se quatro declarações diagnósticas estavam ou não corretas. O escore VCD total das CD desse diagnóstico foi 7. Os resultados apontaram que fatores como experiência e formação dos enfermeiros interferem nos acertos em declarações diagnósticas. Os autores consideram que a validação de conteúdo

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

clarifica as manifestações do diagnóstico e auxilia a sua declaração na prática clínica. Acrescentam que deixar claro o perfil dos *experts* permite dar maior segurança aos resultados de estudos de validação.

Chie *et al* (1999) examinaram a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “distúrbio da imagem corporal”, da taxonomia da NANDA, no contexto cultural do Japão. A pesquisa utilizou o método de Validação de Conteúdo de Fehring (1987), com a participação de 149 enfermeiros com dez anos de experiência clínica e com conhecimento sobre diagnósticos de enfermagem. Os autores colocaram para avaliação as CD da NANDA desse diagnóstico e mais oito, a partir da literatura, além de duas CD utilizadas como distratoras. O estudo apontou quatro CD *maiores* e quinze *menores*. As autoras enfatizam a necessidade de realização desse tipo de estudo, uma vez que originalmente o diagnóstico foi elaborado em língua e cultura diversas, pois são fatores que influenciam na validade e fidedignidade das CD.

Brukwitzki, Holmgren, Maibusch (1996) realizaram a validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “desobstrução ineficaz das vias aéreas”, através do modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico (FEHRING, 1987) no contexto cultural dos Estados Unidos da América. Participaram do estudo 546 enfermeiros especialistas no cuidado a paciente com problemas respiratórios. Uma CD foi considerada *maior* e 19 *menores*. As autoras afirmam que conhecer melhor as características definidoras desse DE, aperfeiçoa o seu uso, na prática, em pesquisas e na comunicação.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

4.1.2 Local

Desenvolveu-se a primeira etapa com enfermeiras de diferentes regiões do país que preencheram os critérios de elegibilidade propostos por Fehring (1994).

4.1.3 População

Os sujeitos foram enfermeiras consideradas *experts* no uso de diagnóstico de enfermagem e atuarem nas áreas de gerontologia e/ou neurologia, além de aceitaram participar do estudo, registrando seu aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), de acordo com as normas vigentes de ética e pesquisa na área da saúde (BRASIL, 2002).

Os enfermeiros convidados a participar do estudo foram pré-selecionados pela autora através do currículo *lattes* das mesmas e de suas publicações.

4.1.4 Critérios de Inclusão - Exclusão

Para ser incluído no estudo o enfermeiro deveria ser considerado *expert*. Sobre os critérios de seleção de *experts*, Goris e Gonzalo (2007) afirmam que o modelo de Fehring (Quadro 02) é o mais frequentemente utilizado para realizar validação de conteúdo diagnóstico, e para Galdeano e Rossi (2006) trata-se da metodologia mais adequada para esse tipo de estudo. Porém, Levin (2001) refere possibilidade de flexibilidade nos critérios de seleção de *expert*. Nesse sentido, Galdeano e Rossi (2006) afirmam que independentemente dos critérios utilizados, faz-se necessário descrevê-los detalhadamente.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Neste estudo, adaptou-se os critérios de Fehring, conforme descrito no Quadro 03, a fim de selecionar sujeitos capazes de proporcionar altos níveis de confiabilidade em suas avaliações sobre o objeto do estudo.

Quadro 02 - Descrição dos Critérios de Seleção de Fehring (1994)

Critérios	Pontuação
Mestre em Enfermagem	04
Mestre em Enfermagem – Dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica (diagnóstico na área clínica)	01
Pesquisa publicada sobre diagnóstico de enfermagem	02
Artigo publicado na área dos diagnósticos em periódico de referência	02
Doutorado com tese em diagnóstico de enfermagem	02
Prática clínica com pelo menos um ano de duração na área de enfermagem em clínica médica	01
Certificado (especialização) em área clínica médica com comprovada prática clínica	02

Fonte: Fehring (1994)

Quadro 03 - Descrição da Adaptação dos Critérios de Seleção de Fehring (1994)

Critério adaptados	Pontuação
Mestrado em enfermagem	04
Dissertação na temática dos DE, ou gerontologia, ou neurologia	01
Doutorado em DE, ou gerontologia, ou neurologia	03
Docência há 2 anos em contato com os DE, e/ou gerontologia e/ou neurologia	01
Experiência clínica em contato com a temática dos DE há dois anos, e ou gerontologia, e/ou neurologia	01
Pesquisa com publicação na área de DE, e/ou gerontologia, e/ou neurologia	01
Publicação de artigo em periódico reconhecido dos na temática DE, e/ou gerontologia, e/ou neurologia	02

Fonte: Chaves, Enaura Helena Brandão, Porto Alegre, 2005.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Para que o enfermeiro fosse considerado *expert* e selecionado para participar no estudo, necessitou somar 5 pontos conforme a pontuação estabelecida pelos critérios adaptados de Fehring (1994) apresentados no Quadro 03.

4.1.5 Amostra

A amostra utilizada neste estudo foi do tipo não-probabilística intencional, que segundo Goldim (2000), aumenta a utilização dos dados a partir de pequenas amostras.

Com a intenção de abranger profissionais de diversas regiões do país com reconhecida atuação na área de Diagnósticos de Enfermagem e gerontologia, optou-se por uma amostra de 20 *experts*. Aceitaram participar do estudo 18 (90%) enfermeiros, os quais preencheram rigorosamente todos os critérios de seleção adaptados de Fehring (1994) (Quadro 03).

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Quadro 04 - Caracterização das *experts* da Etapa de Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada

N°	Grau	Instituição*	Local	Relação com a área temática dos DE	Tempo (Anos)	Data Envio	Data Retorno
01	Dr.	USP	SP	Docente	17	15/08	05/09
				Doutorado/Mestrado gerontologia/geriatria			
02	Dr.	USP	SP	Docente	18	22/06	17/11
				Pesquisador			
03	Ms.	UFRGS	RS	Docente	27	05/04	12/04
				GIDE, Pesquisa			
04	Dr.	UFMG	MG	Docente Gerontologia	18	15/04	25/04
				Pesquisador			
05	Ms.	UNIOESTE	PR	Docente	02	12/07	19/07
				Pesquisadora			
06	Ms.	HCPA	RS	Assistencial	20	04/04	22/04
				GTDE			
07	Ms.	HCPA	RS	Assistencial	10	03/05	07/05
				GTDE			
08	Dr.	UFGO	GO	Docente	17	14/04	25/04
				Pesquisadora Cognição/validação DE			
09	Dr.	UFPB	PB	Docente	28	12/05	22/05
				Pesquisadora			
10	Dr.	UNIFESP	SP	Docente	06	12/05	30/05
				Disciplina sobre o SAE			
11	Dr.	UNIFESP	SP	Docente	20	13/06	27/06
				Pesquisadora			
12	Dr.	USP	SP	Docente	24	22/06	10/08
				Pesquisadora			
13	Ms.	UEL	PR	Docente	11	28/06	01/08
				Pesquisadora			
14	Ms.	USP	SP	Docente	05	01/06	12/06
				Pesquisador			
15	Ms.	HCPA	RS	Assistencial	20	19/04	02/07
				GTDE			
16	Ms.	HCPA	RS	Assistencial	15	25/04	02/07
				GTDE			
17	Dr.	ULBRA	RS	Docente	18	12/07	16/08
				Pesquisador			
18	Ms.	UFMG	MG	Docente	04	23/07	31/08
				Pesquisador			

Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2005.

* EEUFRGS – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
EEUFMG – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EEUFGO - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Goiânia
PPGUFPB – Universidade Federal da Paraíba
UNIFESP – Universidade Federal do Estado de São Paulo
USP – Universidade de São Paulo

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

UEL – Universidade Estadual de Londrina
ULBRA - Universidade Luterana do Brasil
UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
GTDE – Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem do HCPA
GIDE – Grupo de Interesse em Diagnósticos de Enfermagem – ABEn-RS

4.1.6 Instrumento

Para a validação de conteúdo do envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada (DEMP) elaborou-se um instrumento semi-estruturado denominado *“Formulário de Avaliação das Características Definidoras e Fatores Relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada”* (Apêndice B).

A primeira parte do instrumento foi elaborada para que o enfermeiro preenchesse os seus dados de identificação, formação, área de conhecimento, tempo e área de atuação.

A segunda parte inicia-se com orientações sobre método, objetivo e instruções para preenchimento do instrumento. Na seqüência, formulou-se questões para avaliação da definição, características definidoras e fatores relacionados do DEMP (NANDA, 2006). Para avaliar a definição deste diagnóstico, colocou-se as alternativas “pertinente” e “não-pertinente” e para se avaliar as características definidoras do DEMP, elaborou-se uma escala do tipo Likert com cinco pontos (1= Totalmente Indicativa, 2= Muito Indicativa, 3= Indicativa, 4= Pouco Indicativa e 5= Não), os enfermeiros atribuíram valores conforme a pertinência de cada característica definidora. Essa parte refere-se à primeira etapa da Validação de Conteúdo Diagnóstico (FEHRING, 1987).

A parte seguinte constou da avaliação dos fatores relacionados do DEMP (2006) e do *envelhecimento* como fator relacionado proposto. Nessa parte, os *experts*

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

assinavam a alternativa sim ou não, conforme a pertinência do fator relacionado com o DEMP.

Na última parte do instrumento destinou-se um espaço para sugestões ou comentários, além da definição dos termos referentes aos fatores relacionados do DEMP (NANDA, 2006), além do proposto Fator Relacionado envelhecimento.

Entretanto, durante o desenvolvimento da pesquisa, já após os *experts* terem retornado o instrumento preenchido, constatou-se a necessidade de suprimir a palavra *processo*, devido a motivos conceituais e operacionais que foram justificados junto aos *experts* participantes do estudo. Com essa finalidade consultou-se, através de *e-mail*, os *experts* que participaram desta etapa do estudo, quanto à concordância em usar somente a palavra envelhecimento (Apêndice C) Os *experts* retornaram os *e-mail* concordando com a supressão da palavra *processo*, desse modo, passou-se a considerar somente a expressão envelhecimento como o fator relacionado proposto para validação.

4.1.7 Coleta de Dados

Os dados foram coletados, através do instrumento “Formulário de Avaliação das Características Definidoras e Fatores Relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada”, enviados via correio.

O período da coleta foi de abril de 2005 a agosto de 2006, dos 20 instrumentos enviados, 18 (90%) retornaram totalmente preenchidos.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

4.1.8 Análise dos Dados

Para análise das características definidoras pelos *experts* utilizou-se o modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico de Fehring (1987), que é formado por seis etapas, porém neste estudo não se utilizou a segunda etapa, considerando que é opcional:

1º passo – para cada característica definidora do diagnóstico em teste, os peritos atribuem valores em uma escala de 1 a 5 em que: 1= Totalmente Indicativa, 2= Muito Indicativa, 3= Indicativa, 4= Pouco Indicativa e 5= Não Indicativa.

2º passo – é opcional, utiliza-se a técnica Delphi que consiste na repetição de questionários para obtenção do consenso de um grupo de profissionais peritos sobre as características definidoras do diagnóstico em estudo.

3º passo – para cada uma das características definidoras, calcula-se a média ponderada das notas atribuídas pelos peritos, considerando os pesos: 1 = 1; 2= 0,75; 3 = 0,50; 4 = 0,25 e 5 = 0.

4º passo - as características definidoras com média ponderada menor ou igual a 0,50 são descartadas, até que outros estudos sejam realizados e concretizem a inclusão destas características, desta forma, este passo deve ser provisório.

5º passo – da mesma forma que no passo anterior as resoluções serão provisórias, até que novos estudos ocorram e confirmem os resultados, as características definidoras com escore maior ou igual a 0,80 serão consideradas como características definidoras maiores e aquelas com média ponderada menor que 0,80 e maior que 0,50 como características definidoras menores.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

6º passo - determina-se o escore VCD total a partir da soma dos escores individuais e divisão pelo número total de características definidoras ao diagnóstico, excluídas aquelas com média ponderada menor ou igual a 0,50.

Para analisar as respostas dos enfermeiros referentes à definição e aos fatores relacionados (NANDA, 2006) e o proposto *envelhecimento*, calculou-se as frequências absolutas.

4.2 Etapa II - Validação Clínica

A Etapa II constou da validação clínica do envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada, que segundo Fehring (1987) refere-se à busca por evidências clínicas a partir de situações reais. Esse autor afirma que quando o Diagnóstico de Enfermagem compreende predominantemente respostas cognitivas, como é o caso do diagnóstico em estudo, deve-se procurar as informações diretamente do sujeito através de entrevista ou questionário. Assim optou-se realizar a validação clínica do envelhecimento como Fator Relacionado do diagnóstico Memória Prejudicada a partir de um questionário que contempla queixas de memória baseadas nas Características Definidoras desse Diagnóstico de Enfermagem.

4.2.1 Local

Esta etapa do estudo foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que é um hospital geral, de capacidade extra e de corpo clínico fechado. O HCPA é também um hospital universitário que tem entre outros objetivos administrar e executar serviços de assistência médica hospitalar e de saúde pública.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Escolheu-se essa instituição como local para a pesquisa por ser pioneira no Rio Grande do Sul na implantação do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem e ser campo de prática para acadêmicos de enfermagem de ensino superior e médio da UFRGS na cidade de Porto Alegre – RS.

Para aplicação dos instrumentos foram utilizadas unidades de internação de clínica médica e/ou cirúrgica, bem como áreas ambulatoriais do hospital que atendem pacientes adultos. Nessas áreas foram selecionados os pacientes que apresentaram os critérios de elegibilidade e que se dispuseram a participar do estudo. O levantamento de dados junto à comunidade foi realizado em diferentes locais da cidade de Porto Alegre – Rio Grande do Sul.

4.2.2 População

A população do estudo constituiu-se de sujeitos na faixa etária dos 20 aos 99 anos, que foram distribuídos da seguinte forma:

- 1) pacientes internados em unidades de clínica médica ou cirúrgica dos Serviços de Enfermagem Médica e Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- 2) pacientes em atendimento ambulatorial;
- 3) pessoas oriundas da comunidade da cidade de Porto Alegre - RS.

4.2.3 Critérios de inclusão

Fizeram parte da amostra os sujeitos que ofereceram as seguintes condições:

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

- 1) idade entre 20-99 anos;
- 2) comunicação verbal adequada, e capacidade de entendimento;
- 3) não eram portadores de qualquer tipo de alteração neurológica ou psiquiátrica;
- 4) não apresentaram ou desconheciam serem possuidores das seguintes alterações no momento do estudo: anemia, hipóxia aguda ou crônica, débito cardíaco diminuído, desequilíbrio hídrico e eletrolítico, distúrbios ambientais excessivos, os quais são os Fatores Relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada (DEMP) da NANDA (2006). Os distúrbios ambientais excessivos considerados foram: déficit visual ou auditivo, alcoolismo, transtornos do sono, pesar pela perda de algo ou alguém e dor com uso sistemático de analgésico (CARPENITO, 2003).

Os critérios de exclusão foram elaborados com o objetivo de selecionar sujeitos que não apresentassem quaisquer outros Fatores Relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada na tentativa de demonstrar a relação padronizada desse diagnóstico exclusivamente com o envelhecimento.

4.2.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra aqueles sujeitos que na ocasião do estudo:

- estavam utilizando medicamentos que exercem efeitos sobre o armazenamento da memória;

A presença desses fatores foi, também, identificada através dos dados de identificação e seleção dos participantes, que se encontra na primeira parte do instrumento.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

4.2.5 Amostra

Para cálculo do tamanho da amostra foi utilizada fórmula para amostragem aleatória simples com nível de confiança de 95% a partir de uma variabilidade máxima de 0,25 na estimação de proporções. O número de participantes encontrados foi de 315 a partir de um valor de erro amostral de 5,5 p.p.

4.2.6 Instrumento

Para realizar este estudo elaborou-se um questionário, cujas questões abrangem as Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada da NANDA-I (2006) que foi questionário denominado Questionário Subjetivo de Queixas de Memória – QSQM.

O instrumento de coleta de dados destinou-se a identificação dos sujeitos com queixas de “falta de memória” no desenrolar de suas atividades diárias, não teve pretensão de ser utilizado como um teste de memória, adaptou-se elementos estruturais necessários a elaboração de um Questionário para levantamento subjetivo das queixas de memória dos participantes (Apêndice D). Foram utilizados como referenciais o Questionário Resumido do Estado Mental (PFEIFFER, 1975) e o Questionário de Memória subjetiva (CMS) de McNair e Kahn (1983), adaptado para o espanhol por Allegri *et al* (1999). O teste de PFEIFFER é utilizado para analisar a capacidade mental, avalia a memória, a orientação, a atenção e cálculo matemático. É formado por 10

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

perguntas, podendo apresentar pontuação de 01 a 10 as quais são classificadas em: função intelectual normal, perda intelectual leve, moderada, até perda intelectual grave.

As etapas de construção do instrumento estão descritas a seguir: inicialmente montou-se um conjunto de questionamentos procurando em cada um ou dois deles abranger ao máximo as características definidoras do DE Memória Prejudicada (NANDA, 2006). As questões foram sendo lapidadas até chegar-se a uma relação de 20 perguntas ou afirmativas fechadas que foram agrupadas conforme as características definidoras do DE Memória Prejudicada.

As questões 1, 2, 3 referem-se à Característica Definidora *incapacidade de recordar informações factuais*. Os itens de 4 a 7 referem-se à Característica Definidora *incapacidade de recordar eventos passados ou recentes*. As perguntas 8, 9 e 10 referem-se à Característica Definidora *incapacidade de aprender ou reter novas informações ou habilidades*. Os itens 11 e 12 correspondem à Característica Definidora *incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada*. As perguntas 13, 14 e 15 dizem respeito à Característica Definidora *experiências relatadas ou observadas de esquecimentos* e os itens 16 e 17 são relativos à *incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida*. Por fim, as questões 18, 19, e 20 são relativas à Característica Definidora *esquecimento de efetuar uma ação em um horário planejado*.

Para marcação das respostas foi utilizada uma escala do tipo Likert (Pasquali, 1997) onde os respondentes são solicitados não só a concordarem ou discordarem, mas permite discriminar entre pontos de vista diferentes, a cada célula de resposta é atribuído um número que reflete a direção da atitude do respondente em relação a cada afirmação, sendo de 01 a 05, onde o número 01 seria “Não lembrar nunca” e o número 05 “Lembro totalmente”, excetuando-se as questões de número 6, 13, 14, 15 e 16, onde os parâmetros

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

estão invertidos. O escore do instrumento foi estabelecido entre 20 e 100, em que 20 pontos significava o maior nível de queixas de memória e 100 representava a ausência de queixas de memória.

4.2.7 Validação do Instrumento: técnica Delphi

Realizou-se a validação de conteúdo do instrumento através da técnica de Delphi (GIOVINAZZO, 2001), que se baseia no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas. Constitui-se em um método de obter opinião de *experts* sobre um tópico, utilizando-se sucessivas aplicações de questionários, sendo que em cada fase se utilizam informações das fases anteriores, em busca de consenso do grupo de peritos. A cada fase dá-se o nome de ronda, o número de rondas varia de acordo com o grau de consenso atingido pelos especialistas. A execução da técnica proposta envolve três princípios básicos reforçados pelo autor que são o anonimato dos respondentes, o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subseqüentes e o aprimoramento do instrumento até atingir consenso dos pareceristas.

A técnica de Delphi contou com a participação de cinco profissionais enfermeiras, selecionadas através da adaptação dos critérios de seleção de *experts* de Fehring (1994) utilizados na primeira etapa deste estudo. Foram selecionadas, também, a partir da diversidade dos locais de atuação, a fim de obter-se opinião de *experts* de diferentes organizações e regiões do território nacional. Todas as profissionais foram informadas a respeito do trabalho a ser desenvolvido e deram seu consentimento em participar como avaliadoras em todas as rodadas que se fizessem necessárias.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Nessa validação, realizou-se duas rondas. A primeira ronda deu-se em outubro de 2004 quando as cinco participantes receberam o instrumento inicial com as orientações e o avaliaram conforme roteiro enviado pela pesquisadora. Cada avaliador foi identificado apenas pelos números 1, 2, 3, 4, 5, garantindo-se assim o anonimato entre os mesmos, conforme listado no Quadro 05.

**Quadro 05 - Peritos participantes na validação conceitual do questionário -
Técnica Delphi**

N	Titulação do Avaliador	Instituição/ Local	1ª ronda		2ª ronda	
			Entrega	Retorno	Entrega	Retorno
1	Prof. Dra.	Escola de Enfermagem da UFRGS – Membro do GIDE	22/10/04	10/01/2005	10/01/2005	20/01/2005
2	Prof. Ms	Escola de Enfermagem Da UFRGS	21/10/04	21/11/2004	04/01/2005	25/01/2005
3	Prof. Dra.	INCA - Rio de Janeiro	20/10/04	03/11/2004	04/01/2005	27/03/2005
4	Prof. Dra.	UFRGS – Porto Alegre	18/10/04	22/12/2004	10/01/2005	11/06/2005
5	Prof. Dra.	Universidade Federal de Goiânia	18/10/04	22/10/2004	10/01/2005	25/04/2005

Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2005.

Neste primeiro momento (ronda 1) os especialistas avaliaram o instrumento apresentado e fizeram sugestões que aparecem listadas individualmente no Apêndice E.

Em janeiro de 2005, foram encaminhados os instrumentos para a realização da segunda ronda, que foi concluída em junho de 2005, cujos pareceres estão descritos detalhadamente no Apêndice F.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

4.2.8 Teste piloto

O instrumento foi aplicado inicialmente em uma amostra de 20 pessoas, buscando avaliar a compreensão do mesmo; identificando possíveis dificuldades no entendimento das instruções de preenchimento e clareza na formulação das questões. Nesta etapa o questionário por vezes foi preenchido pelo coletador e em outras pelo participante.

Desse grupo, 15 sujeitos (75%) acharam o questionário fácil de responder, claro e rápido, 75% gostaram de participar e mostraram-se dispostos a colaborar.

Outros aspectos apontados foram os seguintes:

- desconhecia o que é desequilíbrio hídrico e eletrolítico (1 pessoa);
- ignorava o significado de distúrbios neurológicos (8 pessoas);

A partir dessas dúvidas receberam os necessários questionamentos.

- confundiam profissão com função atual (6 pessoas). Houve necessidade de explicar às pessoas que o item profissão referia-se a atividade profissional de origem, embora no momento estivesse aposentado e função destinava-se a conhecer sua atividade atual, profissional ou outra, pois nem todos atuam em sua profissão de formação.

4.2.9 Coleta de dados

O instrumento foi aplicado em sujeitos na faixa etária dos 20 aos 99 anos, estabelecendo uma mensuração por intervalo específico das idades por décadas, com

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

amostra de 15 pessoas em cada uma, a fim de identificar se alterações de memória ocorrem em diferentes períodos de vida.

Os questionários foram aplicados pela autora e por um auxiliar de pesquisa no período de maio de 2005 a dezembro de 2006. Durante o preenchimento dos dados de identificação os participantes foram orientados com relação aos Fatores Relacionados que os excluiriam da amostra.

As respostas foram registradas no instrumento pelo próprio sujeito, ou pelo pesquisador conforme condições do participante, incluindo-se nesse caso os analfabetos. Os questionários não foram identificados e receberam um código numérico conforme número de ordem. As respostas foram marcadas no próprio instrumento evitando-se assim possíveis erros no preenchimento de uma folha de respostas.

4.2.10 Tratamento estatístico

Na avaliação da amostra total, foi utilizada a estatística descritiva, onde as variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica (P25 – P75), e as qualitativas através de frequências absolutas e relativas. Foram feitas as seguintes validações e os cálculos serão descritos a seguir.

A avaliação do escore do questionário com as faixas etárias foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (SIEGEL, 1975). O nível de significância adotado foi de 5% e as análises foram realizadas nos programas SPSS (*Statistical package for the social sciences*) versão 13.0 e PEPI (*Programs for Epidemiologists*) versão 4.0.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

4.2.11 Considerações Éticas

Foi garantido aos participantes total confidencialidade dos dados coletados, sendo os mesmos informados detalhadamente sobre as etapas do estudo, reforçando que poderiam desistir de participar durante o transcorrer do mesmo.

Em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi solicitado a todos os participantes do estudo a formalização de seu consentimento mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Etapa: I - Apêndices A e Etapa: Apêndice G). Através do mesmo os participantes foram instruídos a respeito dos objetivos e dos métodos do estudo.

O projeto em tese foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP (CEP 1376 -04), bem como pelo Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA – GPPG (04-299), instituição que abriga o campo de estudo, e obteve aprovação em ambos.

Conforme a Diretriz 12 das diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS, 1995) o pesquisador responsável assinou um “Termo de Responsabilidade” para manuseio dos prontuários do HCPA (Anexo), em que se compromete em usar as informações dos prontuários única e exclusivamente para fins de estudo. As informações coletadas ficarão sob responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos, sendo após destruídas.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos nas duas etapas da pesquisa “PARTE I” e “PARTE II”.

5.1 PARTE I - Validação Conceitual do DE Memória Prejudicada

O instrumento denominado **“Formulário de Validação das Características Definidoras e Fatores Relacionados do DE Memória Prejudicada”** foi enviado via correio para 20 experts, dos quais retornaram 18.

A origem, titulação e a relação dos mesmos com a temática do Diagnóstico de Enfermagem (DE) em estudo desses *experts* estão apresentadas no Quadro 04.

A partir da adaptação dos critérios de seleção de *experts* de Fehring (1994) a média da pontuação obtida foi de 7,72 pontos. Desses *experts* 18(100%) tinham mestrado em enfermagem, 7 (38,8%) fizeram dissertação na área temática dos DE, ou gerontologia, ou neurologia 7(38,8%) defenderam tese sobre DE, ou gerontologia, ou neurologia 13(72,2%) eram docentes que mantinham contato com a temática do DE em contato com os DE, e/ou gerontologia e/ou neurologia em estudo há 2 ano, 5(27,7%) tinham experiência clínica em contato com a temática dos DE, e/ou gerontologia, e/ou neurologia há 2 anos, 15(83,3%) publicaram pesquisa na temática dos DE, , e/ou gerontologia, e/ou neurologia e 9(50%) publicaram artigo(s) em periódico reconhecido dos na temática DE, e/ou gerontologia, e/ou neurologia (Quadro 06).

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Quadro 06 – Seleção dos *expert*: adaptação dos critérios de Fehring (1994)

P*	Mestrado	Dissertação em uma das áreas	Doutorado em uma das áreas	Docente em contato com a(s) área(s)	Prática clínica em contato com a(s) área (s) +2 anos	Pesquisa com publicação na(s) área(s)	Artigo(s) na(s) área (s)	Total
1	X	X	X	X	-	-	-	09
2	X	-	X	X	-	X	X	11
3	X	-	-	X	-	X	X	08
4	X	-	X	X	-	X	X	11
5	X	X	-	X	-	X	X	09
6	X	-	-	-	X	X	-	06
7	X	-	-	-	X	-	-	05
8	X	-	-	X	-	X	X	08
9	X	X	X	X	-	X	X	12
10	X	-	-	X	-	-	-	05
11	X	-	X	X	-	X	X	11
12	X	X	X	X	-	X	X	12
13	X	X	-	X	-	X	X	09
14	X	-	-	X	-	X	-	06
15	X	-	-	-	X	X	-	06
16	X	X	-	-	X	X	-	07
17	X	-	X	X	-	X	-	09
18	X	X	-	-	X	X	-	07
n(%)	18(100)	7(38,8)	7(38,8)	13(72,2)	5(27,7)	15(83,3)	9(50)	Média: 07,72

Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2005.

*P= código parecerista

Mestrado= 04 pontos

Dissertação na Temática dos DE= 01 ponto

Doutorado em uma das áreas temáticas= 3 pontos

Docência em contato com DE há mais de 1 ano= 01 ponto

Experiência clínica em contato com DE há mais de 1 ano=01 ponto

Pesquisa com publicação na área dos DE= 01 ponto

Artigo na área dos DE em periódico reconhecido= 2 pontos

Na validação do conceito do DE Memória Prejudicada (NANDA, 2007), cujas alternativas variavam entre “pertinente” e “não-pertinente”, a totalidade dos *experts* (18) consideraram o conceito pertinente para esse diagnóstico.

As características definidoras (CD) do DE Memória Prejudicada e os respectivos escores Validação de Conteúdo Diagnóstico (VCD) Fehring (1987) foram: 1 -

[Digite texto] [Digite texto] [Digite texto]

incapacidade de recordar informações factuais (0,916); 2 - incapacidade de recordar eventos passados ou recentes (0,902); 3 - incapacidade de reter ou aprender novas informações ou habilidades (0,847); 4 - incapacidade de determinar se uma ação foi executada (0,819); experiências observadas ou relatadas de esquecimentos (0,861); 5 - incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida (0,694); 6 - esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado (0,750). O escore VCD total foi de 0,827 (Quadro 07).

Quadro 07 – Escore Validação de Conteúdo Diagnóstico (FEHRING, 1987)

Característica Definidora	Escore VCD
<i>Características Definidoras maiores</i>	
1 - Incapacidade de recordar informações factuais	0,916
2 - Incapacidade de recordar eventos passados ou recentes	0,902
3 - Incapacidade de reter ou aprender novas informações ou habilidades	0,847
4 - Incapacidade de determinar se uma ação foi executada	0,819
5 - Experiências observadas ou relatadas de esquecimentos	0,861
<i>Características Definidoras menores</i>	
6 - Incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida	0,694
7 - Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado	0,750
Escore VCD total:	0,827

Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2006.

As respostas atribuídas pelos *experts* aos FR, que variam em “sim” e “não”, foram: *desequilíbrio hídrico e eletrolítico* 16 (88,8%) “sim” e 02 (11%) “não”; *distúrbios neurológicos* 18 (100%) “sim”; *distúrbios ambientais excessivo* 17 (94,4%) “sim” e 1(5,5%) “não”; *Anemia* 17(94,4%) “sim” e 1(5,5%) não; *Hipóxia aguda ou crônica* 17

[Digite texto] [Digite texto] [Digite texto]

(94,4%) “sim” e 01 (5,5%) não; *Débito cardíaco diminuído* 15 (83,3%) “sim” e 03 (16,5%) “não” e “*Envelhecimento*” 18 (100%) respondem “sim” (Quadro 08).

Quadro 08 – Validação de Conteúdo dos Fatores Relacionados

Fator Relacionado	SIM	NÃO
	n (%)	n (%)
Desequilíbrio hídrico e eletrolítico	16 (88,8)	02 (11)
Distúrbios neurológicos	18 (100)	-
Distúrbios ambientais Excessivo	17 (94,4)	1 (5,5)
Anemia	17(94,4)	1 (5,5)
Hipóxia aguda ou crônica	17 (94,4)	01 (5,5)
Débito cardíaco diminuído	15 (83,3)	03 (16,5)
Envelhecimento	18 (100)	-

Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2006.

5.2 PARTE II - Validação Clínica do Fator Relacionado Envelhecimento

Esta etapa, que corresponde à validação clínica do fator relacionado envelhecimento, foi realizada em fases subseqüentes que serão descritas a seguir.

5.2.1 Aplicação do questionário caracterização da amostra

A fim de atingir-se a amostra proposta de 315 sujeitos, 412 instrumentos foram aplicados, e 97 (23,5%) foram excluídos, tal exclusão deveu-se ao fato de que embora os participantes tivessem sido preliminarmente selecionados, alguns fatores de exclusão apenas foram identificados durante o preenchimento dos dados de identificação do questionário. Dentre os fatores de exclusão apontados aparecem por ordem de frequência problemas psicológicos (17), dificuldade para dormir (16), dores (12), problemas respiratórios (09), pesar pela perda de alguém (09), alcoolismo (05), problemas cardíacos (05), problemas neurológicos (05) e anemia (04). Identificou-se ainda o uso de

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

medicamentos que poderiam interferir na memória, também considerados como fatores de exclusão Fluoxetina (05), Ritalina (03), Equilid (03), Lexapro (01), Lítio (01), Efexor (01), Alprazolam (01) e Paroxetina (01).

A parte inicial do questionário com itens de identificação serviu para caracterização da amostra (Tabela 1) sendo que dentre os 315 sujeitos, distribuídos uniformemente por décadas nas faixas etárias de 20 a 99 anos, houve predominância do sexo feminino (n= 203; 64,4%). Esta predominância foi observada independentemente da faixa etária (p=0,596). O nível de escolaridade com maior prevalência foi de pessoas com escolaridade acima de 11 anos (n= 106; 33,6%), em segundo lugar aparecem os sujeitos com quatro ou menos anos de escolaridade (n=103; 32,7%), a escolaridade está associada significativamente ($P < 0,001$) com a faixa etária sendo que entre os idosos acima de 70 anos predomina ($\geq 60\%$) aqueles com menos de 4 anos de estudo. Aqueles na faixa etária de 20 a 29 anos têm, em sua maioria, mais de 11 anos de escolaridade (n=32; 71,1%). A renda familiar em número de salários mínimos (SM) mais freqüente foi de 3 a 6 SM num percentual de 33,3% (n=105) seguida de menor do que 2 SM com 23,8% (n= 75) e um percentual de 9,8% (n=31).

Quanto à utilização de medicamentos 216 (68,6%) informaram fazer uso de medicação e destes, identificou-se 115 (53,2%) com idade igual ou acima de 60 anos. Houve, portanto, uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos e o uso de medicação.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Características	n=315	20-29 (n=45)	30-39 (n=45)	40-50 (n=45)	51-59 (n=45)	60-70 (n=45)	71-80 (n=45)	81-99 (n=45)
Sexo – n(%)								
Masculino	111 (35,2)	14 (31,1)	13 (28,9)	14 (31,1)	16 (35,6)	21 (47,7)	16 (35,6)	17 (37,8)
Feminino	203 (64,4)	31 (68,9)	32 (71,1)	31 (68,9)	29 (64,4)	23 (52,3)	29 (64,4)	28 (62,2)
Idade – Média (DP)	54,8 (20,6)	24,4 (2,7)	34,1 (3,1)	45,3 (3,4)	54,6 (2,6)	64,8 (2,8)	74,9 (2,8)	85,4 (4,0)
Nível de Escolaridade (anos) – n(%)								
≤ 4	103 (32,7)	5 (11,1)	7 (15,6)	8 (17,8)	13 (28,9)	14 (31,1)	27 (60,0)	29 (64,4)
5 – 8	22 (7,0)	0 (0,0)	2 (4,4)	5 (11,1)	2 (4,4)	3 (6,7)	6 (13,3)	4 (8,9)
9 – 11	77 (24,4)	8 (17,8)	15 (33,3)	16 (35,6)	10 (22,2)	14 (31,1)	7 (15,6)	7 (15,6)
> 11	106 (33,6)	32 (71,1)	21 (46,7)	16 (35,6)	19 (42,2)	11 (24,4)	4 (8,9)	3 (6,7)
Não consta/não sabe	7 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	3 (6,7)	1 (2,2)	2 (4,4)
Renda familiar (SM) – n(%)								
≤ 2	75 (23,8)	9 (20,0)	10 (22,2)	9 (20,0)	7 (15,6)	7 (15,6)	16 (35,6)	17 (37,8)
3 – 6	105 (33,3)	12 (26,7)	20 (44,4)	13 (28,9)	13 (28,9)	18 (40,0)	17 (37,8)	12 (26,7)
7 – 10	51 (16,2)	9 (20,0)	4 (8,9)	7 (15,6)	13 (28,9)	7 (15,6)	6 (13,3)	5 (11,1)
> 10	53 (16,8)	11 (24,4)	8 (17,8)	9 (20,0)	8 (17,8)	5 (11,1)	3 (6,7)	9 (20,0)
Não consta	31 (9,8)	4 (8,9)	3 (6,7)	7 (15,6)	4 (8,9)	8 (17,8)	3 (6,7)	2 (4,4)
Situação de saúde – n(%)								
Internação	105 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)
Ambulatório	105 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)
Comunidade	105 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)	15 (33,3)
Possui problemas de saúde – n(%)	200 (63,5)	16 (35,6)	16 (35,6)	33 (73,3)	26 (57,8)	35 (77,8)	35 (77,8)	39 (86,7)
Utiliza algum medicamento – n(%)	216 (68,6)	18 (40,0)	20 (44,4)	32 (71,1)	31 (68,9)	34 (75,6)	41 (91,1)	40 (88,9)

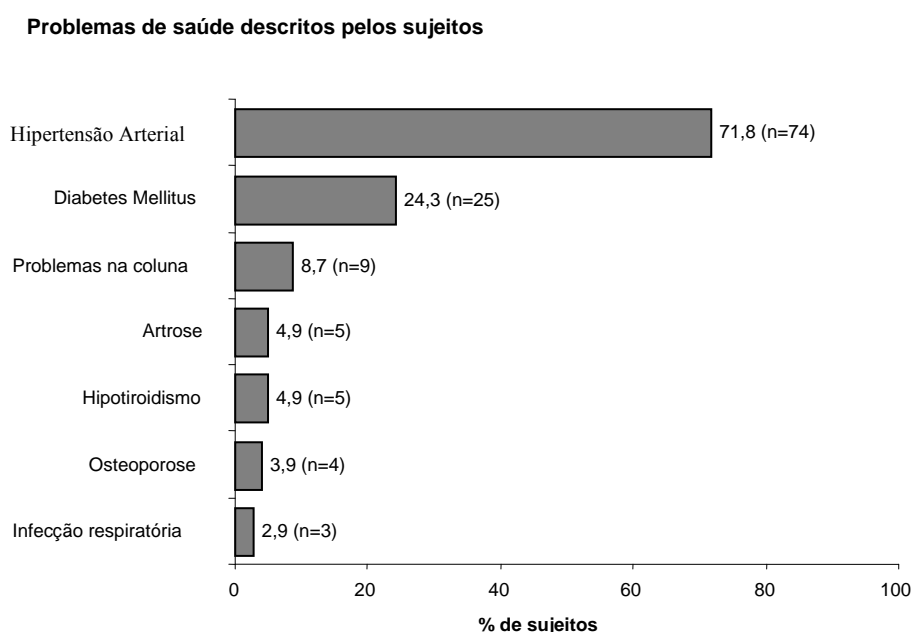
Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2006.

Dos 200 sujeitos que relataram problemas de saúde nas questões abertas do questionário, apenas 103 (51,5%) citaram qual era o problema, estes foram separados em sete grupos, em cada grupo no mínimo 3 sujeitos informaram o mesmo problema. Constatou-se que o mais freqüente foi hipertensão arterial, com 74 casos (71,8%),

[Digite texto] [Digite texto] [Digite texto]

seguido de Diabete Mellitus em 25 (24,3%) (Gráfico 01). A partir dos 40 anos já se observa uma proporção mais elevada de sujeitos que referem problemas de saúde, sendo que esta proporção é significativamente maior nos sujeitos acima de 60 anos ($p < 0,001$).

Gráfico 01 – Distribuição dos problemas de saúde mais frequentes descritos pelos sujeitos



Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2005/2006.

As avaliações do questionário estão apresentadas na Tabela 2.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Tabela 2 – Avaliação das questões do questionário

Questão *	1	2	3	4	5	NR
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>CD incapacidade de recordar informações factuais</i>						
1 - Você lembra o motivo de sua última consulta ou internação?	3 (1,0)	3 (1,0)	11 (3,5)	40 (12,7)	256 (81,3)	2 (0,6)
2 - Após ter feito compras você lembra em que locais comprou?	5 (1,6)	5 (1,6)	17 (5,4)	58 (18,4)	226 (71,7)	4 (1,3)
3 - Você lembra a data do aniversário de pelo menos 5 pessoas próximas?	13 (4,1)	13 (4,1)	31 (9,8)	44 (14,0)	211 (67,0)	3 (1,0)
<i>CD incapacidade de recordar eventos passados ou recentes</i>						
4 - Você lembra como conheceu seu primeiro (a) namorado(a)?	15 (4,8)	8 (2,5)	21 (6,7)	43 (13,7)	228 (72,4)	2 (0,6)
5 - Quando encontra pessoas que lhe parecem conhecidas você lembra delas?	2 (0,6)	7 (2,2)	94 (29,8)	118 (37,5)	88 (27,9)	6 (1,9)
6 - Guarda coisas importantes em determinados lugares e quando vai procurá-los não lembra onde guardou?	36 (11,4)	61 (19,4)	92 (29,2)	67 (21,3)	54 (17,1)	5 (1,6)
7 - Você lembra onde passou o último domingo?	2 (0,6)	1 (0,3)	4 (1,3)	41 (13,0)	265 (84,1)	2 (0,6)
<i>CD incapacidade de aprender ou reter novas informações ou habilidades</i>						
8 - Você lembra o endereço de sua casa?	0 (0,0)	2 (0,6)	7 (2,2)	7 (2,2)	298 (94,6)	1 (0,3)
9- Você lembra o caminho de volta para sua casa?	1 (0,3)	1 (0,3)	6 (1,9)	19 (6,0)	287 (91,1)	1 (0,3)
10 – Quando está tomando algum medicamento você lembra qual é?	8 (2,5)	8 (2,5)	26 (8,3)	42 (13,3)	229 (72,7)	2 (0,6)
<i>CD incapacidade de determinar se uma ação foi determinada</i>						
11 – Você lembra se tomou banho hoje?	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	39 (12,4)	270 (85,7)	5 (1,6)
12 – Você lembra se tomou seus medicamentos hoje?*	2 (0,7)	11 (3,9)	0 (0,0)	57 (20,4)	208 (74,6)	1 (0,4)
<i>CD experiências relatadas ou observadas de esquecimento</i>						
13 - Sua memória falha?	36 (11,4)	77 (24,4)	186 (59,0)	11 (3,5)	3 (1,0)	2 (0,6)
14- Você esquece o que ia dizer numa conversação?	37 (11,7)	85 (27,0)	167 (53,0)	16 (5,1)	8 (2,5)	2 (0,6)
15- Você lembra de ter tido uma memória melhor que a atual?	24 (7,6)	82 (26,0)	69 (21,9)	66 (21,0)	72 (22,9)	2 (0,6)
<i>CD incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida</i>						
16- Percebe que tem um nome ou uma palavra "na ponta da língua" mas não consegue lembrá-la?	11 (3,5)	77 (24,4)	184 (58,4)	33 (10,5)	8 (2,5)	2 (0,6)
17- Você lembra de enviar recado para uma determinada pessoa?	6 (1,9)	25 (7,9)	42 (13,3)	94 (29,8)	148 (47,0)	0 (0,0)
<i>CD esquecimento de efetuar uma ação em um horário planejado</i>						
18- Quando você está tomando algum medicamento, você lembra de tomar nos horários devidos?	7 (2,2)	11 (3,5)	42 (13,3)	76 (24,1)	178 (56,5)	1 (0,3)
19- Você lembra de cumprir compromissos importantes que havia assumido previamente?	3 (1,0)	4 (1,3)	10 (3,2)	55 (17,5)	242 (76,8)	1 (0,3)
20- Você lembra de fazer os telefonemas que tinha agendado no dia anterior?	9 (2,9)	6 (1,9)	30 (9,5)	94 (29,8)	175 (55,6)	1 (0,3)

* Nas questões 1 a 4, 7, 11, 12 (1- Não lembro absolutamente nada; 2- Lembro muito pouco; 3- Lembro mais ou menos; 4- Lembro; 5- Lembro totalmente); Nas questões 5 a 6, 8 a 10, 13 a 14, 16 a 20 (1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Nem sempre; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre); Na questão 15 (1 – Extremamente melhor, 2 – Muito melhor; 3 – Melhor; 4 – Um pouco melhor; 5- A mesma); NR=não respondeu ** 36 (11,4%) dos sujeitos afirmaram não tomar medicamentos

Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2005/2006.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

A variação do escore encontrado na amostra foi de 29 a 97 pontos. A média obtida na amostra foi de 83,2 ($\pm 8,47$) e a mediana foi de 85 pontos, sendo que apenas 23,6% da amostra obtiveram um escore total abaixo de 80 pontos, o que indica que os participantes avaliaram sua memória de forma positiva.

Analisando-se o questionário em sua totalidade, os participantes apresentaram queixas de memória nos três maiores níveis (*às vezes, quase sempre, sempre*), em apenas 4 questões (16, 14, 6 e 13). Isto pode ser reforçado na questão número 16 quando 71,4% referem que possuem um nome ou uma palavra na ponta da língua, mas não conseguem lembrar. De igual forma, 60,6% informaram que esquecem o que iam dizer em uma conversação. Num percentual de 67,6% as pessoas responderam que guardam coisas em determinados locais e não conseguem lembrar onde as guardaram e 63,5% queixaram-se que sua memória falha. Estes dados podem ser visualizados no Quadro 09.

Quadro 09 - Questões nas quais os participantes demonstram mais queixas de memória

Nº	Enunciado	Qualificador	%
16	Percebe que tem um nome ou uma palavra na ponta da língua, mas não consegue lembrá-la?	Sempre Quase sempre Nem sempre	71,4%
06	Guarda coisas importantes em determinados lugares e quando vai procurá-los você não lembro onde guardou?	Sempre Quase sempre Nem sempre	67,6%
13	Sua memória falha?	Sempre Quase sempre às vezes	63,5%
14	Você esquece o que ia dizer em uma conversação?	Sempre Quase sempre Nem sempre	60,6%

Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2006.

As questões em que as pessoas em geral demonstraram lembrar melhor foram as de números 11, 7, 9, 8, 12: (11) Você lembra se tomou banho hoje? No nível *lembro com*

[Digite texto] [Digite texto] [Digite texto]

detalhes e lembro (98,1%), (7) Você lembra onde passou o último Domingo? *Lembro totalmente e lembro* (97,1%), (9) Você lembra o caminho de volta para casa? No nível *lembro totalmente e lembro* (97,1%), - Você lembra o endereço de sua casa? (8) *Sempre e quase sempre* (96,8%), (12) Você lembra se tomou seus medicamentos hoje? No nível *lembro com detalhes e lembro* (95%).

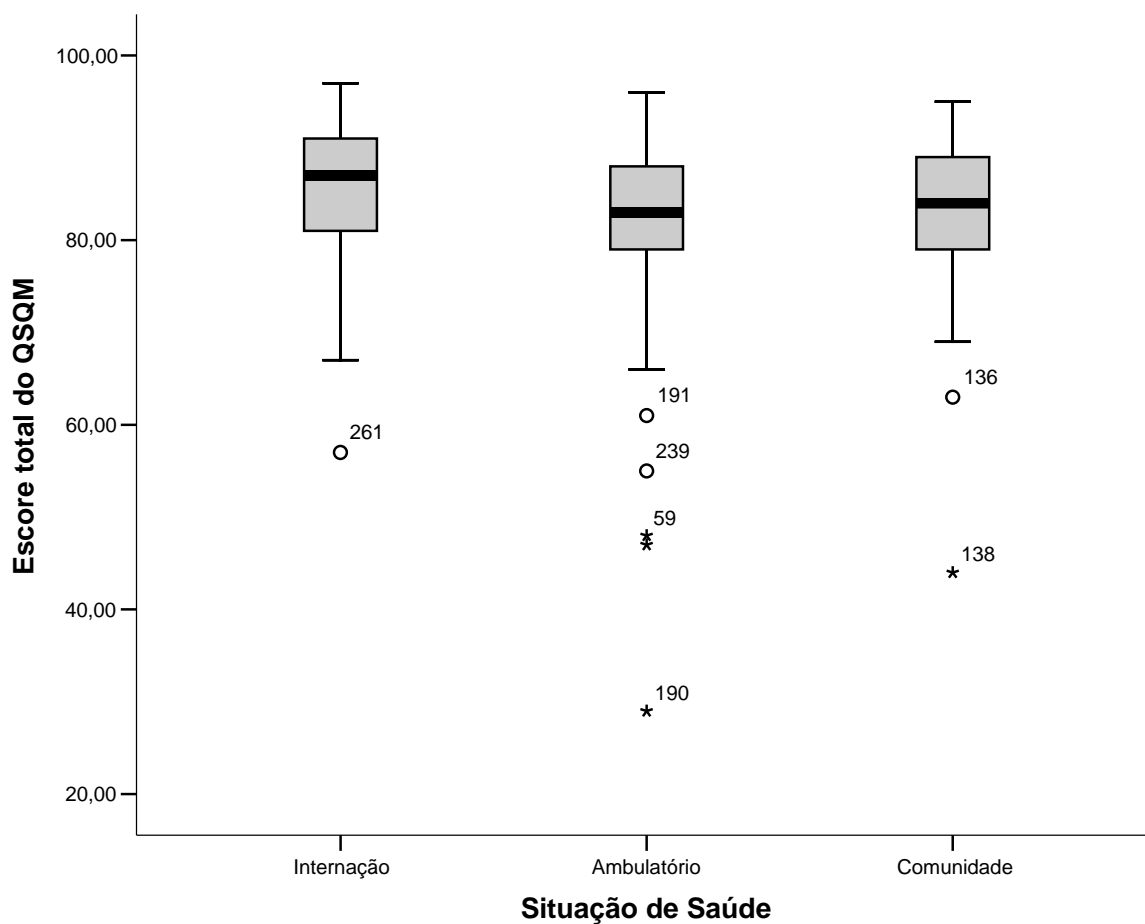
Comparando-se o escore total do questionário com as situações de saúde (internação, comunidade e ambulatório), houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,001$), sendo que os sujeitos da internação apresentaram escores um pouco mais alto, ou seja, menos queixas (mediana=87; percentil 25 = 81 e percentil 75 = 91) do que os sujeitos da comunidade (mediana=84; percentil 25 = 79 e percentil 75 = 89) e do ambulatório (mediana=83; percentil 25 = 79 e percentil 75 = 88), como está apresentado no Gráfico 02.

Em relação à escolaridade, não houve associação estatisticamente significativa com o escore total do questionário ($r_s=0,036$; $p=0,533$).

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Gráfico 02 – Avaliação do escore total do questionário conforme a situação de saúde.



Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2006.

5.2.2 Comparação entre as faixas etárias

As respostas às questões do questionário foram associadas às faixas etárias e estão apresentadas na Tabela 5.

Houve associação inversa estatisticamente significativa entre as faixas etárias com as questões 3, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16 e no total geral, em que os escores diminuem à medida que aumenta a idade. Houve, porém, uma relação estatisticamente

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

positiva entre a faixa etária e a questão de número 18 *Quando você está tomando algum medicamento, você lembra de tomar nos horários devidos?* , onde quanto maior a idade, maior o escore (menos queixas).

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Tabela 3 – Avaliação das questões do questionário conforme a faixa etária

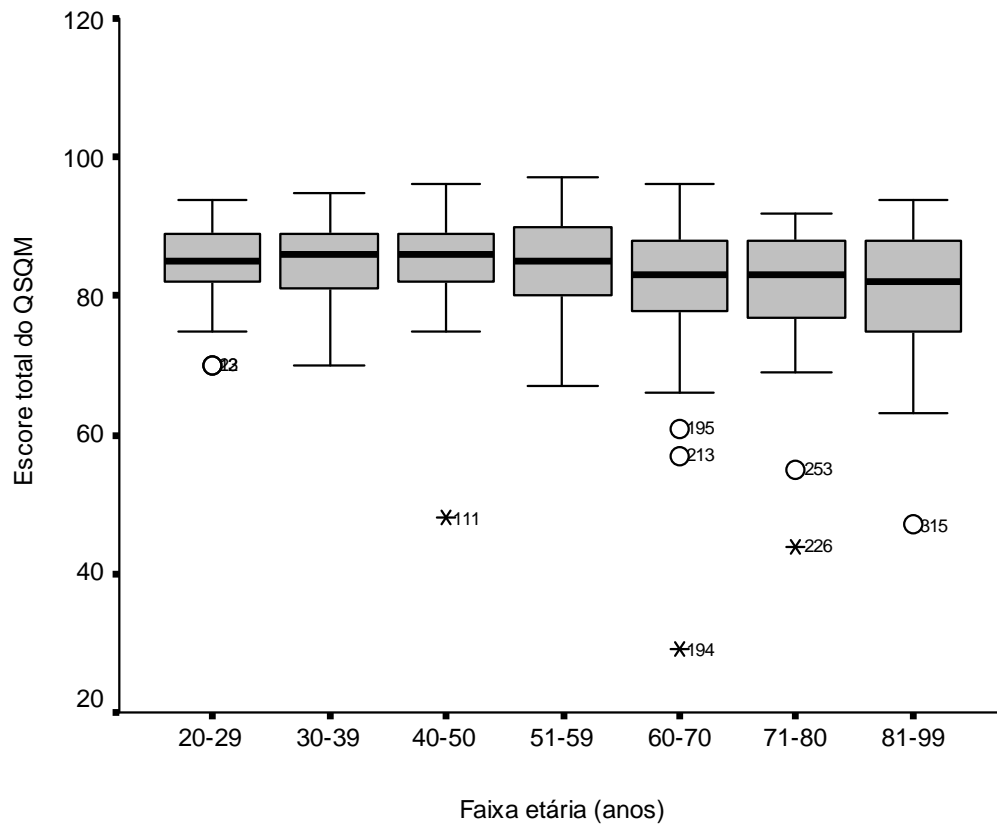
Questão	20 a 29 anos Mediana (mín-máx)	30 a 39 anos Mediana (mín-máx)	40 a 50 anos Mediana (mín-máx)	51 a 59 anos Mediana (mín-máx)	60 a 70 anos Mediana (mín-máx)	71 a 80 anos Mediana (mín-máx)	81 a 99 anos Mediana (mín-máx)	r _s	P
<i>CD incapacidade de recordar informações factuais</i>									
1 – Você lembra o motivo de sua última consulta ou internação?	5 (2-5)	5 (1-5)	5 (3-5)	5 (1-5)	5 (3-5)	5 (3-5)	5 (2-5)	-0,037	0,512
2 – Após ter feito compras você lembra em que locais comprou?	5 (3-5)	5 (2-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (2-5)	0,019	0,736
3 – Você lembra a data do aniversário de pelo menos 5 pessoas próximas?	5 (2-5)	5 (3-5)	5 (3-5)	5 (2-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	4 (1-5)	-0,183	0,001
<i>CD incapacidade de recordar eventos passados ou ressentidos</i>									
4 - Você lembra como conheceu seu primeiro(a) namorado(a)?	5 (2-5)	5 (3-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	-0,123	0,029
5 - Quando encontra pessoas que lhe parecem conhecidas você lembra delas?	4 (2-5)	4 (3-5)	4 (2-5)	4 (2-5)	4 (3-5)	4 (2-5)	4 (1-5)	-0,116	0,041
6 - Guarda coisas importantes em determinados lugares e quando vai procurá-los não lembra onde guardou?	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	-0,019	0,744
7 - Você lembra onde passou o último domingo?	5 (3-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (3-5)	5 (4-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	-0,009	0,876
<i>CD incapacidade de aprender ou reter novas informações ou habilidades</i>									
8 - Você lembra o endereço de sua casa?	5 (4-5)	5 (5-5)	5 (5-5)	5 (4-5)	5 (3-5)	5 (2-5)	5 (2-5)	-0,205	<0,001
9- Você lembra o caminho de volta para sua casa?	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (1-5)	5 (2-5)	-0,153	0,007
10 - Quando está tomando algum medicamento você lembra qual é?	5 (2-5)	5 (3-5)	5 (2-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	-0,141	0,012
<i>CD incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada</i>									
11 – Você lembra se tomou banho hoje?	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (1-5)	-0,054	0,340
12 – Você lembra se tomou seus medicamentos hoje?	5 (3-5)	5 (4-5)	5 (3-5)	5 (3-5)	5 (3-5)	5 (3-5)	5 (2-5)	-0,014	0,821
<i>CD experiências relatadas ou observadas de esquecimentos</i>									
13 - Sua memória falha?	4 (2-5)	3 (2-5)	3 (3-5)	3 (2-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (2-5)	-0,142	0,012
14- Você esquece o que ia dizer numa conversação?	3 (2-5)	4 (3-5)	3,5 (2-5)	3 (2-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	-0,111	0,049
15- Você lembra de ter tido uma memória melhor que a atual?	5 (2-5)	4 (1-5)	3 (2-5)	3 (1-5)	2,5 (1-5)	2 (1-5)	2 (1-5)	-0,427	<0,001
<i>CD incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida</i>									
16- Percebe que tem um nome ou uma palavra "na ponta da língua" mas não consegue lembrá-la?	3 (1-4)	3 (2-4)	3 (2-5)	3 (2-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	-0,218	<0,001
17- Você lembra de enviar recado para uma determinada pessoa?	4 (2-5)	4 (2-5)	5 (2-5)	4 (1-5)	4 (1-5)	4 (1-5)	5 (2-5)	-0,049	0,385
<i>CD esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado</i>									
18- Quando você está tomando algum medicamento, você lembra de tomar nos horários devidos?	4 (2-5)	4 (3-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	0,166	0,003
19- Você lembra de cumprir compromissos importantes que havia assumido previamente?	5 (2-5)	5 (3-5)	5 (1-5)	5 (3-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	5 (2-5)	0,060	0,286
20- Você lembra de fazer os telefonemas que tinha agendado no dia anterior?	5 (3-5)	4 (2-5)	5 (1-5)	5 (3-5)	5 (1-5)	5 (1-5)	4 (1-5)	-0,054	0,338
Total (20 – 100)	85 (70-94)	86 (70-95)	86 (48-96)	85 (67-97)	83 (29-96)	83 (44-92)	82 (47-94)	-0,185	0,001

r_s = Coeficiente de correlação de Spearman

Fonte: CHAVES, Enaura Helena Brandão, Coleta de dados, Porto Alegre, 2006.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Gráfico 03 – Avaliação do escore total do questionário conforme faixa etária

A caixa representa a amplitude interquartilica (p25-p75); a mediana é apresentada como uma linha dentro da caixa; as linhas inferior e superior do gráfico indicam observações extremas, que estão a uma distância de 1,5 vezes a amplitude interquartilica.

Na avaliação do escore total do questionário (20 a 100) conforme a faixa etária verificou-se que houve a formação de dois grupos distintos estatisticamente, um grupo abaixo de 50 anos que apresentou pontuação acima de 86 pontos e um grupo acima de 60 anos que apresentou pontuação igual ou abaixo de 83 (Gráfico 03).

A partir desta correlação podemos inferir que os sujeitos a partir dos 60 anos apresentaram mais queixas de memória do que aqueles com idade até 50 anos.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados apresentados serão discutidos e analisados de acordo com os objetivos que direcionam este estudo.

6.1 PARTE I - Validação de Conteúdo do DE Memória Prejudicada

Na validação de conteúdo houve participação de 18 enfermeiras de diversas instituições e de diferentes regiões do país. Foram qualificadas como *experts* de acordo com a adaptação dos critérios de seleção de Fehring (1994), que segundo Galdeano e Rossi (2006), trata-se do mais indicado na seleção de *experts* para estudos de validação de conteúdo diagnóstico, as autoras afirmam também que independentemente dos critérios de seleção utilizados, estes devem ser descritos detalhadamente.

Segundo os critérios da escala de Fehring (1994) modificada, a pontuação obtida pelos *experts* selecionados foi: 2 (05 pontos), 3 (06 pontos), 2 (07 pontos), 2 (8 pontos), 4 (09 pontos), 3 (11 pontos) e 2 (12 pontos).

Para validação de conteúdo das Características Definidoras (CD) propostas pela NANDA (2006), do DE Memória Prejudicada foi utilizado o modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico de Fehring (1987), excetuando-se o segundo passo que é opcional. Nos resultados encontrados, segundo a metodologia utilizada, obteve-se CD classificadas como maiores (com média ponderada maior ou igual a 0,80) e CD menores (com índices maior ou igual a 0,50 e menor do que 0,80), sendo que nenhuma CD foi excluída, pois todas obtiveram índices maiores do que 0,50.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

As CD **maiores** e os respectivos índices foram: *incapacidade de recordar informações factuais* (0,916); *incapacidade de recordar eventos passados ou recentes* (0,902); *incapacidade de reter ou aprender novas informações ou habilidades* (0,847); *incapacidade de determinar se uma ação foi executada* (0,819) e *experiências observadas ou relatadas de esquecimentos* (0,861). Aquelas classificadas como CD **menores** foram: *incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida* (0,694); *esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado* (0,750).

Esses resultados indicaram que todas as CD do DE Memória Prejudicada, referendadas pela NANDA (2006), obtiveram validação conceitual pelos pareceres dos *experts*, além do que, 5 CD foram consideradas maiores e 2 menores.

Segundo Miller (1999) a memorização de fatos recentes apresenta declínio com o envelhecimento, contrapondo-se a de fatos passados que pode ser recuperada sempre que necessário. Diante disso, acredita-se que a CD *incapacidade de recordar eventos passados ou recentes* deveria ser separada em eventos passados e recentes, tendo em vista que esses dois aspectos da memória comportam-se distintamente no idoso. Na edição 2008 da NANDA-I não estão contemplados os aspectos temporais *passados ou recentes*, entretanto acredita-se que essa alteração permitiria a identificação mais clara do tipo de memória que sofre alteração no idoso, além de contribuir para a realização de pesquisas epidemiológicas relativas à idade.

Na validação conceitual dos FR do DE Memória Prejudicada NANDA (2006), os *experts* atribuíram resposta “sim”, quando o FR era adequado a esse diagnóstico, e “não” quando não o consideravam adequado. O FR proposto “*Envelhecimento*” e o FR *Distúrbios Neurológicos*, obtiveram pela totalidade dos avaliadores (18) a resposta “sim”, seguidos pelo FR *Hipóxia Aguda ou Crônica*, que foi avaliado como adequado

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

por 94,11% (16) dos avaliadores, o FR *Desequilíbrio hídrico e eletrolítico* foi considerado adequado por 88,23% (15) dos *experts* e o 82,35% (14) dos avaliadores atribuíram a resposta “sim” para o FR *Débito cardíaco diminuído*. A partir desses resultados, verificou-se que a maioria dos *experts* avaliou como adequados os Fatores Relacionados já integrantes da NANDA (2006) do DE em estudo. Constatou-se, também, que todos os *experts* indicaram o FR Envelhecimento, objeto deste estudo, como adequado ao Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.

Desse modo, os peritos concordaram com os dados encontrados na literatura, que afirmam que o declínio da memória está entre as alterações biológicas inerentes ao envelhecimento (JONKER, GEERLINGS e SCHMAND, 2000; DUARTE, 2001; GUERREIRO *et al*, 2006; ALMEIDA, BEGER e WATANABE, 2007).

A partir dos resultados deste estudo, obteve-se a validação de conteúdo do Envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada a partir da avaliação de *experts* selecionados segundo os critérios adaptados de Fehring (1994). Esse resultado permitiu que o estudo avançasse para sua próxima etapa que consiste na validação clínica desse Fator Relacionado proposto.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

6.2 PARTE II - Validação Clínica do Envelhecimento

Visando validar clinicamente o Envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada, elaborou-se e aplicou-se um questionário com queixas de memória elaborado a partir das Características Definidoras desse diagnóstico.

Na caracterização sócio-demográfica dos sujeitos (n=315) houve predominância do sexo feminino n=203 (64,4%), com uma distribuição homogênea nas diferentes faixas etárias conforme distribuição no estudo. A idade média dos participantes foi de 54,8 anos. O maior contingente de mulheres da amostra pode ter como justificativa as constatações do estudo de Prado et al. (2008), os quais apontam que os homens, na maioria dos países, morrem mais precocemente do que as mulheres, pois os mesmos ingerem bebidas alcoólicas em maior quantidade, além de serem mais propensos à doenças cardiovasculares.

O nível de escolaridade com maior percentual foi de sujeitos com escolaridade acima de 11 anos n= 106 (33,6%). Aqueles com mais de 11 anos de escolaridade são em sua maioria sujeitos na faixa etária de 20 a 50 anos n=69 (65,1%). Em segundo lugar aparecem os sujeitos com quatro ou menos anos de escolaridade n=103 (32,7%), a escolaridade está associada significativamente ($p < 0,001$) com a faixa etária sendo que entre aqueles com menos de 4 anos de estudo n=56 (54,4%) estão os idosos acima de 70 anos. Esses dados assemelharam ao estudo realizado por Diniz *et al* (2006), no qual a escolaridade dos idosos foi de 3 anos. Isso indica que a baixa escolaridade encontrada reflete o baixo nível educacional da população idosa brasileira (MEC, 2003).

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

A renda familiar em número de salários mínimos mais freqüente foi de 3 a 6 salários mínimos num percentual de 33% (n=104), seguida de menor do que 2 salários mínimos com 23,8% (n= 75) e um percentual de 9,8% (n=31) não informaram. A renda não apresentou associação estatisticamente significativa com a faixa etária ($p=0,093$), o que indica que não houve diferenças expressivas entre os sujeitos com relação às faixas etárias da amostra.

Identificou-se um percentual de 68,6% (n= 216) de sujeitos que faziam uso de medicamentos. Com relação à situação de saúde obteve-se um percentual de 63,5% (n=200) que relataram problemas de saúde, desses apenas 51,5% (n=103) informou qual (is) era (m) o (s) problema (s). Atribuiu-se as maiores porcentagens de problemas de saúde e uso de medicação pelos sujeitos, ao fato de que 2/3 desses faziam uso dos serviços de saúde, entre eles, ambulatório e internação.

Dos usuários de medicamentos, 53,2% (115) eram idosos, o que caracterizou uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos e o uso de medicação. Esse dado reflete a idéia de Berti e Mayorga (1999), quando afirmam que a população idosa é responsável por grande parte do consumo de medicação, considerando a maior incidência de doenças nessa faixa etária.

Os problemas relatados foram distribuídos da seguinte forma: hipertensão arterial sistêmica 71,8% (n=74), *Diabetes Mellitus* 24,3% (n=25), problemas na coluna 8,7% (n=9), artrose 4,9% (n=5), hipotireoidismo 4,9% (n=5), osteoporose 3,9% (n=4), infecção respiratória 2,9% (n=3). O maior percentual de problemas informados pelos sujeitos refere-se, então, à hipertensão arterial sistêmica (HAS), que na pesquisa de Gus *et al* (2004) demonstrou prevalência no Rio Grande do Sul de 33,7% e na cidade de

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Porto Alegre excedeu o índice de 30%. Entretanto, Fuchs *et al* (1994) encontraram uma prevalência de 20%, porém utilizaram o critério diagnóstico para HAS de $\geq 160-95$ mmHg. Se Gus *et al* (2004) tivessem utilizado o mesmo critério, também encontrariam a prevalência de 20% nessa capital. A prevalência do Diabetes em Porto Alegre é de 8,9% e a média de nove capitais brasileiras é de 7,6% segundo BRASIL (1992). Dessa maneira, percebe-se que a HAS e a *Diabetes Mellitus* apresentam índices expressivos também na população geral.

No estudo de Cavalini e Chor (2003), que teve como objetivo avaliar a associação entre HAS e disfunção cognitiva, em sujeitos com 65 anos ou mais, usuários de um serviço público de referência para idosos, não foi encontrada associação entre HAS e o déficit cognitivo. Identificaram, também, uma associação inversa significativa entre sujeitos que faziam tratamento anti-hipertensivo, ainda que irregular, com o déficit cognitivo. A partir dos resultados desse estudo, não se utilizou como critério de exclusão a HAS.

Considerando-se que 66,6% (n=230) da amostra eram usuários de serviços de saúde, (ambulatório e internação) uma população constituída de pessoas em tratamento de saúde, a HAS foi bem expressiva nos resultados deste estudo. Entretanto, utilizou-se como critério de seleção que a HAS estivesse controlada com ou sem uso de medicamentos.

O escore do questionário varia entre 20-100 pontos e considera-se que, quanto mais alto o escore, menor a queixa de memória e quanto mais baixo o escore, maior a queixa. A variação do escore encontrado na amostra foi de 29 a 97 pontos, a média obtida foi de 83,2 ($\pm 8,47$) e a mediana foi de 85 pontos, sendo que apenas 23,6% da amostra pontuaram abaixo de 80 pontos. Constatou-se que todos os sujeitos

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

apresentaram alguma queixa, pois o escore 100 é que representa a inexistência de queixas e 20 é o escore máximo para queixas. Os resultados do questionário indicaram pouca queixa de memória, o que era esperado devido aos critérios de seleção da amostra no qual foram excluídos os sujeitos que apresentavam os Fatores Relacionados do DE Memória Prejudicada (NANDA, 2006).

Analisando-se as respostas do questionário em sua totalidade, os participantes apresentaram queixas de memória nos três maiores níveis (*às vezes, quase sempre, sempre*), em 4 questões (16, 14, 6 e 13). Isto pode ser reforçado na questão número 16, quando 71,4% referem que *possuem um nome ou uma palavra na ponta da língua, mas não conseguem lembrar*. Num percentual de 67,6% as pessoas responderam que *guardam coisas em determinados locais e não conseguem lembrar onde as guardaram*. De igual forma 60,6% *informaram que esquecem o que iam dizer em uma conversação* e 63,5% queixaram-se que sua *memória falha*.

As três primeiras queixas citadas foram descritas por Kral (1960) como esquecimentos benignos, os quais ocorrem com frequência nas pessoas ativas, cuja atividade exige um grande desempenho. Entretanto, o conceito atual mais utilizado refere-se ao Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) que é associado ao envelhecimento, mas que pode ser precursor de um envelhecimento patológico, assim faz-se necessária cautelosa investigação clínica para se diferenciar os sujeitos com ligeiros déficits de memória, daqueles com indicadores de demências (PETERSEN et al. 2001).

Nesse contexto, faz-se necessário considerar que falhas na memória podem aparecer na vida adulta em situações de estresse, podendo prejudicar a realização de atividades da vida diária, sendo muitas vezes este problema motivo de procura a

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

profissionais de saúde. Em pessoas idosas esses eventos se referem ao esquecimento de fatos irrelevantes, que normalmente correspondem à memória de longo prazo e de curto prazo, sendo que essas informações podem ser lembradas posteriormente (PARENTE *et al.*, 1999). Acredita-se, pois, que o contexto dos sujeitos ditos “urbanos”, que os desempenham inúmeras atividades, além da grande exigência de um mercado competitivo, que geram situações de estresse, contribuem para a incidência de esquecimentos. Entretanto, se estes esquecimentos provocam prejuízo nas atividades de vida diário do sujeito, aponta-se a necessidade de maior investigação, inclusive no sentido preventivo da evolução de problemas mais graves.

No outro extremo, os sujeitos informaram pouca ou nenhuma queixa nas questões de números 11, 7, 9, 8, 12: (11) Você lembra se tomou banho hoje? No nível *lembro com detalhes e lembro* (98,1%), (7) Você lembra onde passou o último Domingo? *Lembro totalmente e lembro* (97,1%), (9) Você lembra o caminho de volta para casa? No nível *lembro totalmente e lembro* (97,1%), - Você lembra o endereço de sua casa? (8) *Sempre e quase sempre* (96,8%), (12) Você lembra se tomou seus medicamentos hoje? No nível *lembro com detalhes e lembro* (95%).

Comparando-se o escore total do questionário com as diferentes situações de saúde (internação, comunidade e ambulatório) constatou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,001$), sendo que os sujeitos da internação apresentaram escores mais elevados, ou seja, menos queixas (mediana=87; percentil 25 = 81 e percentil 75 = 91) do que os sujeitos da comunidade (mediana=84; percentil 25 = 79 e percentil 75 = 89) e do ambulatório (mediana=83; percentil 25 = 79 e percentil 75 = 88). Entretanto, atribui-se essa diferenças estatísticas a variáveis ou fatores que não fizeram parte deste estudo.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Jonker, Geerlings e Schmand (2000), em um artigo de revisão, referem que na maioria dos estudos, os resultados apontaram uma prevalência de queixas de memória em sujeitos com baixa escolaridade. Neste estudo, no entanto, a escolaridade não apresentou associação estatisticamente significativa com o escore total do questionário ($r_s=0,036$; $p=0,533$). Por outro lado, essa constatação está de acordo com os resultados de outros estudos (GRUT *et al*, 1993; MINET, 2003). Acredita-se que outros fatores influenciam nas manifestações desse tipo de queixa, tais como os fatores culturais e psicossociais.

No levantamento das queixas de memória, constatou-se que as mesmas estão relacionadas com a idade. Os resultados apontaram a formação de dois grupos, um destes com idade abaixo de 50 anos que obteve um escore acima de 86 pontos e outro grupo com idade superior a 60 anos que apresentou pontuação abaixo de 83. Houve associação inversa estatisticamente significativa entre as faixas etárias em 50% das questões, ou seja, quanto maior a idade menor o escore, as questões e os respectivos coeficientes de correlação são as seguintes: 3 – Você lembra a data do aniversário de pelo menos 5 pessoas próximas? ($r_s= -0,183$; $p= 0,001$); 4 - Você lembra como conheceu seu primeiro (a) namorado (a)? ($r_s= -0,123$; $p= 0,029$); 5 - Quando encontra pessoas que lhe parecem conhecidas você lembra delas? ($r_s= -0,116$; $p= 0,041$); 8 - Você lembra o endereço de sua casa? ($r_s= -0,205$; $p<0,001$); 9- Você lembra o caminho de volta para sua casa? ($r_s= -0,153$; $p= 0,007$); 10 - Quando está tomando algum medicamento você lembra qual é? ($r_s= -0,141$; $p= 0,012$); 14- Você esquece o que ia dizer numa conversação? ($r_s= -0,111$; $p= 0,049$); 15- Você lembra de ter tido uma memória melhor que a atual? ($r_s= -0,427$; $p= <0,001$); 16- Percebe que tem um nome ou

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

uma palavra "na ponta da língua", mas não consegue lembrá-la? ($r_s = -0,218$; $p = <0,001$).

Constata-se que houver maior associação do aumento da idade com o envelhecimento na questão 15 - Você se lembra de ter tido uma memória melhor que a atual? ($r_s = -0,427$; $p = <0,001$), o que indica que os sujeitos avaliaram que sua memória piorou como avanço da idade. O total geral do questionário também apontou uma associação estatística inversamente significativa ($r_s = -0,185$; $P = 0,001$), indicando que de modo geral os sujeitos com maior idade apresentaram mais queixas.

Nesse instrumento, quanto maior o escore, menor as queixas, dessa forma os sujeitos mais idosos apresentaram mais queixas do que os mais jovens, ou seja, as queixas de memória aumentam com o envelhecimento. Esse resultado vai ao encontro de diversos estudos, os quais referem que as queixas de memória são mais expressivas nos idosos (BOLLA, 1991; BRUCKI *et al*, 1994; BARKER, JONES e JENNISON, 1995; KOIVISTO *et al*, 1995; ALMEIDA, 1998; COMMISSARIS, PONDS, JOLLES, 1998; JONKER, GEERLINGS e SCHMAND, 2000; DUARTE, 2001; GUERREIRO *et al*, 2006; ALMEIDA, BEGER e WATANABE, 2007).

Entretanto, em relação à questão 18 - *Quando você está tomando algum medicamento, você lembra de tomar nos horários devidos?*, houve uma relação estatisticamente positiva ($r_s = 0,166$; $P = 0,003$), entre a faixa etária, ou seja, os sujeitos com mais idade tiveram menos queixas de memória. Atribui-se esse achado ao fato do idoso ser mais dependentes do uso de medicações, como constatado neste estudo, o que pode condicioná-lo a prestar mais atenção para os horários de tomar medicamentos, além do que muitas vezes os idosos fazem uso de lembretes para não esquecer, e do auxílio de cuidadores e familiares na administração de medicamentos.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Guerreiro *et al* (2006) afirmam que fatores como condições físicas e psicológicas, dentre outros, relacionam-se com a idade, ou mesmo, têm mais influência do que esta variável. Esses autores consideram que existe a probabilidade de variação na prevalência e significado clínico das queixas de memória, devido a diferenças culturais da amostra e da metodologia utilizada na investigação, acreditam que possa haver variação também se o questionário for preenchido pelo sujeito ou por profissional.

A plasticidade dos idosos na adaptação a novas realidades, a cultura e a evolução cultural, além da idade e escolaridade têm contribuição importante no desenvolvimento cognitivo (ARGIMON e STEIN, 2005). Esses autores consideram o envelhecimento um processo singular para cada pessoa, pois além da idade cronológica, há fatores psicossociais que se desenvolvem em ritmos diferentes em cada sujeito, podendo afetá-los de forma positiva ou negativa no envelhecimento biológico.

Netto e Filho (2000) afirmam que se faz necessário observar individualmente cada caso, se atentando às negligências, pois existe dificuldade em diagnosticar com precisão os déficits de memória que podem estar relacionados ao envelhecimento normal ou não. Nos casos em que há queixas de memória por parte do idoso, mas que não se detecta alterações em testes objetivos, é função do avaliador diferir entre danos cognitivos patológicos e o envelhecimento normal, identificando ainda se o problema prejudica as atividades de vida diária do idoso.

Foi detectado neste estudo que as queixas de memória estão presentes em todas as faixas etárias, porém tendem a aumentar com o envelhecimento, esses resultados têm congruência com o estudo de Commissaris, Pondse e Jolles (1998). Xavier *et al* (2001) no qual observaram no cotidiano dos profissionais de saúde que grande parte dos idosos

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

que se queixam de problemas de memória, têm grande preocupação de que o problema evolua para demência. Dessa maneira, dar atenção a essas queixas e identificar seu significado clínico é primordial para realizar o encaminhamento de cada caso.

O idoso que apresenta queixa de perda de memória deve ser investigado pela equipe de saúde através de avaliação clínica que subsidie um diagnóstico correto, levando em conta que a história do paciente poderá ajudar no detalhamento da queixa de perda de memória, inclusive, se esta ocorre isoladamente ou em conjunto com outras alterações significativas.

A partir dos resultados discutidos e analisados nesta etapa da pesquisa, constatou-se a evidência de que déficits de memória estão relacionados com o envelhecer, podendo ser patológicos ou não. Dessa forma, obteve-se a validação clínica do Envelhecimento, o que permite a submissão dos resultados deste estudo à avaliação da NANDA-I para a possível inclusão do envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

7 Conclusões

As classificações na enfermagem têm sido utilizadas pelos enfermeiros na busca de atender todas as necessidades de saúde dos sujeitos, através dos diagnósticos, planejamento e implementação das ações de cuidado. Porém esses objetivos não podem ser contemplados somente com o desenvolvimento de taxonomias específicas de enfermagem, faz-se necessário, também, realizar validações diagnósticas, que assegurem a cientificidade dessa metodologia.

Tendo em vista o objetivo deste estudo em validar conceitualmente o Diagnóstico de Enfermagem (DE) Memória Prejudicada (NANDA, 2006), através da metodologia de Fehring (1987) concluiu-se que:

- As Características Definidoras **maiores** foram: *incapacidade de recordar informações factuais* (0,916); *incapacidade de recordar eventos passados ou recentes* (0,902); *incapacidade de reter ou aprender novas informações ou habilidades* (0,847); *incapacidade de determinar se uma ação foi executada* (0,819) e *experiências observadas ou relatadas de esquecimentos* (0,861) e as Características Definidoras **menores** foram: *incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida* (0,694); *esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado* (0,750).

A totalidade dos *experts* (18) avaliou como “pertinente” o conceito do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada. Os Fatores Relacionados receberam aprovação pelos *experts* com os seguintes escores: “*envelhecimento*” e *distúrbios neurológicos* 18 (100%); *distúrbios ambientais excessivos* 17 (94,4%); *anemia*

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

17(94,4%); *hipóxia aguda ou crônica* 17 (94,4%); *desequilíbrio hídrico e eletrolítico* 16 (88,8%) e *débito cardíaco diminuído* 15 (83,3%).

A partir desses achados, obteve-se a validação conceitual das Características Definidoras, dos Fatores Relacionados e do “envelhecimento” que foi proposto como Fator Relacionado do diagnóstico em estudo.

Este estudo baseou-se na Edição 2006 da NANDA-I, na qual as Características Definidoras relativas ao esquecimento apresentava conjuntamente esquecimentos passados e presentes em uma mesma Característica Definidora. Na edição atual (2008) esta Característica Definidora foi modificada, excluiu-se a limitação temporal (presente e passado) dessa característica definidora. No entanto, a revisão da literatura exposta aqui, demonstra que a memória em idosos comporta-se de forma diferente para eventos presentes ou passados. Acredita-se portanto, que deveria haver uma Característica Definidora para eventos do tempo passado e outra para os do presente. Dessa forma, poder-se-ia viabilizar estudos acerca da memória do idoso a partir do levantamento desse diagnóstico.

Na validação clínica do envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada, constatou-se relação entre as queixas de memória e a idade. Concluiu-se que houve uma associação inversa estatisticamente significativa entre as faixas etárias em 50% (10) das questões (3 – Você lembra a data do aniversário de pelo menos 5 pessoas próximas? ($r_s = -0,183$; $p = 0,001$); 4 - Você lembra como conheceu seu primeiro (a) namorado (a)? ($r_s = -0,123$; $p = 0,029$); 5 - Quando encontra pessoas que lhe parecem conhecidas você lembra delas? ($r_s = -0,116$; $p = 0,041$); 8 - Você lembra o endereço de sua casa? ($r_s = -0,205$; $p < 0,001$); 9- Você lembra o caminho de volta para sua casa? ($r_s = -0,153$; $p = 0,007$); 10 - Quando

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

está tomando algum medicamento você lembra qual é? ($r_s = -0,141$; $p = 0,012$); 14- Você esquece o que ia dizer numa conversação? ($r_s = -0,111$; $p = 0,049$); 15- Você lembra de ter tido uma memória melhor que a atual? ($r_s = -0,427$; $p < 0,001$); 16- Percebe que tem um nome ou uma palavra "na ponta da língua", mas não consegue lembrá-la? ($r_s = -0,218$; $p < 0,001$), em que quanto maior a idade menor foi o escore, ou seja, sujeitos idosos apresentaram mais queixas de memória nessas questões do que os mais jovens. O escore geral do questionário também obteve essa relação ($r_s = -0,185$; $P = 0,001$). Destaca-se que a questão 15- Você lembra de ter tido uma memória melhor que a atual? ($r_s = -0,427$; $p < 0,001$), que teve a relação estatística mais forte da relação das queixas de memória com o envelhecimento, demonstra que os sujeitos avaliaram que sua memória sofreu prejuízo com o avanço da idade.

Os resultados apontaram também a formação de dois grupos, um com idade menor de 50 anos que obteve um escore maior que 86 pontos e outro grupo com idade maior de 60 anos que apresentou pontuação menor de 83.

A partir desses resultados, obteve-se a validação clínica do envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada, respondendo portanto a questão do estudo, pois o envelhecimento mantém uma relação padronizada com esse diagnóstico, apontando a necessidade do mesmo ser incluído como um de seus Fatores Relacionados. Sendo aprovada essa inclusão, os enfermeiros poderão aplicar cuidados relacionados à memória dos idosos, além do que a Taxonomia da NANDA-I tornar-se-á mais abrangente, proporcionando sustentação a essa situação clínica específica. Outro caminho a ser percorrido são estudos que busquem estabelecer os cuidados mnemônicos específicos aos idosos, estabelecidos através da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Considera-se, então, que os objetivos deste estudo foram contemplados, cujos resultados serão encaminhados à *North American Nursing Diagnosis Association – International* (NANDA-I) para apreciação e possível inclusão do envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudica.

Limitações do estudo: embora tenha sido constatada associação de queixas de memória com o aumento da idade, e, mesmo tendo incluído sujeitos que não apresentavam os demais fatores que causassem prejuízo a memória, senão a idade, tem-se que considerar que o envelhecimento é um fenômeno singular nos indivíduos, dessa forma, acredita-se que um estudo longitudinal poderia melhor demonstrar a associação do envelhecimento com o prejuízo da memória, uma vez que se poderia comparar as queixas de memória de um mesmo indivíduo em diferentes momentos. Ademais, há o critério subjetivo das queixas de memória, que pode não mensurar exatamente a diminuição da memória com o envelhecimento. Entretanto, a revisão da literatura aqui contemplada, reforça a existência dessa relação, assim como a importância das queixas de memória como preditor de danos mnemônicos.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

REFERÊNCIAS

ALLEGRI, R. F. et. al. La “queja de perdida de memória” en el diagnóstico de las demencias. **Prensa Medica argentina**, Buenos Aires, v. 86, n. 7, p. 670-677, 1999.

ALMEIDA, O.P. et al. Demographic and clinical features of patients attending a memory clinic. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, London, v.8, n.6, p. 497-501, 1993.

ALMEIDA, M. H. M.; BEGER, M. L. M.; WATANABE, H. A. W. Oficina de memória para idosos: estratégia para promoção da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, mai./agos., p. 271-280, 2007.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. Trad. Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000, 281p.

AMÂNCIO, A.; CAVALCANTI, P. C. U. **Clínica Geriátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders**, 4th ed. Text revision (DSM-IV-TR), Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.

ARAGÓ, J. M. Aspectos psicosociales de la senectud. In: CARRETERO, M.; PALACIOS, J.; A. MARCHESI (Comp.). **Psicología Evolutiva 3**. Adolescencia, madurez y senectud. Madrid, Alianza Editorial, 1995

ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 64-72, 2005.

BACHION, M.M., ARAUJO, L. A.O., SANTANA, R. F. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada em idosos: uma contribuição. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.4, 2002, p.66-72.

BARKER A, JONES R, JENNISON C. A prevalence study of age-associated memory impairment. **British journal of psychiatry**, v.167, P.642-648, 1995.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

BENEDET, S. A.; BUB, M. B.C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia, 1998. 134p.

BERTI, A. R.; MAYORGA, P. A terapêutica na Terceira Idade e o Uso Racional de Medicamentos. In: **Estudos Interdisciplinares Sobre o envelhecimento**. v. 2. Porto Alegre: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento da PROEXT-UFRGS, 1999. p. 89-102.

BLESSMANN, E. J. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. In: **Estudos Interdisciplinares Sobre o envelhecimento**. v. 6. Porto Alegre: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento da PROEXT-UFRGS, 2004. p. 21-39.

BOLLA, K. I. *et al.* Memory complaints in older adults. **Archives Neurology**, v. 48, p. 61-64, Jan. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estudo multicêntrico sobre a prevalência do *diabetes mellitus* no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.1, n. 3, p.47-73, 1992.

_____. Decreto n. ° 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jul.1996.

_____. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 dez 1999. N. 237-E, seção 1, p. 20-24.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Cadernos de ética em pesquisa**. Brasília, v.5, n.9, p.4-5, jan. 2002.

_____. **Estatuto do Idoso**. Lei n. 10.471, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Lei Federal nº10741 de 1º de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm> .

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s disease: aspectos epidemiológicos. In: **16º Congresso Brasileiro de Neurologia**, 1994, Fortaleza. Arquivos de Neuropsiquiatria, 1994. v. 52. p. 99.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

BRUKWITZKI, G.; HOLMGREN, C.; MAIBUSCH, R. M. Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis ineffective airway clearance. **International Journal of Nursing diagnosis terminologies and Classification**, v. 7, n. 2, 63-69, 1996.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, supl. 1, 2008.

CARPENITO, L. J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 8. ed. Trad. Ana Maria Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2001. 880p.

_____. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 9. ed. Trad. Ana Thorel. Porto Alegre: Artmed, 2003. 536p

CAVALINI, L. T., CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Revista brasileira epidemiologia**, São Paulo, v.6, n.1, p. 7-17, 2003.

CHIE, O. *et al.* Validation of the defining characteristics of body image disturbance in Japan. *International journal of Nursing Diagnosis Terminologies and Classifications*, Jan-Mar., v. 10, n. 1, p. 15-20, 1999.

COHEN, G.. Memory and learning in normal aging. IN: R.T.Woods (ed.). **Handbook of the Clinical Psychology of Aging**. Chichestr: John Wiley e Sons, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE- nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002. Acesso em: 16 de out. de 2008.

Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>

DAMASCENO, B.P. Avaliação neurológica básica nas síndromes psicoorgânicas. In: BOTEGA, N. J. *et al.* **Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002, p.67-175.

DINIZ, B.S.O. *et al.* Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Revista da Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p.13-17, 2007

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

DOBBS, A.R.; RULE, B.G. Adult age differences in working memory. *Psychology and Aging*, v. 4, p.500-503, 1989.

DOENGENS M. F., MOORHOUSE M.F. **Diagnóstico e intervenção em enfermagem**. 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 1999.

DUARTE, Y. A. O. **Família**: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung*, v.16, n.6, p. 625-629, 1987.

_____. The Fehring model. In: CAROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETE, M. **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of tenth conference. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1994, p. 55-57.

FILHO, C. E.; NETTO, P. M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. Belo Horizonte: Atheneu, 2000.

FIHO, E. T. C; ALENCAR, Y. M. G. Teorias do Envelhecimento. In: FIHO, E. T. C.; NETTO, M. P. **Geriatría**: fundamentos clínicos e terapêuticos. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1-8.

FUCHS, F. D. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.63, p.473-9, 1994.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Ciência, Cuidado & Saúde*, p.60-66, v.5, n.1, 2006.

GUERREIRO. T. C. *et al.* Queixa de memória e disfunção objetiva de memória em idosos que ingressam na Oficina da Memória[®] na UnATI/UERJ. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 7-20, 2006.

GIOVINAZZO, R. R. A . Modelo de aplicação de metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. *Administração On Line*, v. 2, n. 2, abr./mai./jun. 2001.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1987.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

GORDON, M. **Nursing diagnosis: Process and Application**. 3rd ed. Saint Louis: Mosby, 1994. 421p.

GORIS, J. A. G; GONZALO, D. C. The expert nurse profile and diagnostic content validity of sedentary lifestyle: the spanish validation. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 18. n. 3, 84-92, 2007.

GUS, I. *et al* Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 83, n. 5, p.424-428, 2004.

GUTIÉRREZ, M.G.R. **A pesquisa em enfermagem contribuindo para a integração e o desenvolvimento regional**. Trabalho apresentado no 52 Congresso Brasileiro de Enfermagem, Recife, 2000.

GUTIÉRREZ, M.G.R. *et. al*. Os múltiplos problemas pesquisados e a pesquisar na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n.5, p.535-541, set/out. 2002.

GUYTON, A. C; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**, 11 ed., Elsevier: Rio de Janeiro, 2006. 691 p.

GRUT M. *et al*. Memory complaints of elderly people in a population survey: variation according to dementia stage and depression, **Journal of the American Geriatrics Society**, v.41, p.1295-1300, 1993.

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro, Campus, 1997. 366p.

HORTA, W. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU – EDUSP, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: DEPRO, 2002. 97p.

IZQUIERDO, I. **Memória** Porto Alegre: Artmed, 2002.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

IYER, P.W., TAPTICH, B.J., BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 325p.

JONKER, C.; GEERLINGS, M. I.; SCHMAND, B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, n. 11, p. 983-991, 2000.

KOIVISTO, K. et al. Prevalence of age-associated memory impairment in a randomly selected population from eastern Finland. **Neurology**, v.45, p.741-747, 1995.

KRAL, V. Senescent forgetfulness: benign and malignant. **The Canadian Medical Association**. v. 86, n. 6, p. 257-260, 1962.

LEVIN, R. Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. **Nursing Diagnosis**, v. 12, n. 1, p. 29-32, 2001.

LOBIONDO-WOOD, G., HARBER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MELO, A. S. **Validação dos Diagnósticos de Enfermagem disfunção sexual e padrões da sexualidade ineficaz**. 2004. 107 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

McNAIR, M., KAHN, R. Self-assessment of cognitive deficits. In T. COOK, S. FERRIS, R. BARTUS (Orgs). **Assessment in geriatric psychopharmacology**. New Canaan: Powey, 1983. p.137-144.

MINET, T. C. **O significado da queixa de memória em clínica geriátrica**. São Paulo: s.n.,2003,(104). Universidade Federal de São Paulo (Tese de Doutorado).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Mapa do analfabetismo no Brasil**. Brasília, 2003.

NÓBREGA, M. M. L; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistema de classificação de Enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R; **Sistema de Classificação da Prática de Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa; Associação Brasileira de Enfermagem, 2000.p. 19-27.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

NOVAES, M. R. V., GANDOLPHO, M. A. **A imagem da velhice:** a ótica do estudante de enfermagem. *Nursing*, n. 50, p. 19-24, jul. 2002.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – International (NANDA - I). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificações 1999-2000. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000.

_____. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificações 2001-2002. Porto Alegre: Artmed. 2002.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – International (NANDA - I). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificações 2003-2004. Porto Alegre: Artmed. 2005.

_____. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificações 2005-2006. Trad. Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed.2006.

_____. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed. 2008. 396 p.

OLIVA, A. P. V. **Diagnóstico de débito cardíaco diminuído:** validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, N.; CHIANCA, T. C. M. Validation of anxiety by Brazilian nurses. *International Journal of Nursing Terminologies Classification*, Philadelphia, v. 14, no. 4, p. 7, Oct./Dec. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CONSELHO PARA ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE CIÊNCIAS MÉDICAS. Diretrizes éticas internacionais para pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 3, n. 2, p.95-136, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE - OMS. **CID-10.** Trad. Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Enfermería gerontológica:** conceptos para la práctica. Série Paltex, n. 31. Washington, 1994. 77p.

PARENTE, M. A. *et al.* Memória e Compreensão da Linguagem do Envelhecimento. In: **Estudos Interdisciplinares Sobre o envelhecimento.** v. 1. Porto Alegre: Núcleo de

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento da PROEXT-UFRGS, 1999. p. 57-76.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Universitária, 1997, 289p.

PETERSEN, R. C. *et al.* Current concepts in mild cognitive impairment. **Archive Neurology**, v. 58, n. 12, p.1985-1992, 2001.

PFEIFFER, E. A Short portable mental status questionnaire for the assesement of organic brain deficit in the elderly patients. **Journal of the American Geriatric Society**. v. 23, oct., p. 433-441, 1975.

POTTER, P. A; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002

PORTO, C. C. **Exame Clínico: bases para a prática médica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 439p.

PRADO, M. A. Et al. A memória do idoso a e doença de Alzheimer. **A terceira idade**. v.19, n.41, p.7-14, fev. 2008.

SANTANA, M. E.; SAWADA, M. O. O paciente laringectomizado total: validação das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem comunicação prejudicada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 6, 658- 63, nov./dez. 2002.

SANTANA, M. S. **Perfil de Diagnóstico de Enfermagem em Pacientes Prostatectomizados**. 2004, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SALTHOUSE, T. A. Reduced Processing Resoucers. In: HILLSDALE, NJ: ERLBAUM, **Theoretical perspectives on cognitive aging**. 1991.

SANTOS, A. S. R. et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008 Jan.-Mar., v. 17, n. 1, p. 141-9, 2008.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1975. 350p.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2.419p.

TAUSSI, M. I. **Desarrollo de un instrumento para la evaluación de la memoria prospectiva**. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2003 (tese).

TAUSSI, M. I.; WAGNER, G. P. Memoria explícita e implícita. In: PARENTE, M. A. et. al. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2006, 312p.

VERHAEGHEN, P.; MARCOEN, A.; GOSENS, L. Facts and fiction about memory aging: a quantitative integration of research findings. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, v. 48, n. 4, p. 157-71, 1993.

XAVIER, F. G. A modularidade da memória e o sistema nervoso. **Revista de Psicologia da USP**, v. 4, n. 1-2, p. 61-115, 1993.

XAVIER, F. M. *et al.* A relevância clínica da percepção subjetiva de perda de memória por pessoas idosas. **Revista Brasileira de Neurologia**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 24-28, 2001.

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

1. Esta pesquisa está vinculada ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo e tem como título: “Fator Relacionado Processo de Envelhecimento no Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada: Validação”.

Trata-se de um estudo de natureza exploratória cujos objetivos são:

- Validação do Fator Relacionado Processo de Envelhecimento no Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.
- Validação conceitual das características definidoras e fator relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.

2. Os participantes desta pesquisa serão profissionais especialistas que estejam trabalhando há pelo menos dois anos na área cognitiva de memória.

3. Os especialistas participarão na etapa de validação conceitual e operacional do Fator Relacionado Processo de Envelhecimento no Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada através do documento elaborado pela pesquisadora. (Anexo A)

4. A participação no estudo é voluntária e sem benefícios diretos ao participante.

5. Os participantes terão acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas em qualquer etapa do estudo através de contato com a pesquisadora responsável, Prof.a. Enaura Helena Brandão Chaves que poderá ser encontrada na Escola de Enfermagem da UFRGS, situada na rua São Manoel , 963 ou pelo telefone 33165424.

6. Aos especialistas que concordarem em participar do estudo será garantido a liberdade de retirar-se do mesmo a qualquer momento.

7. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identidade de nenhum especialista.

8. Os participantes têm o direito de manterem-se atualizados sobre os resultados parciais da pesquisa que sejam de conhecimento do coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li descrevendo o estudo e suas etapas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, e deixarei meu consentimento formalizado, através de minha assinatura no presente documento.

Assinatura do participante/especialista

Data: ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

APÊNDICE B

**Modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico (DCV)
Formulário de Avaliação das Características Definidoras e Fatores
Relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada**

IDENTIFICAÇÃO

NOME: -----

GRADUAÇÃO: -----

PÓS-GRADUAÇÃO: -----

DATA: -----

ÁREA DE ATUAÇÃO: -----

HÁ QUANTO TEMPO: -----

Caro Avaliador

O **Modelo de Validação de Conteúdo**, proposto por Fehring (1987) baseia-se na obtenção de evidências para a existência de um dado diagnóstico a

partir de avaliação clínica efetiva quanto:

a) a pertinência do conceito de Memória Prejudicada em relação a sua consistência e significância, assinalando uma das condições: "Pertinente" ou "Não Pertinente".

b) ao grau em que as características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada são identificáveis em paciente idosos.

c) ao grau em que os fatores relacionados, incluindo-se o "processo de envelhecimento" do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada são identificáveis em pacientes idosos.

d) às sugestões e comentários que possam contribuir para o desenvolvimento do julgamento clínico ou que considerar necessário.

Diagnóstico de enfermagem *Memória Prejudicada* (NANDA, 2002)

Incapacidade de lembrar-se ou recordar-se de partes de informação ou habilidades comportamentais

Pertinente

Não Pertinente

As questões abaixo dizem respeito as **Características Definidoras** do Diagnóstico de Enfermagem - **MEMÓRIA PREJUDICADA**. Responda essas questões assinalando com X de acordo com a escala abaixo:

- 1. Totalmente Indicativa (TI) 2. Muito Indicativa (MI) 3. Indicativa (I)**
4. Pouco Indicativa (PI) 5. Não Indicativa (NI)

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

APÊNDICE B – (continuação)

Características Definidoras	T I	MI	I	P I	N I
1. Incapacidade de recordar informações factuais					
2. Incapacidade de recordar eventos passados ou recentes					
3. Incapacidade de aprender ou reter novas informações ou habilidades					
4. Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada					
5. Experiências observadas ou relatadas de esquecimentos					
6. Incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida					
7. Esquecimento de efetuar uma ação em um horário planejado					

As questões abaixo dizem respeito aos **Fatores Relacionados** do Diagnóstico de Enfermagem - **MEMÓRIA PREJUDICADA**. Assinale SIM ou NÃO nas colunas correspondentes

Fatores Relacionados	SIM	NÃO
1. Desequilíbrio hídrico e eletrolítico		
2. Distúrbios neurológicos		
3. Distúrbios ambientais excessivos		
4. Anemia		
5. Hipóxia aguda ou crônica		
6. Débito cardíaco diminuído		
7. <i>Processo de envelhecimento*</i>		

* Este Fator Relacionado foi acrescentado à Classificação da NANDA pela pesquisadora

Sugestões ou comentários:

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

APÊNDICE B – (continuação)

Definições dos termos

Desequilíbrio hídrico e eletrolítico – ocorre quando os líquidos ou eletrólitos estiverem em excesso ou deficitários, variando a sintomatologia conforme o tipo de eletrólito afetado. Neste estudo serão considerados apenas dois tipos de alterações: desidratação e edema.

Anemia - caracteriza-se por uma redução significativa da massa de eritrócitos, com diminuição correspondente na capacidade de transporte de oxigênio do sangue. O volume sanguíneo é mantido em condições normais dentro de um nível quase constante. Por conseguinte, a anemia implica uma redução na concentração de eritrócitos ou de hemoglobina no sangue periférico. A palidez constitui o achado mais comumente associado à anemia. Dois fatores contribuem para o aparecimento da palidez em pacientes com anemia. Existe uma concentração de hemoglobina do sangue que perfunde a pele e as mucosas. Além disso, o sangue é desviado para longe da pele e de outros tecidos periféricos, permitindo um maior aporte sanguíneo para os órgãos vitais. Outras manifestações são: fraqueza, cansaço e astenia, associados àquelas que denotam a descompensação do aparelho cardiocirculatório, principalmente na vigência de esforços. A incidência de anemia aumenta com a idade, tornando-se a síndrome hematológica mais comum entre os velhos (FILHO e NETTO, 2000).

Débito cardíaco diminuído - a redução do débito cardíaco condiciona a diminuição do fluxo renal e conseqüentemente da filtração glomerular, resultando em retenção do sal e água e edema periférico. Ocorre então a diminuição do débito cardíaco. Quando ele cai abaixo do valor necessário para a perfusão ótima de todos os órgãos, o tônus simpático vasoconstritor aumenta, mas em maior grau nos rins do que em outros órgãos. Conseqüentemente, o fluxo plasmático renal diminui relativamente mais do que o débito cardíaco. Fisiologicamente teremos: baixa do débito cardíaco ou sua incapacidade de aumentar com os exercícios, elevação da pressão diastólica final ventricular E, aurícula E, e das veias pulmonares, aumento da pressão venosa central e periférica, do volume ventricular e do tempo de ejeção. As alterações cardíacas habitualmente observadas no geronte devem-se a diversos fatores, o processo de envelhecimento afeta todas as estruturas do aparelho cardio-circulatório, a presença de afecções cardiovasculares crônicas e agudas, que são mais freqüentes nesta faixa etária (AMÂNCIO e CAVALCANTI, 1975).

Processo de envelhecimento - Envelhecer é um processo fisiológico e natural pelo qual todos os seres vivos passam e é, sem dúvida, a maior fase do desenvolvimento humano. Nascemos crescemos e amadurecemos; deste momento até nossa morte, passamos a vida toda envelhecendo (DUARTE, 2001).

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

[...] envelhecer é um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 1993).

Distúrbios neurológicos – são condições isoladas ou de todo o sistema que resultam de comprometimento estrutural ou metabólico do cérebro e de seu ambiente. As causas estruturais da disfunção neurológica incluem traumatismo craniano, hemorragia intracraniana, encefalite, abscesso cerebral e acidente vascular cerebral. As causas metabólicas da disfunção neurológica incluem sepse, hipovolemia, infarto do miocárdio, parada respiratória, hipoglicemia, desequilíbrio eletrolítico, intoxicação por drogas e/ou álcool, encefalopatia hipertensiva, cetoacidose diabética e encefalopatia hepática (SMELTZER, 2005).

Distúrbios psicológicos - grupo de sintomas comportamentais que se manifestam com sofrimento significativo, comprometimento do funcionamento ou risco acentuado de sustentar um sofrimento intenso ou possível morte (APA, 1994).

Distúrbios ambientais excessivos – são aquelas alterações originadas por condições ambientais nocivas ou que se tornaram nocivas ao indivíduo por serem excessivas ou repetitivas ou ainda devido ao tempo prolongado de exposição. Neste estudo considerou-se as seguintes alterações (problemas de visão ou audição, alcoolismo, insônia, dores freqüentes, pesar pela perda de algo ou alguém).

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

APÊNDICE C

E-MAIL: Consulta aos experts quanto a supressão da palavra “processo” da expressão “processo de envelhecimento

Prezada colega

Há algum tempo você participou como *expert* em meu estudo denominado “**Validação do Processo de envelhecimento como Fator Relacionado do Diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada**” o qual foi elaborado como tese de meu doutorado em enfermagem na Universidade Federal de São Paulo. Sou orientanda da professora Alba Lucia Botura Leite de Barros e no momento encontro-me em fase de conclusão da mesma.

Meu contato atual deve-se ao fato de que em minha qualificação, a banca questionou a expressão “**Processo de Envelhecimento**” como fator relacionado do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada (NANDA, 2008). Considerou-se a expressão “**processo**” excessivamente ampla, uma vez que no estudo nos atemos apenas ao aspecto cronológico do envelhecimento, não investigando as demais variáveis consideradas intervenientes no envelhecimento.

Foi feita uma Validação Conceitual utilizando o modelo de Fehring (da qual você foi participante) e posteriormente uma Validação Clínica com indivíduos na faixa etária dos 20 aos 99 anos.

Estamos propondo então a supressão da expressão PROCESSO, deixando apenas o termo ENVELHECIMENTO, pois os resultados do estudo realmente reconheceram o envelhecimento como sendo um fator presente no DEMP, tanto na opinião dos experts como nos achados da validação clínica realizada com 315 indivíduos.

O referencial teórico que utilizamos no estudo atém-se ao aspecto cronológico do envelhecimento porque, embora a idade tenha apenas uma função referencial, neste estudo fez-se necessário uma uniformização com base cronológica do ser humano a fim de permitir que se pudesse avaliar as queixas de memória dos indivíduos nas diferentes fases do envelhecimento.

No Brasil, a população idosa é definida como aquela a partir dos 60 anos de idade. Há dois documentos oficiais, a Lei 8.842/94, que dispõem sobre a Política Nacional do Idoso, no seu artigo 2º que “considera-se idoso, para todos os efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade”, e a Política Nacional de Saúde do Idoso de 13 de dezembro de 1999, sancionada pelo Ministério da Saúde que define a idade a partir dos 60 anos para designar idoso.

Desta forma, a partir da conceituação que embasou este estudo solicitamos novamente sua contribuição no sentido de consentir na modificação da terminologia conforme a proposta atual, utilizando-se apenas o “Envelhecimento” AO INVÉS DE “Processo de Envelhecimento” como fator relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.

Assinale no espaço sua concordância ou não com esta alteração:

 SIM **NÃO**

Mais uma vez agradecemos sua colaboração,

Atenciosamente

Enaura Helena Brandão Chaves

enaurah@hotmail.com

Porto alegre, 21/ 08/2008

End. Rua Dr. Raul Moreira, 354.

CEP 90820-160 POA/RS

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

APÊNDICE D**QUESTIONÁRIO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Identificação:**

Nome:

Formação:

Cargo ou função:

Justifique seu relacionamento com a temática em estudo:

Prezada colega

O instrumento anexo denominado **Questionário Subjetivo de Queixas de Memória** servirá para identificar as queixas de memória apresentadas por pessoas na faixa etária de 20 a 99 anos as quais farão parte do estudo que estou realizando como tese de doutoramento em Enfermagem na Universidade Federal de São Paulo.

Trata-se de uma investigação de natureza exploratória de caráter prospectivo, com amostra intencional, que será desenvolvido em duas etapas. O objetivo do estudo é validar o Processo de Envelhecimento como um Fator Relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada, conforme referencial proposto pela NANDA (2006).

Neste momento estou realizando a validação deste instrumento e gostaria de poder contar com sua contribuição. Esta se dará à medida que você se dispuser a preenchê-lo fazendo comentários relativos à:

1. Dados de identificação.
2. Grau em que o instrumento mede o conteúdo que está sendo pesquisado?
3. Clareza dos enunciados?
4. Tempo dispendido no seu preenchimento?
5. Adequação dos escores propostos.
6. O tamanho (nº de questões) do instrumento.
7. Outros aspectos
8. Sugestões.

Agradeço sua colaboração

Enaura Helena Brandão Chaves

(Continuação) Apêndice D

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	
1) Identificação	
Data:	Profissão: Idade:
Sexo:	Escolaridade:
Código numérico:	
2) Situação de saúde:	
Situação : () Internação () Ambulatório () Comunidade	
Função atual:	
Qual é sua renda familiar (responda em nº de salários mínimos: ()	
Com quem você reside atualmente? _____	
Cite sua <i>principal</i> atividade diária: _____	
Você possui algum problema de saúde? () Sim () Não	
Se sim, você poderia identificá-lo (s)	
Você utiliza algum medicamento atualmente? () Sim () Não	
Cite os medicamentos que você está utilizando atualmente:	
Assinale com um x se você apresenta um ou mais dos seguintes problemas:	
() Problemas neurológicos	() Uso de bebidas alcoólicas
() Problemas psicológicos	() Dificuldades para dormir
() Anemia	() Dor (es) -----
() Problemas cardíacos	() Pesar (pela perda de algo/alguém)
() Problemas respiratórios	() Não sabe informar
() Desidratação	() Nega problemas
() Problema de audição	() Outros problemas (especificar)
() Problema de visão	-----
As questões abaixo buscam conhecer as condições de sua memória neste momento:	

Leia as perguntas e responda-as à pesquisadora escolhendo a alternativa que mais se aproxima de sua opinião conforme a escala proposta:

PERGUNTAS-1-2-3 referem-se à incapacidade de recordar informações factuais (fatos ocorridos no último ano)					
1. você lembra o motivo de sua última consulta ou internação?	Lembro totalmente ()	Lembro ()	lembro Mais ou Menos ()	Lembro Muito pouco ()	Não lembro absolutamente nada ()
2. Após ter feito	Lembro	Lembro	lembro	Lembro	Não lembro

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

compras você lembra em que locais você comprou?	totalmente ()	()	Mais ou Menos ()	Muito pouco ()	absolutamente nada ()
3. Você lembra a data do aniversário de pelo menos 5 pessoas próximas (familiares ou amigos)?	Lembro totalmente ()	Lembro ()	lembro Mais ou Menos ()	Lembro Muito pouco ()	Não lembro absolutamente nada ()
PERGUNTAS – 4-5-6-7 referem-se à incapacidade de recordar eventos passados ou recentes.					
4. Você lembra como conheceu seu primeiro (a) namorado (a)?	Lembro totalmente ()	Lembro ()	lembro Mais ou Menos ()	Lembro Muito pouco ()	Não lembro absolutamente nada ()
5. Quando encontra pessoas que lhe parecem conhecidas você lembra delas?	Sempre ()	Quase Sempre ()	Nem Sempre ()	Quase Nunca ()	Nunca ()
6. Guarda coisas importantes em determinados lugares e quando vai procurá-los você não lembra onde guardou?	Sempre ()	Quase Sempre ()	Nem Sempre ()	Quase Nunca ()	Nunca ()
7. Você lembra onde passou o último domingo?	Lembro totalmente ()	Lembro ()	lembro Mais ou Menos ()	Lembro Muito pouco ()	Não lembro absolutamente nada ()
PERGUNTAS – 8-9-10 referem-se à incapacidade de aprender ou reter novas informações ou habilidades					
9. Você lembra o endereço de sua casa?	Sempre ()	Quase Sempre ()	Nem Sempre ()	Quase Nunca ()	Nunca ()
9. Você lembra o caminho de volta para sua casa?	Lembro totalmente ()	Lembro ()	lembro Mais ou Menos ()	Lembro Muito pouco ()	Não lembro absolutamente nada ()

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

			()	()	()
10. Quando está tomando algum medicamento você lembra qual é?	Sempre ()	Quase Sempre ()	Nem Sempre ()	Quase Nunca ()	Nunca ()
PERGUNTAS – 11-12 referem-se à incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada.					
11. Você lembra se tomou banho hoje?	Lembro com detalhes ()	Lembro ()	Lembro Mais ou Menos ()	Lembro Muito pouco ()	. Não lembro nada ()
12. Lembra se tomou seus medicamentos hoje?	Lembro com detalhes ()	Lembro ()	Lembro Mais ou Menos ()	Não lembro nada ()	Não tomo medicamentos ()
PERGUNTAS – 13-14-15 referem-se a experiências observadas ou relatadas de esquecimentos.					
13. Sua memória falha?	Sempre ()	Quase Sempre ()	Às vezes ()	Raramente ()	Nunca ()
14. Você esquece o que ia dizer numa conversação?	Sempre ()	Quase Sempre ()	Às vezes ()	Raramente ()	Nunca ()
15. Você lembra de ter tido uma memória melhor que a atual?	Extremamente Melhor ()	Muito melhor ()	Melhor ()	Um pouco Melhor ()	A mesma ()
PERGUNTAS – 16 e 17 referem-se à incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida.					
16. Percebe que tem um nome ou uma palavra “na ponta da língua”, mas não consegue lembrá-la?	Sempre ()	Quase Sempre ()	Nem Sempre ()	Quase Nunca ()	Nunca ()
17. Você lembra de	Sempre	Quase	Nem	Quase	Nunca

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

enviar recado para uma determinada pessoa?	()	Sempre ()	Sempre ()	Nunca ()	()
PERGUNTAS- 18-19-20 referem-se ao esquecimento de efetuar uma ação em um horário planejado.					
18 Quando você está tomando algum medicamento, você lembra de tomar nos horários devidos?	Sempre ()	Quase Sempre ()	Nem Sempre ()	Quase Nunca ()	Nunca ()
19. Você lembra de cumprir compromissos importantes que havia assumido previamente?	Sempre ()	Quase Sempre ()	Nem Sempre ()	Quase Nunca ()	Nunca ()
20. Você lembra de fazer os telefonemas que tinha agendado no dia anterior?	Sempre ()	Quase Sempre ()	Nem Sempre ()	Quase Nunca ()	Nunca ()

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

APÊNDICE E

Ronda 1 – Técnica de Delphi

Parecerista nº 1

1. *Quanto aos dados de identificação – não comentou*
2. *Grau em que o instrumento mede o conteúdo que está sendo pesquisado - não comentou*
3. *Clareza dos enunciados - alguns enunciados não estão muito claros*
4. *Tempo dispendido no seu preenchimento - 25 minutos*
5. *Adequação dos escores propostos – no item 4 “não lembro”, sugiro substituir por “lembro muito pouco”*
6. *O tamanho (n de questões) do instrumento: por não conhecer a temática “memória” em profundidade, não saberia dizer se o nº de questões é adequado, especialmente se possibilitam verificar cada item, ou seja, se as perguntas 8,9,10 são suficientes e adequadas para afirmar que a pessoa apresenta incapacidade de aprender ou reter novas informações ou habilidades. No item 10, por exemplo: “você lembra quais os medicamentos que está tomando?” já foi perguntado na identificação, em “cite os medicamentos que você faz uso sistematicamente”. Não está repetida a informação?*
7. *Deixar claro quem irá preencher o instrumento, se a pesquisadora ou o pesquisado.*
8. *Na identificação, referente a existência de alterações definir cada uma.*
9. *A denominação distúrbios ambientais excessivos “não está adequada, mas não tenho sugestão”. Talvez pudesse ser desmembrado em duas categorias, pois não vejo muita relação entre déficit visual e auditivo com pesar.*
10. *Sugere trocar a expressão “informações factuais” por “sobre fatos ocorridos”.*
11. *No item nº 2 sugere trocar “lojas” por “locais”.*

Parecerista nº 2

1. *Quanto aos dados de identificação – Achei os termos bastante complexos para serem perguntados aos depoentes. Faz-se necessário uma explicação após a pergunta de cada item*
2. *Grau em que o instrumento mede o conteúdo que está sendo pesquisado - suas perguntas dão conta de seu projeto de pesquisa.*
3. *Clareza dos enunciados - enunciados bem claros*
4. *Tempo dispendido no seu preenchimento - acredito que você vá demorar muito tempo para preencher o questionário. Talvez fosse interessante aglutinar algumas perguntas*
5. *Adequação dos escores propostos – Acho que você deveria relacionar os descritores de cada escore. O que eles significariam realmente. Por exemplo: Lembro totalmente = lembrança do dia, horas, local, mês.*
6. *O tamanho (nº de questões) do instrumento: instrumento longo.*
7. *Acho que esse instrumento já dá para você fazer o piloto e após isso realizar os ajustes necessários.*

Parecerista nº3

1. *Quanto aos dados de identificação – não sabe por que perguntar o tipo de moradia da pessoa.*
2. *Grau em que o instrumento mede o conteúdo que está sendo pesquisado - o instrumento mede o conteúdo do processo de envelhecimento como fator relacionado da memória prejudicada, com pequenos ajustes.*
3. *Clareza dos enunciados – na pergunta 02 fiquei em dúvida se a compra tinha sido hoje, ontem, quando? Ou se ao chegar em casa com compras saberia atribuir os objetos as lojas onde comprou*
4. *Tempo dispendido no seu preenchimento – levei mais ou menos 60 minutos no preenchimento.*
5. *Adequação dos escores propostos – de um modo geral tive dificuldade, pois tem palavras muito parecidas ou com sentido semelhante, os números ajudaram bastante nas decisões. Os escores quase sempre/ nem sempre são os mais confusos, ou seja, com mais possibilidade de confundir na hora da escolha.*

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

(Continuação) Apêndice E - Ronda 1 – Técnica de Delphi

6. *O tamanho (nº de questões) do instrumento: achei ótimo o número de questões, tranquilo para responder.*
7. *Outros aspectos: acho que o instrumento precisa de uma linguagem mais acessível para a população. Em uma população de 20 a 95 anos, nem todos tiveram acesso a informações iguais ou do mesmo nível. Por exemplo: cite os medicamentos que você faz uso sistematicamente. Será que todos sabem o que é sistematicamente?*

Parecerista nº 4

1. *Os dados de identificação acho que deveriam ser subdivididos em dois itens : 1) Identificação e 2) Situação de saúde*
2. *Sugere acrescentar a pergunta: “Você utiliza algum medicamento atualmente? Sim () Não () antes da questão “cite os medicamentos que você faz uso sistematicamente”.*
3. *Em relação as alterações, acho que deveriam ser acrescentadas as opções:*
4. *distúrbio renal e distúrbio vascular.*
5. *Na questão 10, ao invés de inferir que a pessoa está tomando algum medicamento, sugere que seja reformulada para: “Quando está tomando algum medicamento você lembra quais são?”*
6. *A partir da questão 16 você muda o tipo de escala de Likert a ser aplicada, mas não faz menção a isto, o que poderá afetar o preenchimento, já que se vinha respondendo com base numa escala anterior. Sugiro chamar a atenção de alguma maneira; talvez separando as questões no instrumento.*
7. *Na questão 18 sugiro a seguinte modificação “Quando você está tomando algum medicamento, você lembra de tomar nos horários devidos?”*
8. *Para maior clareza dos enunciados sugiro que você coloque em negrito toda vez que muda o foco das questões.*
9. *Em relação ao tempo dispendido, acho que está adequado, pois não é muito longo.*
10. *Quanto ao escore, acho que está bem, mas quem sabe acrescentando no item 5 a palavra NADA o mesmo ficaria mais claro.*
11. *Quanto ao tamanho do instrumento, acho que está OK.*
12. *Sugere fazer os testes não apenas com pacientes internados e ambulatoriais, mas também com pessoas da comunidade.*

Parecerista nº 05

1. *Nos dados de identificação sugiro que substitua a pergunta sobre o tipo de moradia para “qual é a sua renda familiar?” pois é mais indicativa do perfil sócio-econômico.*
2. *Sugiro fazer os testes não apenas com pacientes internados e ambulatoriais, mas também com pessoas da comunidade.*
3. *Clarear a questão sobre “qual é sua atividade diária? O que realmente quer saber?”*
4. *Achei os termos bastante complexos para serem perguntados aos depoentes, penso em como as alterações poderiam ser perguntadas dentro do universo léxico do participante.*
5. *Sugere substituir a palavra distúrbio por problema.*
6. *No item distúrbios ambientais excessivos, sugere colocar individualmente cada um deles, por exemplo: Possui dificuldades para enxergar?, Possui dificuldade para ouvir?*
7. *Sugiro mudar o enunciado do teste: “As questões abaixo buscam conhecer as condições de sua memória neste momento”.*
8. *Na questão nº8 sugere trocar o endereço deste local por endereço de casa.*
9. *Mudar a questão nº9 conforme sugestão: “Tendo condições de se locomover, você conseguiria percorrer o caminho de volta para sua casa?”*

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

APÊNDICE F

Ronda 2 – Técnica de Delphi

Parecerista nº 1

1. *No item identificação e seleção dos participantes sugere colocar tracejado (---) no item outros problemas para ser preenchido caso seja necessário.*
2. *No enunciado de apresentação do teste sugere que seja acrescentada a seguinte orientação: “você responderá as perguntas que serão registradas pela pesquisadora”.*
3. *Sugere fornecer uma tabela com os escores e os respectivos números para os respondentes terem à mão no momento de responderem a fim de visualizarem melhor os valores de cada alternativa.*

Parecerista nº 2

1. *Considerou que os dados de identificação ficaram muito mais claros com os ajustes realizados.*
2. *Também os enunciados das questões ficaram mais claros.*
3. *O formato de todo o instrumento melhorou .*
4. *Foram acatadas todas as sugestões das pareceristas.*
5. *Acredita que o instrumento está no ponto para ser submetido a um piloto.*
6. *Não tem outras sugestões.*

Parecerista nº 3

1. *Dados de identificação. Faz-se necessário alguma explicação prévia ou posterior ao lançamento das perguntas aos depoentes.*
2. *Grau em que o instrumento mede o conteúdo que está sendo pesquisado. O instrumento contempla seu objeto de estudo e atende aos objetivos da pesquisa.*
3. *Clareza dos enunciados: melhorar o enunciado da pergunta 6 e 16. Talvez fosse mais adequado fazer a pergunta utilizando sempre o padrão “lembra”, na forma afirmativa, e não negativa, por ex.: Você se lembra dos lugares onde guardou coisas, (documentos, objetos) importantes? Você lembra e verbaliza palavras que estão na ponta da língua?*
4. *Tempo dispendido no seu preenchimento: Tempo compatível – Para mim está OK.*
5. *Adequação dos escores propostos: continuo achando que para uma avaliação apropriada você deve relacionar os descritores de cada escore, por ex.: Lembro totalmente – lembrança do dia, hora, local, mês.*
6. *O tamanho (nº de questões) do instrumento: compatível – OK*
Outros aspectos

Sugestões: sugiro que você agrupe os grupos de questões referindo-se ao mesmo enunciado da escala Likert., por ex.: sequenciar grupos de questões cuja resposta seja Lembro totalmente, lembro, lembro mais ou menos, lembro muito pouco e não lembro absolutamente nada. Posteriormente agrupar as que têm a resposta Sempre, quase sempre, quase nunca e Nunca. Quando elas ficam mescladas se torna confuso para responder, mantendo o entrevistado sempre na base das respostas anteriores.

Parecerista nº 4

1. *Acho que finalmente o instrumento está adequado aos objetivos e metodologia do trabalho.*
2. *Sugiro que seja acrescentado o tempo no item (cabeçalho) das perguntas 1-2- 3 referentes à incapacidade de recordar fatos ocorridos (há quanto tempo?).*
3. *No item das perguntas 4-5-6-7 sobre eventos passados (quanto tempo?) ou recentes (quanto tempo?); por exemplo: no 1º item: se um sujeito consultou pela última vez há cinco anos, é possível que ele não se lembre o motivo, o que não quer dizer que ele tenha mais incapacidade para recordar do que um sujeito que consultou na semana passada.*

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

(Continuação) APÊNDICE F - Ronda 2 – Técnica de Delphi

Parecerista nº 5

1. *No 1º bloco, achou as questões pertinentes, mas algumas não estavam muito claras e faltava abrangência nas questões relativas à saúde.*
2. *Quanto aos itens da escala, apontou algumas dificuldades com os escores, isto é, os “dizeres” para a escolha das respostas. Sugere que os dizeres fiquem dentro das caselas, na linha de cada pergunta, daí o pesquisador marca o x.*
3. *Várias sugestões quanto à estrutura das questões, 13, 14 e 15, todas foram acatadas.*
4. *Modificação da questão 17 e 19. Sugestão acatada.*

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Esta pesquisa está vinculada ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo e tem como título: “Fator Relacionado Processo de Envelhecimento no Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada : Validação”.

2. Trata-se de um estudo de natureza exploratória cujos objetivos são:

Validação do Fator Relacionado Processo de Envelhecimento no Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.

- Validação conceitual e operacional das características definidoras e fator relacionado do Diagnóstico de Enfermagem Memória Prejudicada.

- Correlacionar o resultado do Teste Subjetivo de Memória com o Teste de Avaliação de Memória.

3. Os participantes desta etapa da pesquisa serão sujeitos na faixa etária dos 20 aos 95 que apresentem os critérios de inclusão exigidos: não sejam portadores de distúrbios neurológicos ou psiquiátricos, não apresentem sinais de anemia, hipoxemia, desequilíbrio hídrico e eletrolítico e/ou débito cardíaco diminuído.

4. Participarão respondendo ao Teste Subjetivo de Memória e do Teste de Avaliação de Memória.

5. A participação no estudo é voluntária e sem benefícios diretos ao sujeito.

6. Os participantes terão acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas em qualquer etapa do estudo através de contato com a pesquisadora responsável, Prof.a. Enaura Helena Brandão Chaves que poderá ser encontrada na Escola de Enfermagem da UFRGS, situada na rua São Manoel, 963 ou pelo telefone 33165424.

7. Aos sujeitos que concordarem em participar do estudo será garantida a liberdade de retirar-se do mesmo a qualquer momento.

8. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identidade de nenhum paciente.

9. Os participantes têm o direito de manterem-se atualizados sobre os resultados parciais da pesquisa que sejam de conhecimento do pesquisador.

10. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, nem tampouco compensação financeira.

11. O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo e suas etapas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, e deixarei meu consentimento formalizado, através de minha assinatura no presente documento.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

Assinatura da testemunha


Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisadora

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

ANEXO A

 *Universidade Federal de São Paulo*
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 26 de novembro de 2004.
CEP 1376/04

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) ENAURA HELENA BRANDÃO CHAVES.
Disciplina/Departamento: Enfermagem da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "**Validação do processo de envelhecimento como fator relacionado do diagnóstico de enfermagem memória prejudicada**".


Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa acima referenciado.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **25/maio/2005**.
5. Apresentar segundo relatório parcial em **21/novembro/2005**.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

"Resaltamos que é de essencial importância que seja verificado, antes da divulgação dos processos e/ou resultados obtidos nesta pesquisa, se os mesmos são potencialmente patenteáveis ou passíveis de outras formas de proteção intelectual/industrial. A proteção por meio do depósito de patente, ou de outras formas de proteção da propriedade intelectual, evita a ação indevida de terceiros e confere maior segurança quando da publicação dos resultados da pesquisa."

Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil
Tel.. (011) 5571-1062 - 5539.7162

[Digite texto]

[Digite texto] [Digite texto]

ANEXO B

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 04-299**Versão do Projeto:** 05/10/2004**Versão do TCLE:** 05/10/2004**Pesquisadores:**

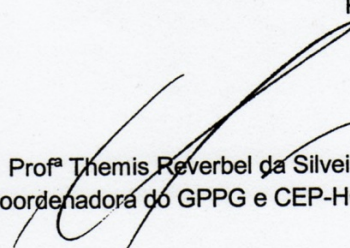
ENAUARA HELENA BRANDAO CHAVES

ALBA LUCIA BOTURA LEITE DE BARROS

Título: FATOR RELACIONADO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MEMÓRIA PREJUDICADA: VALIDAÇÃO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 28 de outubro de 2004.


Profª Themis Reverbél da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

