



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

MICHELLE HELCIAS MONTORIL

ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM “MEMÓRIA PREJUDICADA” EM IDOSOS

FORTALEZA – CE

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

MICHELLE HELCIAS MONTORIL

ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM “MEMÓRIA PREJUDICADA” EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes

FORTALEZA – CE

2014

MICHELLE HELCIAS MONTORIL

ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM “MEMÓRIA PREJUDICADA” EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
como parte dos requisitos para a obtenção do título
de Mestre em Enfermagem. Área de concentração:
Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Vilani Cavalcante Guedes
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof^ª. Dr^ª. Nirla Gomes Guedes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Thelma Leite de Araújo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ao meu grande pai do céu, que esteve presente em todos os momentos desta longa caminhada, dando-me força e sustentação, principalmente, nos momentos em que mais fraquejei. Permanecendo comigo e guiando cada passo que eu dava, diante dessa importante conquista.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor Jesus Cristo, por guiar sempre os meus passos e me dar forças para seguir em frente.

Aos meus maiores tesouros, meus pais Conceição e Tiago, que sempre confiaram na minha capacidade e nunca mediram esforços para que eu chegasse até esta brilhante etapa da minha vida.

Ao meu querido irmão Michel, pelos incentivos constantes.

Ao meu namorado, melhor amigo e companheiro de todas as horas, André Luiz, pelo carinho, compreensão, amor e por todas suas palavras que sempre foram um acalento pro meu coração. Obrigada por todos os momentos de amizade, ternura, companheirismo e incentivo.

A minha amiga Cléa, por toda ajuda técnica e por sua imensa amizade de infância. Muito obrigada por todas as palavras de estímulo e sua confiança.

A todos meus familiares, por sempre estenderem os braços nas horas de dificuldade, a minha imensa gratidão.

À minha amiga Vanessa, pela sua sensibilidade e disposição de estar sempre ao meu lado diante da construção desse importante trabalho. Por ter sido atenciosa, profissional e paciente durante o período que foi minha “co-orientadora”. Um anjo da guarda que Deus mandou na minha vida.

A minha sempre amiga Livia Maia, pela amizade e apoio depositados, além da companhia durante essa caminhada, melhor convívio, não poderia encontrar.

A minha chefe Cândida, por toda compreensão e apoio.

Às amigas do mestrado, Ocília, Livia, Iane e Telma, pelo companheirismo, incentivo, e por tornarem esses dois anos mais leves.

Ao meu orientador Dr. Marcos Venícios, pelo incentivo e grande conhecimento que tornou a sua orientação uma valiosa colaboração para a elaboração deste trabalho.

Aos professores participantes da Banca examinadora Thelma Leite de Araújo, Nirla Gomes Guedes e Maria Vilani Cavalcante Guedes, pelas importantes contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Aos idosos e funcionários da instituição, pela disponibilidade e atenção.

Perseverança é o caminho na qual devemos percorrer para alcançar nossos mais profundos sonhos, o que a vida nos exige é fé em nossos conhecimento e esforço, o fruto colhido será motivo da satisfação de um trabalho concluído no qual será abençoado pelas mãos de Deus.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada em idosos. Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica, com corte transversal, desenvolvido em uma instituição de longa permanência para idosos, situada na cidade de Fortaleza. A amostra foi constituída por indivíduos de ambos os sexos, com idade acima de 60 anos e cadastrados na referida instituição, totalizando uma amostra de 123 idosos. Elaborou-se um instrumento específico para a coleta de dados baseado nas características definidoras do diagnóstico em questão, conforme apresentadas na versão atual da NANDA Internacional, além de dados sócio demográficos dos idosos. Os dados foram analisados estatisticamente com o apoio do pacote estatístico R versão 3.0.2. Para verificar a sensibilidade e especificidade de cada característica definidora, foi utilizado o método de análise de classes latentes. Os dados sócios demográficos mostraram uma pequena predominância do sexo masculino, predomínio de idosos provenientes de cidades do interior do Estado e média de idade de 74,21 anos ($\pm 7,73$). Além disso, verificou-se que metade da amostra tinha mais de três anos de permanência na instituição, menos de 2 anos de escolaridade e renda familiar inferior a R\$724,00. Todas as dez características definidoras avaliadas foram encontradas na amostra. Entretanto, algumas apresentaram percentual baixo. As características mais frequentes no estudo foram Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada (67,21%), Incapacidade de reter novas informações (59,35%) e Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas (55,28%). Em todos os modelos de classe latente, a prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada ficou entre 31,05% e 36,43%. As características que apresentaram as melhores medidas de acurácia para inferência de espectros iniciais do diagnóstico em estudo foram Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades na amostra total. No sexo masculino, a característica Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas foi a única que apresentou significância estatística tanto para a sensibilidade quanto para a especificidade. Já no sexo feminino, Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades apresentaram valores altos de sensibilidade e especificidade. A importância destes achados se dá frente ao potencial para auxiliar os enfermeiros no momento de inferir o diagnóstico Memória prejudicada em idosos, o que contribui para um julgamento clínico mais preciso, o que é essencial para a elaboração de um plano de cuidados adequado.

Palavras chave: Diagnóstico de Enfermagem. Memória. Idoso. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to analyze the accuracy of the defining characteristics of the nursing diagnosis Impaired memory in the elderly. It is a diagnostic accuracy study with a cross-sectional approach, developed in a long-term care institution in the city of Fortaleza. The sample consisted of individuals of both sexes, aged above 60 years old and registered in the long-term institution, totaling a sample of 123 elderly. A specific form for data collection was constructed based on the defining characteristics of the diagnosis in question, as presented in the current version of the NANDA-International taxonomy. The form also contained socio demographic data of the elderly. The data were statistically analyzed with the support of the statistical package R version 3.0.2. To verify the sensitivity and specificity of each defining characteristic, we used the method of latent class analysis. The data showed a small demographic predominance of males, predominance of elderly people from other cities of the State and an average age of 74.21 years (± 7.73). In addition, it was found that half of the sample had more than three years of stay in the institution, less than 2 years of education and family income less than R\$724. All ten defining characteristics evaluated were found in the sample. However, some of them presented low percentage. The most common defining characteristics in the study were Inability to determine whether an action was performed (67.21%), Inability to retain new information (59.35%), and Inability to perform a previously learned skill (55.28%). In all the latent class models, the estimated prevalence of the nursing diagnosis Impaired memory was between 31.05% and 36.43%. The defining characteristics that presented the best measures of accuracy in the study were Inability to learn new skills and Inability to retain new skills in the total sample. In males, the characteristic Inability to perform previously learned skills was the only one that showed statistical significance for both sensitivity and specificity. In the female, Inability to learn new skills and Inability to retain new skills presented high values of sensitivity and specificity. The importance of these findings is the potential to assist the nurses to infer the diagnosis Impaired memory in the elderly, which contributes to a more precise clinical judgment, which is essential for the elaboration of an appropriate plan of care.

Key words: Nursing Diagnosis. Memory. Aged. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos idosos de acordo com sexo, naturalidade, idade, tempo de permanência na instituição, renda familiar e escolaridade. Fortaleza, 2014.....	24
Tabela 2 - Características definidoras do diagnóstico Memória prejudicada com intervalos de confiança de 95% identificadas na amostra de idosos. Fortaleza, 2014.....	25
Tabela 3 - Análise bivariada entre as características definidoras de Memória prejudicada e sexo dos idosos avaliados. Fortaleza, 2014.....	26
Tabela 4 - Valores p do teste de Mann-Whitney na análise bivariada entre as características definidoras de Memória prejudicada e as variáveis idade, tempo de permanência na instituição, renda familiar e tempo de escolaridade. Fortaleza, 2014.....	27
Tabela 5 - Medidas de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95% das características definidoras de Memória prejudicada com base na análise de classe latente. Fortaleza, 2014.....	29
Tabela 6 - Medidas de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95% das características definidoras de Memória prejudicada de idosos do sexo masculino com base na análise de classe latente. Fortaleza, 2014.....	29
Tabela 7 - Medidas de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95% das características definidoras de Memória prejudicada de idosos do sexo feminino com base na análise de classe latente. Fortaleza, 2014.....	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3	MÉTODOS	18
3.1	Desenho	18
3.2	Local do Estudo	18
3.3	População e Amostra	19
3.4	Instrumento para Coleta dos Dados	19
3.5	Procedimento de Coleta de Dados	21
3.6	Análise dos dados	22
3.7	Aspectos Éticos e Administrativos	23
4	RESULTADOS	24
5	DISCUSSÃO	34
6	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS.....	45
	APENDICES	50
	ANEXO	62

1 INTRODUÇÃO

A finalidade deste estudo se relaciona à acurácia de indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada em idosos. O interesse em desenvolver uma pesquisa com sujeitos nessa faixa etária se deu pela percepção de que o Brasil está em franco processo de envelhecimento populacional, tendo já atravessado as etapas iniciais do processo de transição epidemiológica e atingido seu estágio final. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que no período de 2001 a 2011, o crescimento do número de idosos de 60 anos ou mais de idade, em termos absolutos, foi marcante: passou de 15,5 milhões de pessoas para 23,5 milhões de pessoas. A participação relativa deste grupo na estrutura etária populacional aumentou de 9,0% para 12,1% no mesmo período. A participação do grupo com 80 anos ou mais de idade chegou a 1,7% da população em 2011, correspondendo a aproximadamente 3 milhões de indivíduos (IBGE, 2012).

O envelhecimento populacional traz uma série de desafios para a sociedade e para os profissionais de saúde, pois eleva a demanda por serviços que atendam às necessidades específicas desse grupo (FREITAS; PEREIRA; GUEDES, 2010). Nesse contexto, tem sido apontado um crescimento da demanda em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), o qual é atribuída tanto ao crescimento populacional nessa faixa etária quanto às mudanças nos arranjos familiares. Atualmente, estima-se que 1% da população idosa brasileira resida em ILPIs e, em outros países, esse número pode chegar a até 15% (MORAES et al., 2008).

Embora no Brasil tenha sido convencionada, por meio da *Política Nacional do Idoso*, a idade a partir de 60 anos para um indivíduo ser considerado idoso, do ponto de vista fisiológico, não se pode afirmar que a velhice começa nessa idade, pois o processo de envelhecimento envolve fatores hereditários, ambientais e o estilo de vida. Já do ponto de vista social, a maioria dos países industrializados estabelece uma idade para que pessoas com emprego regular parem de trabalhar e recebam uma aposentadoria, a qual no Brasil varia de 55 a 60 anos para mulheres e 60 a 65 para homens (BRASIL, 1996; BRASIL, 2003; BERGER, 1995).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem determinar a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 1998; PAPALÉO NETTO, 2007). Desse modo, algumas das maiores adversidades de saúde relacionadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a

dependência, que acarretam restrição ou perda de habilidades necessárias para executar funções e atividades relacionadas à vida diária. Portanto, pode-se considerar que, dentre inúmeros indicadores específicos, a presença de déficits físicos e cognitivos determina as condições de saúde da população idosa (GUIMARÃES; CUNHA, 2004; FREITAS; CANÇADO; GORZONI, 2006).

Dentre os déficits cognitivos associados ao envelhecimento destacam-se o declínio da inteligência, da capacidade de aprendizagem e da memória (BERGER; MAILLOUX-POIRIER; MADEIRA, 1995; ELIOPOULOS, 2011). O declínio da inteligência é um tema ainda controverso entre estudiosos da gerontologia, sobretudo por ser uma função fortemente influenciada por questões culturais e antecedentes educacionais. Sabe-se, no entanto, que a inteligência básica permanece, não sendo passível de aumentar ou declinar com a idade. Capacidades como compreensão verbal e de execução de operações matemáticas não se modificam, pois tais capacidades se relacionam à inteligência cristalizada, surgida a partir do hemisfério cerebral dominante. Por outro lado, a inteligência fluida, associada ao hemisfério cerebral não dominante, pode declinar com o avançar da idade. Esta última está relacionada às emoções, à retenção de informações não intelectuais, às capacidades criativas, às percepções espaciais e à valorização estética (ELIOPOULOS, 2011).

Quanto à aprendizagem, considera-se que trata-se de uma função que pouco se altera com o envelhecimento, sendo fortemente influenciada por outros fatores como motivação, alcance da atenção, retardo na transmissão de informações ao cérebro, déficits de percepção, doenças e experiências anteriores com resolução de problemas (ELIOPOULOS, 2011). Além disso, a aprendizagem está intimamente relacionada com a memória, pois para recordar algo é preciso, primeiramente, aprender. Assim, é difícil estabelecer as fronteiras entre aprendizagem e memória (BERGER; MAILLOUX-POIRIER; MADEIRA, 1995).

A memória é a habilidade cognitiva mais amplamente estudada e o declínio desta função é uma das maiores preocupações dos idosos (QUEVEDO; MARTINS; IZQUIERDO, 2006). Além disso, trata-se de uma das mais importantes funções cognitivas do homem, sendo uma função essencial para o armazenamento de informações, o conhecimento de si mesmo e do mundo, o desenvolvimento da linguagem, o reconhecimento de pessoas e a consciência da continuidade da própria vida (FREITAS; CANÇADO; GORZONI, 2006).

A memória adquirida por um indivíduo de forma permanente pode ser visualizada como uma rede organizada de conceitos inter-relacionados e integrados na estrutura cerebral. Assim, a memória é também uma atividade biológica e psíquica que permite reter experiências anteriormente vividas (BERGER; MAILLOUX-POIRIER; MADEIRA, 1995).

A memória pode ser classificada em três tipos principais: sensorial, memória de curto prazo e memória de longo prazo. A memória sensorial é aquela obtida por meio dos órgãos dos sentidos, sendo o tipo com menor duração (poucos segundos). Este tipo de memória é responsável pelo armazenamento inicial e breve dos estímulos externos e pelo processamento e transferência de informações para a memória de curto prazo. Deficiências sensoriais e um aumento no tempo de reação podem ocorrer em decorrência do processo de envelhecimento fisiológico (ELIOPOULOS, 2011; BUSSE; BLAZER, 1999).

A memória de curto prazo dura no máximo 3 minutos e é responsável pelo armazenamento de eventos ou informações seriadas, os quais aprendemos e recordamos imediatamente. Esse tipo de memória se subdivide em memória primária (responsável pela retenção de informações por curtos períodos) e memória operacional ou do trabalho (responsável pelo armazenamento e manipulação de informações como fazer cálculos matemáticos). A memória de curto prazo pode ser afetada por perdas sensoriais, medo do fracasso e elementos distrativos. Esse tipo de memória geralmente fica prejudicado em idosos, sobretudo em tarefas que exigem evocação de palavras (QUEVEDO; MARTINS; IZQUIERDO, 2006).

A memória de longo prazo pode durar dias, semanas ou anos, sendo estruturada em dois processos principais: codificação e evocação. A codificação se refere ao modo como determinado evento é classificado para que ocorra o seu armazenamento. Já a evocação ou recuperação ocorre quando o indivíduo recorda o evento que foi codificado. A codificação é pouco afetada nos idosos abaixo de 75 anos, mas após esta idade ocorre um decréscimo. Já a evocação sofre maior déficit nessa faixa etária, detectado por meio de dificuldades em relatar fatos ocorridos há horas ou meses, ou em acessar informações previamente armazenadas (YASSUDA, 2006).

Um quarto subtipo de memória é denominado memória de trabalho, e de acordo com Flavell et al. (1999) é responsável pelo armazenamento temporário e pelo processamento de informações. De acordo com Eliopoulos (2011), o envelhecimento acarreta diminuição da capacidade de reter informações na consciência ao mesmo tempo em que outras informações são manipuladas, assim, a função da memória de trabalho fica menor. A autora refere ainda que os idosos conseguem melhorar parte do esquecimento decorrente do processo fisiológico do envelhecimento por meio da utilização de métodos mnemônicos como, por exemplo, associando nomes a imagens, fazendo anotações ou mantendo objetos nos mesmos locais.

Dentre os diversos modelos teóricos criados para explicar o funcionamento da memória humana, o modelo do processamento de informações é o mais frequentemente

citado. Tal modelo faz uma analogia entre o funcionamento da memória humana e o funcionamento de um computador, de maneira que a memória pode ser vista como um conjunto de estruturas e processos responsáveis pelo fluxo de informações pelo sistema cognitivo. Analogamente, as estruturas da memória seriam como o *hardware* do computador, e os processos seriam como o *software*. Também de maneira análoga a um computador, a memória teria um processador executivo central, estruturas de arquivo e componentes para extrair informações, entre outros. Tal analogia contribuiu para um melhor entendimento do envelhecimento cognitivo, pois possibilitou a investigação dos efeitos do envelhecimento para cada componente do sistema (FREITAS; CANÇADO; GORZONI, 2006).

Considerando-se o declínio dos diferentes tipos de memória como fenômeno associado ao envelhecimento, é necessário que o profissional de enfermagem tenha um olhar crítico aos indivíduos que estão passando por esse processo e adquira habilidades a fim de realizar um plano de cuidados eficaz e que contribua para a promoção da qualidade de vida. O uso de indicadores clínicos acurados possibilita uma maior segurança ao enfermeiro na elaboração do plano de cuidados, logo, a mensuração da acurácia de indicadores clínicos de diagnósticos de enfermagem frequentes em idosos contribui para a prática baseada em evidências na assistência a essa população específica.

No que diz respeito à produção científica acerca da temática dos diagnósticos de enfermagem observa-se que há uma preocupação crescente em aperfeiçoar e legitimar os elementos que fazem parte da taxonomia da NANDA-I, bem como em aumentar sua capacidade de generalização e de predição. Tal fato está alicerçado na dificuldade em que os enfermeiros se deparam, na prática clínica, de identificar os diagnósticos de enfermagem, bem como os seus indicadores clínicos. Nesse ponto, deve-se levar em consideração a importância de uma avaliação acurada, a qual reflete diretamente o processo de identificação dos diagnósticos de enfermagem (PASCOAL et al., 2012).

Define-se acurácia como a capacidade de determinado indicador clínico em discriminar entre estados alternativos de saúde, ou seja, de classificar corretamente indivíduos com e sem um diagnóstico de enfermagem (ZHOU; OBUCHOWSKI; MCCLISH, 2002; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Sabe-se que os diagnósticos de enfermagem representam necessidades humanas de um indivíduo e que são estabelecidos com base na identificação de sinais e sintomas, ou indicadores clínicos, que constituem as características definidoras do diagnóstico. Sendo assim, as características definidoras podem ser consideradas testes, cuja acurácia repercute diretamente na precisão do diagnóstico estabelecido pelo enfermeiro.

As principais medidas descritas na literatura para mensurar a acurácia são a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos (positivo e negativo), sendo medidas que permitem avaliar a relação direta entre as características definidoras e a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

A sensibilidade se refere à capacidade de identificar corretamente a presença da característica definidora em indivíduos com o diagnóstico de enfermagem em avaliação. Por outro lado, a especificidade se refere à capacidade de identificar corretamente a ausência da característica definidora em indivíduos sem o diagnóstico de enfermagem em avaliação. Por fim, o valor preditivo positivo representa a probabilidade da presença do diagnóstico de enfermagem em indivíduos com a característica definidora, enquanto o valor preditivo negativo mensura a probabilidade da ausência do diagnóstico de enfermagem em indivíduos sem a característica definidora (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

O interesse em investigar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada se deu mediante a percepção de que a idade avançada predispõe o indivíduo à ocorrência desse diagnóstico de enfermagem, devido às alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento (SOUZA, 2007).

Além disso, vale destacar que, de acordo com Freitas, Cançado e Gorzoni (2006), a maioria dos testes neuropsicológicos disponíveis foram criados para avaliar crianças ou adultos jovens, de forma que, muitas vezes, a natureza das tarefas envolvidas nesses testes é estranha ao universo do idoso, o que torna relevante o estudo do modo como os indicadores clínicos de Memória prejudicada são manifestados pelos idosos.

O diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada faz parte do sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I desde 1994. Até o momento este diagnóstico não passou por modificações, sendo definido como “incapacidade de lembrar ou recordar partes de informação ou habilidades comportamentais”. As características definidoras deste diagnóstico incluem: esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado, experiências de esquecimento, incapacidade de aprender novas habilidades, incapacidade de aprender novas informações, incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada, incapacidade de executar habilidade previamente aprendida, incapacidade de recordar eventos, incapacidade de recordar informações reais, incapacidade de reter novas habilidades e incapacidade de reter novas informações (HERDMAN, 2012).

Este diagnóstico tem sido investigado em estudos envolvendo idosos relacionando-o ao envelhecimento ou a doenças neurológicas, como o Acidente Vascular

Encefálico (AVE). Estudo realizado por Santos et al. (2008), identificou que 46,4% dos idosos avaliados apresentaram o diagnóstico de enfermagem memória prejudica.

Percebe-se que existem dificuldades para estabelecer critérios clínicos que favoreçam a identificação correta do diagnóstico Memória Prejudicada, pois algumas características definidoras deste diagnóstico não podem ser medidas diretamente, ou não se dispõe de instrumentos que comprovem sua presença. Diante disso, foram estabelecidas as seguintes questões: Qual a prevalência do diagnóstico Memória Prejudicada e de suas características definidoras em idosos? Quais características definidoras melhor predizem a presença desse diagnóstico?

Devido à existência de limitações e dificuldades no processo de inferência diagnóstica em enfermagem, ressalta-se a importância da realização de estudos que visem melhorar o nível de acurácia dos diagnósticos de enfermagem identificados. Isso se faz necessário tendo em vista que a literatura aponta variações nas interpretações dos enfermeiros frente aos dados obtidos, bem como possibilidade de interpretação errônea das respostas apresentadas (LUNNEY, 2004). Assim, pesquisas voltadas para a determinação da acurácia diagnóstica em populações específicas (no caso, idosos) são necessárias, porque podem permitir uma avaliação melhor direcionada a estes indivíduos, contribuindo também para a promoção da sua saúde, a partir da identificação mais acurada das necessidades dos mesmos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada em idosos institucionalizados.

2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada e a frequência de suas características definidoras em idosos institucionalizados;
- Verificar a associação entre as características definidoras do diagnóstico Memória prejudicada e variáveis sócio-demográficas de idosos institucionalizados;
- Determinar as medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico Memória prejudicada em idosos institucionalizados;
- Verificar as diferenças nas medidas de acurácia das características definidoras de acordo com o sexo dos idosos institucionalizados;

3 MÉTODOS

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo de acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada em idosos internados em uma instituição de longa permanência, com o intuito de identificar os indicadores clínicos que melhor classificam indivíduos com ou sem o diagnóstico em questão. A acurácia de uma variável se refere à capacidade da mesma representar realmente o que deveria representar (HULLEY et al., 2006). Dessa forma, características definidoras acuradas são aquelas que permitem a diferenciação entre diagnósticos de enfermagem, refletindo o estado real de saúde do indivíduo. Acrescenta-se que os estudos de acurácia de diagnósticos de enfermagem têm sido desenvolvidos no sentido de responder a duas questões principais: quão acuradamente as informações obtidas representam o fenômeno de interesse e qual a acurácia do processo de raciocínio clínico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma instituição de longa permanência para idosos, localizada na cidade de Fortaleza/Ceará/Brasil. A instituição foi selecionada por ser especializada na assistência e tratamento de pessoas idosas em estado de dependência parcial, total e em fase terminal. São desenvolvidas na instituição ações nas áreas: social, saúde, nutrição e gestão. A equipe multiprofissional que atua na instituição é composta por assistentes sociais, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, pedagogos e psicólogos, além de profissionais auxiliares e de apoio administrativo, serviços gerais e de segurança.

Ressalta-se que os serviços prestados na instituição não são restritos aos moradores da mesma, de maneira que algumas atividades são abertas à participação de idosos que não estão institucionalizados no local. Dentre tais atividades estão a assistência de Enfermagem, consultas médicas com geriatras e acadêmicos de Medicina, atendimento fisioterápico, prática de atividades físicas lideradas por profissionais do corpo de bombeiros, bazares, oferta de refeições, dentre outras.

3.3 População e Amostra

A população foi constituída por 222 idosos, os quais estavam sendo atendidos pela referida instituição no período da coleta de dados. De acordo com a *Política Nacional do Idoso* o limite etário correspondente a essa população é de 60 anos ou mais (BRASIL, 1996). Dessa forma, os critérios de inclusão no estudo foram ser cadastrado na referida instituição e ter idade acima de 60 anos. Em uma visita prévia à instituição, foi observado que, no local, residem idosos com e sem problemas de locomoção. Considerando-se que o estudo enfoca o diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada, optou-se por não excluir os idosos com problemas de locomoção, tendo em vista que o instrumento de coleta de dados pode ser aplicado aos pacientes independentemente do seu grau de mobilidade física.

Como critério de exclusão estabeleceu-se a presença de déficits verbais e cognitivos que impossibilitem a interação durante a coleta dos dados (estágios de desorientação em curso).

Para estimar o tamanho da amostra foi utilizada a fórmula para cálculo de tamanho amostral em estudos de acurácia: $n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot Se \cdot (1 - Se)}{L^2 \cdot P}$. Para a aplicação desta fórmula utilizou-se como parâmetros: um nível de confiança de 95% (Z_{α}), uma sensibilidade de 80% (sensibilidade mínima aceitável para cada indicador clínico em estudo), a extensão de uma metade do intervalo de confiança para a sensibilidade conjecturada (L) de 10% e uma prevalência suposta do evento (envelhecimento) de 50% (devido à falta de estudos anteriores). Com base nisto, estimou-se um número mínimo de 123 sujeitos para o estudo.

A seleção da amostra foi realizada pela estratégia de amostragem consecutiva, a qual se refere à inclusão dos indivíduos na amostra à medida que comparecem ao local do estudo e atendem aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos (HULLEY et al., 2006).

3.4 Instrumento para Coleta dos Dados

A coleta de dados deu-se durante o mês de Janeiro de 2014, por meio de um instrumento elaborado com a finalidade de identificar as características definidoras do diagnóstico Memória Prejudicada conforme a Taxonomia II da NANDA-I. O formulário para coleta de dados foi subdividido em: dados de identificação (nome, número do prontuário, idade, sexo, data de nascimento, data de admissão, procedência, renda familiar e escolaridade)

e avaliação clínica e cognitiva (pressão arterial, perguntas relacionadas às Atividades da Vida Diária, perguntas referentes à memória de curto e longo prazo, perguntas relacionadas à cognição e experiências de esquecimento) (Apêndice A).

As dez características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada foram avaliadas no estudo de acordo com as seguintes definições operacionais:

Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada

Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado (CD1)	Diminuição ou limitação na capacidade de utilização de recursos de armazenagem, evocação e julgamento de informações planejadas para serem realizadas em um curto intervalo de tempo.
Experiências de esquecimento (CD2)	Experiências vivenciadas de dificuldades em recordar detalhes de fatos ou eventos recentes sem prejuízo para as Atividades da Vida Diária (AVD).
Incapacidade de aprender novas habilidades (CD3)	Déficit na capacidade de aprendizagem, aquisição, registro e decodificação de novas habilidades para execução de atividades nunca vivenciadas.
Incapacidade de aprender novas informações (CD4)	Prejuízo na capacidade de aprender, decodificar, registrar e armazenar novos registros de linguagem, que sejam diferentes de todos os anteriormente armazenados.
Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada (CD5)	Experiências de diminuição na capacidade de processamento, abstração e julgamento de ações previamente realizadas.
Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas (CD6)	Prejuízo na capacidade de executar uma ação ou habilidade anteriormente apreendida, codificada e armazenada. Está relacionada às funções executivas, que incluem: flexibilidade cognitiva, processo de pensamento abstrato, controle e auto-monitoramento. Pode interferir na realização das Atividades

Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

Incapacidade de recordar eventos (CD7)	Dificuldade na capacidade de evocar/relembrar fatos, eventos ou episódios vivenciados recentemente ou há longos períodos de tempo.
Incapacidade de recordar informações factuais (CD8)	Diminuição na capacidade de armazenar e evocar informações adquiridas há dias, semanas ou anos.
Incapacidade de reter novas habilidades (CD9)	Redução na capacidade de registro, armazenamento e codificação de novas habilidades, sem interferir na capacidade de aquisição de novos aprendizados. Além do prejuízo da memória, está relacionado ao prejuízo nas funções cognitivas de atenção e executivas (motora e viso espacial).
Incapacidade de reter novas informações (CD10)	Prejuízo na capacidade de registro, armazenamento e codificação de novas informações, sem interferir em novos aprendizados. Além do prejuízo da memória, está relacionado ao prejuízo nas funções cognitivas de atenção e de linguagem.

As definições operacionais foram revisadas e adaptadas a partir do estudo de Souza (2007). Ressalta-se que o instrumento de coleta de dados foi submetido a um pré-teste para avaliar a necessidade de ajustes, o qual foi aplicado a seis idosos residentes na instituição, número correspondente a 5% do valor estimado para a amostra. Após ter sido atestada a inexistência de incoerências, optou-se por manter o instrumento tal como aplicado no pré-teste. Os idosos que participaram do pré-teste não foram incluídos na amostra final do estudo.

3.5 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora do estudo e por cinco alunas de graduação em enfermagem (bolsistas) participantes do grupo de pesquisa. Seguindo as recomendações de Lopes, Silva e Araújo (2012), anteriormente à coleta de dados realizou-se um treinamento referente à coleta de dados com as responsáveis por essa etapa. Esse

treinamento incluiu a definição e os componentes do diagnóstico Memória Prejudicada, aspectos fisiológicos e psicossociais desse diagnóstico, características definidoras exclusivas do diagnóstico em questão e o contexto da população do estudo. Para evitar vieses, as bolsistas envolvidas com a coleta de dados aplicaram o instrumento durante a realização do teste piloto, realizado com cinco sujeitos com o mesmo perfil dos participantes da amostra, momento no qual verificou-se a uniformidade do procedimento de coleta. Os dados coletados durante o teste piloto não foram incluídos no estudo.

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista com preenchimento do instrumento específico (Apêndice A). Inicialmente, a pesquisadora principal supervisionou a coleta de dados realizada pelas bolsistas. Posteriormente, tendo sido verificado que todos os membros da equipe de coleta estavam adotando um procedimento uniforme, a coleta passou a ser realizada sem supervisão da pesquisadora em alguns momentos. Além disso, para uniformizar a coleta de dados, os participantes da equipe de coleta receberam um Procedimento Operacional Padrão e um quadro com as definições operacionais das características definidoras anteriormente apresentadas (Apêndice B).

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados a partir do instrumento foram armazenados em planilha do *software Microsoft Excel* e analisados com apoio do pacote estatístico R versão 3.0.2 utilizando o módulo básico e os pacotes *lawstat*, *randomLCA* e *poLCA*. A análise descritiva dos dados incluiu o cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. Para as proporções de variáveis categóricas foram calculados intervalos de confiança de 95%. Para verificação de aderência à distribuição normal foi aplicado o teste robusto de Jarque Bera.

Para verificar a sensibilidade (proporção de sujeitos com o diagnóstico de enfermagem para os quais o indicador está presente) e a especificidade (proporção de sujeitos sem o diagnóstico para os quais o indicador está ausente) de cada característica definidora, foi utilizado o método de análise de classes latentes (ACL). Esta técnica é utilizada para cálculo de medidas de acurácia de indicadores clínicos quando não existe padrão de referência perfeito, baseada na suposição que uma variável não-observada ou latente (diagnóstico de enfermagem) determina as associações entre as variáveis observáveis (características definidoras). Um modelo de duas classes latentes de efeitos randômicos foi utilizado para cálculo dos valores de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de

confiança de 95% (QU; TAN; KUTNER, 1996). O modelo de efeitos randômicos foi escolhido pela suposição dependência condicional entre as características definidoras do diagnóstico em análise. Para verificação da bondade do ajuste dos modelos de classe latente foi aplicado o teste da razão de verossimilhança (G^2).

Um modelo inicial de classe latente com todas estas características foi inicialmente ajustado e denominado de modelo nulo. A partir deste modelo, características definidoras que não apresentaram significância estatística foram excluídas e um novo modelo foi ajustado. A não significância estatística era considerada quando o limite superior do intervalo de confiança das medidas de sensibilidade e especificidade era inferior a 50% e/ou quando o intervalo de confiança incluía este valor.

Foram ajustados três modelos de classe latente utilizando a estratégia descrita: um modelo com todas as características, um modelo para o sexo masculino e outro para o feminino. Para todas as outras análises, adotou-se o nível de significância de 5% para os testes aplicados.

3.9 Aspectos Éticos e Administrativos

Inicialmente encaminhamos ofícios de solicitação à direção da instituição na qual o estudo foi realizado, para obtenção da autorização para o presente trabalho. Em seguida, a proposta do estudo foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo da Universidade Federal do Ceará - COMEPE, obtendo número do parecer: 470.172, de 27 de novembro de 2013, cumprindo as recomendações da resolução 466/2012 referentes às pesquisas desenvolvidas com seres humanos (BRASIL, 2013).

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a obtenção da anuência da instituição, procedeu-se à coleta de dados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos idosos (Apêndice D), no qual foram declaradas a concordância dos sujeitos em participar voluntariamente do estudo e a garantia do seu anonimato.

4 RESULTADOS

Para o alcance dos objetivos propostos, os dados foram compilados em sete tabelas contemplando dados sócios demográficos, dados referentes ao diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada e suas características definidoras, bem como resultados das análises estatísticas efetuadas. Segue-se a apresentação, na Tabela 1, do perfil sócio demográfico dos idosos incluídos na amostra do estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos de acordo com sexo, naturalidade, idade, tempo de permanência na instituição, renda familiar e escolaridade. Fortaleza, 2014.

Variáveis	n	%	IC95%
1.Sexo			
Masculino	68	55,28	46,06 - 64,25
Feminino	55	44,72	35,75 - 53,94
2. Naturalidade			
Fortaleza	36	29,51	21,60 - 38,44
Outros municípios	87	70,49	61,56 - 78,40
	Média (DP)	Mediana (IQ)	Valor p*
3. Idade	74,21 (7,73)	74,00 (13)	0,175
4. Tempo de permanência na instituição	5,84 (7,80)	3,25 (6)	<0,001
5. Renda familiar	812,3 (677,0)	724,0 (0)	<0,001
6. Escolaridade (anos)	3,93 (4,52)	2,00 (5)	<0,001

* Teste robusto de Jarque Bera

Embora com pequena predominância do gênero masculino, a distribuição da amostra segundo o sexo dos idosos foi similar ao considerarmos os intervalos de confiança de 95%. Apesar do serviço estar localizado na capital, houve predomínio de idosos oriundos de outros municípios. A média de idade foi de 74,21 anos (dp = 7,73), metade da amostra tinha mais de três anos de permanência na instituição, menos de 2 anos de escolaridade e renda familiar inferior a R\$ 724,00 (Tabela 1). A prevalência das características definidoras do diagnóstico Memória prejudicada com seus respectivos intervalos de confiança de 95% são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Características definidoras do diagnóstico Memória prejudicada com intervalos de confiança de 95% identificadas na amostra de idosos. Fortaleza, 2014.

Características definidoras	n	%	IC95%
1. Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado	1	0,81	0,02 - 4,45
2. Experiências de esquecimento	10	8,13	3,97 - 14,44
3. Incapacidade de aprender novas habilidades	37	30,08	22,14 - 39,00
4. Incapacidade de aprender novas informações	4	3,25	0,89- 8,12
5. Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada	82	67,21	58,13 - 75,44
6. Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas	68	55,28	46,06 - 64,25
7. Incapacidade de recordar eventos	11	9,02	4,59 - 15,56
8. Incapacidade de recordar informações factuais	21	17,07	10,89 - 24,91
9. Incapacidade de reter novas habilidades	33	26,83	19,24 - 35,57
10. Incapacidade de reter novas informações	73	59,35	50,12 - 68,11

Todas as dez características definidoras avaliadas foram encontradas na amostra. Entretanto algumas apresentaram percentual muito baixo, sobretudo as características Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado (0,81%; IC95%: 0,02 – 4,45) e Incapacidade de aprender novas informações (3,25; IC95%: 0,89 – 8,12). As características mais frequentemente identificadas na amostra foram Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada (67,21%; IC95%: 58,13 – 75,44), Incapacidade de reter novas informações (59,35%; IC95%: 50,12 – 68,11) e Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas (55,28%; IC95%: 46,06 – 64,25). A exceção das duas primeiras, os intervalos de confiança de 95% demonstram que estas características podem ser observadas em menos da metade da população subjacente, denotando uma frequência relativamente baixa das características definidoras (Tabela 2). Os resultados da análise bivariada entre as características definidoras de Memória prejudicada e sexo são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Análise bivariada entre as características definidoras de Memória prejudicada e sexo dos idosos avaliados. Fortaleza, 2014.

Características definidoras	Sexo		Estatísticas
	Feminino	Masculino	
1. Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado			
Presente	1	0	p = 0,447 ¹
Ausente	54	68	OR = --
2. Experiências de esquecimento			
Presente	4	6	p = 1,000 ¹
Ausente	51	62	OR =0,81 (0,16-3,64)
3. Incapacidade de aprender novas habilidades			
Presente	24	13	p = 0,005 ²
Ausente	31	55	OR = 3,24(1,36-8,01)
4. Incapacidade de aprender novas informações			
Presente	1	3	p = 0,627 ¹
Ausente	54	65	OR = 0,40(0,01-5,20)
5. Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada			
Presente	34	48	p = 0,338 ²
Ausente	21	19	OR =0,64(0,28-1,47)
6. Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas			
Presente	40	28	p < 0,001 ²
Ausente	15	40	OR = 3,77 (1,67-8,85)
7. Incapacidade de recordar eventos			
Presente	7	4	p = 0,212 ¹
Ausente	47	64	OR = 2,37 (0,56-11,68)
8. Incapacidade de recordar informações factuais			
Presente	11	10	p = 0,593 ²
Ausente	44	58	OR = 1,44(0,51-4,18)
9. Incapacidade de reter novas habilidades			
Presente	21	12	p = 0,019 ²
Ausente	34	56	OR = 2,86(1,17-7,25)
10. Incapacidade de reter novas informações			
Presente	36	37	p = 0,291 ²

Continuação Tabela 3

Características definidoras	Sexo		Estatísticas
	Feminino	Masculino	
Ausente	19	31	OR = 1,58(0,72- 3,54)

1- Teste exato de Fisher, 2 – Qui-quadrado com correção de Yates

Na análise bivariada entre o sexo dos idosos e a identificação das características definidoras de Memória prejudicada, foi identificada uma relação estatisticamente significativa entre as características definidoras Incapacidade de aprender novas habilidades, Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas e Incapacidade de reter novas habilidades com o sexo feminino ($p < 0,05$). Mulheres idosas apresentaram cerca de três vezes mais chance de desenvolverem estas características definidoras quando comparadas aos homens (Tabela 3). Nenhuma associação entre as características definidoras e a naturalidade dos idosos foi identificada. Resultados da análise bivariada entre as características definidoras de Memória prejudicada e as variáveis idade, tempo de permanência, renda e escolaridade são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Valores p do teste de Mann-Whitney na análise bivariada entre as características definidoras de Memória prejudicada e as variáveis idade, tempo de permanência na instituição, renda familiar e tempo de escolaridade. Fortaleza, 2014.

Características definidoras	Idade	Tempo de permanência	Renda	Escolaridade
1. Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado	0,199	0,401	0,969	0,213
2. Experiências de esquecimento	0,033	0,984	0,857	0,019
3. Incapacidade de aprender novas habilidades	<0,001	0,411	0,253	0,182
4. Incapacidade de aprender novas informações	0,898	0,149	0,916	0,265
5. Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada	0,682	0,552	<0,001	0,468
6. Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas	0,142	0,307	0,769	<0,001

Continuação Tabela 4

Características definidoras	Idade	Tempo de permanência	Renda	Escolaridade
7. Incapacidade de recordar eventos	0,146	0,132	0,898	0,041
8. Incapacidade de recordar informações factuais	0,254	0,475	0,762	0,006
9. Incapacidade de reter novas habilidades	0,002	0,221	0,489	0,541
10. Incapacidade de reter novas informações	0,212	0,273	0,721	0,108

As características definidoras Experiências de esquecimento (80 vs. 74), Incapacidade de aprender novas habilidades (78 vs. 72) e Incapacidade de reter novas habilidades (79 vs 73) foram mais comuns entre idosos com idade mais avançada ($p < 0,05$). O tempo de permanência na instituição não apresentou diferença estatísticas entre idosos com ou sem cada uma das características definidoras estudadas e idosos com a característica Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada apresentaram renda familiar maior quando comparados aqueles sem esta característica (935,7 vs 561,6; $p < 0,001$). Além disso, a escolaridade foi menor entre aqueles idosos que apresentaram as características definidoras Experiências de esquecimento ($p = 0,019$; 0 vs 3), Incapacidade de executar habilidades previamente ($p < 0,001$; 1 vs 5), Incapacidade de recordar eventos ($p = 0,041$; 1 vs 3) e Incapacidade de recordar informações factuais ($p = 0,006$; 1 vs 3) (Tabela 4).

As tabelas 5, 6 e 7 apresentam os modelos de classe latente ajustados para cálculo das medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico Memória prejudicada. A tabela 5 descreve o modelo para a amostra global e as outras duas tabelas referem-se ao modelo ajustado para o sexo masculino e feminino.

Tabela 5 – Medidas de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95% das características definidoras de Memória prejudicada com base na análise de classe latente. Fortaleza, 2014.

Características definidoras	Se (IC95%)	Sp(IC95%)
1. Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado	02,62 (00,00 - 08,68)	100,00 (98,95 - 100,00)
2. Experiências de esquecimento	17,94 (05,81 - 32,89)	96,29 (91,41 - 100,00)
3. Incapacidade de aprender novas habilidades	85,94 (71,39 - 100,00)	95,07 (87,62 - 100,00)
4. Incapacidade de aprender novas informações	10,47 (01,95 - 22,13)	100,00 (98,84 - 100,00)
6. Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas	83,62 (68,61 - 96,30)	57,47 (46,53 - 68,42)
7. Incapacidade de recordar eventos	22,35 (09,71 - 38,19)	97,06 (92,66 - 100,00)
8. Incapacidade de recordar informações factuais	39,93 (25,15 - 56,76)	93,22 (86,65 - 98,39)
9. Incapacidade de reter novas habilidades	80,33 (63,75 - 100,00)	97,26 (91,34 - 100,00)
10. Incapacidade de reter novas informações	81,90 (68,08 - 94,57)	50,80 (39,58 - 62,23)
Prevalência de Memória prejudicada: 31,05%	$G^2 = 71,53$, GL: 105; $p = 0,995$	

Tabela 6 – Medidas de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95% das características definidoras de Memória prejudicada de idosos do sexo masculino com base na análise de classe latente. Fortaleza, 2014.

Características definidoras	Se (IC95%)	Sp(IC95%)
1. Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado	00,00 (00,00 - 00,00)	100,00 (100,00 - 100,00)
2. Experiências de esquecimento	25,61 (07,43 - 52,12)	100,00 (94,45 - 100,00)
3. Incapacidade de aprender novas habilidades	55,49 (34,77 - 100,00)	100,00 (92,25 - 100,00)

Continuação Tabela 6

Características definidoras	Se (IC95%)	Sp(IC95%)
4. Incapacidade de aprender novas informações	12,81 (00,00 - 33,31)	100,00 (96,36 - 100,00)
5. Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas	72,24 (50,98 - 100,00)	75,15 (59,30 - 88,47)
6. Incapacidade de recordar eventos	17,07 (00,00 - 37,43)	100,00 (95,92 - 100,00)
7. Incapacidade de recordar informações factuais	33,42 (14,09 - 63,01)	95,13 (85,67 - 100,00)
8. Incapacidade de reter novas habilidades	49,97 (30,60 - 81,49)	99,34 (91,62 - 100,00)
Prevalência de Memória prejudicada: 34,45%	G^2 : 33.77; GL: 50; $p = 0.962$	

Tabela 7 – Medidas de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95% das características definidoras de Memória prejudicada de idosos do sexo feminino com base na análise de classe latente. Fortaleza, 2014.

Características definidoras	Se (IC95%)	Sp(IC95%)
1. Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado	04,99 (00,00 - 16,84)	100,00 (100,00 - 100,00)
2. Experiências de esquecimento	19,96 (04,74 - 39,21)	100,00 (100,00 - 100,00)
3. Incapacidade de aprender novas habilidades	100,00 (90,67 - 100,00)	88,67 (74,92 - 100,00)
4. Incapacidade de aprender novas informações	04,99 (00,00 - 18,07)	100,00 (100,00 - 100,00)
5. Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas	87,65 (70,64 - 100,00)	35,83 (20,59 - 51,98)
6. Incapacidade de recordar eventos	29,94 (10,63 - 52,33)	97,05 (90,22 - 100,00)
7. Incapacidade de recordar informações factuais	44,90 (22,33 - 69,86)	94,27 (85,31 - 100,00)
8. Incapacidade de reter novas habilidades	91,27 (72,84 - 100,00)	92,25 (81,24 - 100,00)

Continuação Tabela 7

Características definidoras	Se (IC95%)	Sp(IC95%)
9. Incapacidade de reter novas informações	86,76 (68,18 - 100,00)	46,76 (30,02 - 63,22)
Prevalência de Memória prejudicada: 36,43%	G ² : 38.09; GL:37; p =0.419	

No modelo de classe latente para todas as características definidoras e para a amostra global, a maior parte das características identificadas apresentou valores estatisticamente significantes somente para a especificidade, incluindo Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado, Experiências de esquecimento, Incapacidade de aprender novas informações, Incapacidade de recordar eventos e Incapacidade de recordar informações factuais. Estas características apresentaram valores de especificidade superiores a 90% e baixos valores de sensibilidade. Por outro lado, as características definidoras Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas e Incapacidade de reter novas informações apresentaram significância estatísticas somente para os valores de sensibilidade. Ambas apresentaram valores de sensibilidade um pouco maiores que 80%. Por fim, as características relacionadas ao aprendizado e retenção de novas habilidades (Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades) apresentaram valores estatisticamente significantes tanto para a sensibilidade quanto para a especificidade (Tabela 5).

O modelo de classe latente para a amostra do sexo masculino contendo todas as características definidoras não apresentou ajuste adequado ($p < 0,05$). Neste modelo inicial, as características definidoras Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada e Incapacidade de reter novas informações não representaram significância estatística para as medidas de sensibilidade ou de especificidade. Assim, estas duas características foram excluídas e o modelo apresentado na tabela 6 mostra as medidas de acurácia das outras oito características restantes. A característica Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas foi a única que apresentou significância estatística tanto para a sensibilidade quanto para a especificidade. Ambas as medidas apresentaram valores entre 70% e 80%. Todas as demais características definidoras apresentaram valores elevados somente para a especificidade (acima de 95%).

Para o sexo feminino, apenas a característica Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada foi excluída do modelo final para a obtenção de um ajuste adequado. As medidas de acurácia foram, entretanto, bastante diferentes do modelo ajustado para o sexo masculino. Das nove características definidoras constantes do modelo, cinco apresentaram significância estatísticas somente para os valores de especificidade (todas acima de 90%): Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado, Experiências de esquecimento, Incapacidade de aprender novas informações, Incapacidade de recordar eventos e Incapacidade de recordar informações factuais. Duas características definidoras mostraram significância estatística apenas para os valores de sensibilidade (entre 80% e 90%):

Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas e Incapacidade de reter novas informações. Por fim, as outras duas características definidoras (Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades) apresentaram valores estatisticamente significantes tanto para os valores de sensibilidade quanto para os valores de especificidade (Tabela 7). Em todos os modelos a prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada ficou entre 31,05% e 36,43%.

5 DISCUSSÃO

O acelerado crescimento da população acima de 60 anos vem ganhando a atenção da comunidade científica, dos gestores/planejadores de políticas públicas e da população em geral. Estudos demográficos apresentam um crescimento rápido e intenso da população mundial de idosos, especialmente, nos países em desenvolvimento, como o Brasil. O aumento dessa população vem acompanhado por altas taxas de morbidade, causando assim elevação das incapacidades físicas e mentais (VERAS, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a 3ª idade como o início da velhice, sendo este compreendida entre os 60 e 65 anos. No entanto, o envelhecimento enquanto processo também individual, ocorre de forma heterogênea (DUARTE *et al.*, 2005). O processo de envelhecimento vem acompanhado de declínio em algumas funções cognitivas, como memória, orientação, linguagem, capacidades visuo-construtivas, abstração e funções executivas (SINGH-MANOUX; KIVIMAKI, 2010).

O desenvolvimento de dificuldades progressivas com a memória durante o processo de envelhecimento vem sendo interpretado das mais diversas formas ao longo dos anos. Para muitos, o déficit de memória é considerado um sinal tradicional do envelhecimento. No entanto, a ciência tem comprovado que existem muitas diferenças individuais, como ocorrem com as demais aptidões do ser humano (BERGER; MAILLOUX-POIRIER; MADEIRA, 1995).

Alguns estudos apontam que o declínio intelectual não faz parte do envelhecimento natural. Já outros indicam que a mente sofre o processo de amadurecimento com o corpo, sendo assim, com o passar dos anos, tanto as funções corporais quanto as mentais vão regredindo progressivamente (ALMEIDA, 1998; MORRIS, 1997; JARVIK; GREENSON, 1987).

Com o aumento da longevidade e um certo desgaste inerentes ao envelhecimento, observa-se uma maior demanda quanto aos cuidados contínuos e intensivos prestados à pessoa idosa. Com isso, tem-se observado um crescimento no número de idosos institucionalizados, pois muitos dos familiares não dispõem de tempo ou até mesmo interesse em cuidar desse membro da família (MENEZES; VICENTE, 2007).

Reportando-se aos resultados obtidos no presente estudo foi identificada, na análise do perfil sócio demográfico, uma discreta prevalência do sexo masculino na amostra estudada (55,28%). Os resultados do estudo de Converso e Iartelli (2007) corroboram com nossos achados, visto que, em sua amostra, também houve predomínio do sexo masculino

(59,13%). Em estudos similares foram encontrados um maior percentual de idosos do sexo feminino, como no estudo de Santos *et al.* (2008), onde o número de idosas institucionalizadas foi de 78,5% (YAMAMOTO; DIOGO, 2002; CORTELLETTI; CASARA; HERÉDIA, 2004). Uma das razões para o aumento do número de idosas nas ILP é o fato de que as mulheres tendem a procurar mais as atividades de autocuidado, lazer e grupos de convivência em comparação aos homens (ELIOPOULOS, 2011).

Reportando-se ainda aos dados sócios demográficos, houve predominância de idosos procedentes de outros municípios (70,49%), apesar de o serviço estar localizado na capital. A metade dos idosos da amostra tinha mais de três anos de permanência na instituição, e chamou atenção o fato de que muitos dos idosos avaliados não recebiam visitas de familiares há algum tempo, embora este dado não tenha sido quantificado. Possivelmente, a maior prevalência de idosos procedentes de outros municípios está relacionada à escassez (ou até mesmo ausência) de instituições de longa permanência para idosos nas cidades do interior do estado do Ceará.

O longo período de permanência dos idosos na instituição sem receber visitas de familiares, por sua vez, reflete uma realidade social do país. Segundo Leal *et al.* (1998), o número de idosos abandonados cresceu muito rapidamente a partir da década de 90, representando mais de 300 milhões da população mundial. Leal *et al.* (1998) verificou ainda, em seu estudo, que muitos idosos residentes nas instituições analisadas não possuíam qualquer responsável conhecido, e uma importante parcela destes foi abandonada pela família com a alegação de carência de recursos financeiros. Resultados de pesquisas mais recentes mostram que o abandono do idoso ainda é uma problemática atual. Garcia *et al.* (2006) verificou que os principais motivos associados ao abando do idoso são conflitos familiares, falta de condições econômicas para manter o idoso na residência de origem e falta de uma pessoa da família que se dedique aos cuidados necessários. Quando a família não consegue exercer as funções e responsabilidades inerentes ao cuidado da pessoa idosa, podem ocorrer situações de abandono e/ou asilamento (FREITAS; CANÇADO; GORZONI, 2006).

Em relação à idade, verificou-se uma média de 74,21 anos, semelhante a outro estudo no qual a média de idade predominante localizou-se na faixa etária de 71 a 75 anos (prevalência de 33,3%) (SOUZA; SANTANA, 2011). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a estrutura etária do País está, atualmente, mudando de forma rápida, de modo que o grupo de idosos representa um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira. Esse fenômeno repercute diretamente em novas exigências e

demandas em termos de políticas públicas de saúde e de inserção ativa dos idosos na vida social (IBGE, 2012).

Quanto à escolaridade, identificou-se uma alta prevalência de indivíduos com menos de 2 anos de estudos e uma proporção relevante de analfabetos. Em concordância, Vieira (2004) encontrou uma prevalência de 62% idosos analfabetos em instituições filantrópicas e particulares de Florianópolis, enquanto Converso e Iartelli (2007) verificaram um percentual de 50,45% analfabetos em seu estudo. A baixa escolaridade da população idosa está relacionada às deficiências nas políticas educacionais brasileiras do passado. Entre 1930 e 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Dessa forma, a baixa escolaridade dos idosos brasileiros é um reflexo do acesso desigual à educação, nas décadas passadas (SANTOS; CIANCIARULLO, 2009).

Quanto à renda familiar, a média mensal dos participantes foi de R\$ 724,00, ou seja, aproximadamente, um salário mínimo, considerando o valor atual do salário de R\$ 724,00. Esse resultado é similar ao encontrado por Oliveira e Novaes (2013), cujo estudo apontou que a maioria dos idosos do grupo avaliado possuía renda mensal média de até 2 salários-mínimos. A baixa renda familiar também representa um dos fatores para a institucionalização do idoso, sobretudo em instituições sem fins lucrativos, como a que proporcionou o cenário do presente estudo.

A renda familiar representa um forte indicador de qualidade de vida, pois é um fator que interfere diretamente na possibilidade de aquisição de bens, alimentação e moradia, dentre outros. Tratando-se de idosos, a renda familiar atua, muitas vezes, como suporte em tratamentos de saúde, compra de medicamentos, entre outros (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Quanto à incidência das características definidoras do diagnóstico Memória Prejudicada, o presente estudo demonstrou que Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada, Incapacidade de reter novas informações e Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas foram as características mais prevalentes. Poucos estudos foram encontrados na literatura que permitissem a comparação com nossos achados.

A característica definidora Incapacidade de reter novas informações está relacionada à memória de curto prazo. De acordo com Berger, Mailloux-Poirier e Madeira (1995), o funcionamento desse tipo de memória pertence ao circuito elétrico do cérebro, de forma que, quando a informação chega ao cérebro depressa demais, uma parte da mesma não é codificada, ou é apagada por uma informação subsequente. Os autores afirmam ainda que a memória a curto prazo declina com a idade, tornando difícil para o idoso utilizar os dados

essenciais à análise, síntese, comparação e organização do conteúdo, mesmo quando as capacidades intelectuais estão preservadas. Assim, o funcionamento da memória de curto prazo decai nitidamente em idosos.

As características definidoras Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada e Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas, por sua vez, estão relacionadas à dificuldade de “re-pescar” a informação armazenada, que também é um fenômeno associado ao envelhecimento. De acordo com Berger, Mailloux-Poirier e Madeira (1995), pesquisas mostram que os idosos têm dificuldade em encontrar, em si próprios, respostas a perguntas que lhes são formuladas. Entretanto, quando se deparam com perguntas de múltipla escolha, encontram com facilidade as respostas certas. Esse fenômeno está associado à diminuição da memória de base, relacionada à codificação de informações e à lembrança, o que também declina com a idade.

Além disso, ressalta-se que pode haver uma correlação entre as características definidoras Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado e Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada. Porém, essa correlação não foi investigada detalhadamente nesse estudo e as perguntas do instrumento de coleta de dados abordaram essas duas características separadamente. Sugere-se uma análise mais detalhada dessa relação em futuros estudos envolvendo o diagnóstico Memória prejudicada.

Não encontramos resultados similares ou divergentes quanto à incidência das características definidoras Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada e Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas. Apesar disso, no estudo de Converso e Iartelli (2007), atribuiu-se a presença de déficits cognitivos a 76,72% da amostra com base na aplicação do mini exame do estado mental. Os autores não explicaram detalhadamente que déficits cognitivos foram encontrados, mas é possível que tais déficits configurem as duas características definidoras mencionadas.

Quanto à Incapacidade de reter novas informações, presente em 59,35% da amostra, encontraram-se dois estudos fazendo menção a mesma. No estudo de Souza e Santana (2011), essa característica esteve em quarto lugar, com 66,7% de prevalência (pouco superior a encontrada no presente estudo). No estudo de Freitas, Pereira e Guedes (2010), apesar de não ter sido reportada a prevalência da característica definidora em número absoluto ou relativo, a mesma serviu de base para a identificação do diagnóstico Memória prejudicada na amostra, estando presente acima do percentil P50.

A literatura aponta que o avançar da idade gera transformações em termos cognitivos. O declínio cognitivo leve é uma consequência dos processos fisiológicos do

envelhecimento (BURNS & ZAUDIG, 2002; CHARCHAT-FICHMAN, CAMELLI, SAMEISHIMA, & NITRINI, 2005; PETERSEN, 2004). Assim, a ocorrência das características definidoras mencionadas anteriormente na amostra reflete o processo fisiológico pelo qual os indivíduos avaliados estão passando. Além disso, a baixa incidência das demais características de Memória prejudicada pode indicar a ausência de doenças degenerativas ou síndromes, como Alzheimer, na amostra, embora esse dado não tenha sido investigado.

Na análise da associação entre sexo e características definidoras de Memória prejudicada, verificou-se que as mulheres tiveram 3 vezes mais as características Incapacidade de aprender novas habilidades, Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas e Incapacidade de reter novas habilidades. Halpern (2011) destaca que embora algumas pesquisas mostrem diferenças na percepção e atenção entre os gêneros, as conclusões sobre a influência dessas diferenças nas habilidades cognitivas não passam de especulações. Wolbers e Hegarty (2010) discutem em seu estudo as diferenças de gênero quanto às habilidades de localização espacial com base nos seguintes parâmetros: cognição, fatores perceptivos, neurais, processamento de informações e variabilidade na microestrutura do cérebro. Os autores concluem que o desempenho dos homens não é superior ao das mulheres em todas as habilidades analisadas.

De acordo com Wolbers e Hegarty (2010), outro fator de influência no desempenho de habilidades por homens e mulheres é a estimulação recebida ao longo da vida para o desempenho de habilidades específicas. Há de se considerar que, desde a infância, meninos e meninas são tratados de forma diferente e estereotipados. Assim, é possível que os brinquedos que sejam oferecidos para a criança e os tipos de brincadeiras que a criança normalmente participa tenham influência nas habilidades cognitivas manifestadas na fase adulta. Também é discutida a influência de outras variáveis nas habilidades cognitivas de homens e mulheres, como fatores genéticos, hormonais, comportamentais e psicossociais. Dessa forma, não podemos descartar, no presente estudo, a possibilidade que as associações referentes a sexo tenham ocorrido ao acaso, ou, como mencionado pelos autores, que a porção da amostra que mostrou melhores resultados cognitivos tenha recebido, ao longo da vida, maiores e melhores estímulos para o desenvolvimento de suas habilidades cognitivas.

Na análise da associação entre idade e características definidoras de Memória prejudicada, observou-se que Experiências de esquecimento, Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades foram mais comuns entre idosos com idade mais avançada. Esse resultado era esperado, tendo em vista que o avançar da idade gera

comprometimento cognitivo progressivo. Em concordância, a literatura destaca que o risco de se desenvolver declínio cognitivo está associado a fatores intrínsecos, incluindo a idade (VIGÁRIO, 2012).

Como citado anteriormente, considera-se que o envelhecimento não acarreta déficit de aprendizagem de forma acentuada. Sabe-se, entretanto, que os idosos podem demonstrar menos prontidão para aprender, dependendo de experiências anteriores para solucionar problemas ao invés de experimentar técnicas novas. Isso ocorre porque, com o envelhecimento, há diferenças na intensidade e na duração da excitação fisiológica do indivíduo, prejudicando a extinção de respostas anteriores e a aquisição de novas informações (ELIOPOULOS, 2011). Essa pode ser uma explicação para a ocorrência da característica definidora Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades na amostra do presente estudo.

Na análise da associação entre renda e características definidoras de Memória prejudicada, observou-se que Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada esteve associado a renda familiar maior. Não foram encontradas na literatura explicações plausíveis para este achado, de forma que pode ter ocorrido uma associação espúria.

A associação entre baixa escolaridade e incidência das características definidoras Experiências de esquecimento, Incapacidade de executar habilidades previamente, Incapacidade de recordar eventos e Incapacidade de recordar informações factuais já era esperada, visto que um bom desempenho cognitivo depende dos estímulos recebidos ao longo da vida (por exemplo, no ambiente escolar), como discutido anteriormente (WOLBERS; HEGARTY, 2010). Em concordância, um estudo desenvolvido para identificar condições de fragilidade em relação a variáveis sócio demográficas, de saúde, cognição, funcionalidade e psicossociais em idosos comunitários mostrou que condições de risco, tais como ser mulher, não ser de raça branca, baixa renda, baixo nível educacional, acesso deficitário a serviços de saúde e viver sozinho, são preditores de fragilidade. Além disso, verificou-se acumulação de déficit em saúde, cognição e bem-estar ao longo da vida em virtude da privação continuada de benefícios e oportunidades e da desigualdade social (NERI et al., 2013).

Com relação às medidas de acurácia, verificou-se por meio dos resultados do presente estudo que a maior parte das características identificadas teve alta especificidade e baixa sensibilidade, isto é, pode ser mais fácil julgar o diagnóstico Memória prejudicada como ausente na ausência das características definidoras analisadas, que julgá-lo como presente na presença das mesmas. Por outro lado, algumas características definidoras estiveram

associadas a uma maior sensibilidade, como Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas e Incapacidade de reter novas informações (em ambos os sexos).

Não encontramos na literatura resultados de estudos sobre a acurácia de características definidoras do diagnóstico Memória prejudicada a título de comparação. Nos diferentes campos de atuação do enfermeiro (da atenção básica aos hospitais de alta complexidade), usuários dos serviços de saúde apresentam um ou mais sintomas que, quando analisados sob a lógica clínica, possibilitam ao enfermeiro estimar sua demanda de cuidado. A determinação do diagnóstico de enfermagem é uma atividade que demanda raciocínio clínico, sendo primordial para a proposição de intervenções. Logo, a acurácia de tal raciocínio deve ser consistente (SILVA; LUCENA, 2011).

Diante disso, a partir do presente estudo pretende-se divulgar evidências (valores de sensibilidade e especificidade das características definidoras de Memória prejudicada) que venham a contribuir para uma identificação mais precisa do diagnóstico em estudo pelos enfermeiros.

Algumas características foram, ao mesmo tempo, sensíveis e específicas, como Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas (no sexo masculino), Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades (no sexo feminino). Dessa forma, pode-se considerar que tais características são bons indicadores clínicos no momento de inferir o diagnóstico Memória prejudicada.

Ressalta-se que a motivação também é um fator que pode ter influenciado os achados referentes às características definidoras Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades. Apesar desse fator não ter sido investigado no presente estudo observou-se, durante a coleta, que muitos idosos permaneciam por longos períodos em suas acomodações, sem interagir com familiares ou terceiros, o que pode evidenciar uma situação de pouca estimulação para o desenvolvimento de habilidades cognitivas.

Por sua vez, a característica definidora Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas está relacionada à memória de longo prazo. A perda desse tipo de memória está relacionada a diversos fatores. Alterações químicas, neurológicas e circulatórias, por exemplo, podem afetar as funções cerebrais do idoso, bem como a diminuição dos neurônios no sistema nervoso central, a diminuição da eficácia da oxigenação e da nutrição das células cerebrais, deficiências nas sinapses nervosas, entre outros fatores de ordem biológica. Há também a influência de fatores não-biológicos, como a falta de motivação e experiências passadas e presentes de situações de aprendizado. Assim, normalmente, idosos se

recusam a fazer testes que não sejam significativos para si próprios, ou têm sentimento de impotência e frustração causado por experiências negativas de aprendizado, que podem prejudicar o interesse do idoso de aprender coisas novas ou até mesmo de responder perguntas (BERGER; MAILLOUX-POIRIER; MADEIRA, 1995).

Por fim, em todos os modelos, a prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada ficou entre 31,05% e 36,43%. Na literatura, encontrou-se diferentes resultados a respeito da incidência do diagnóstico em questão. O resultado que mais se aproximou foi reportado no estudo de Souza e Santana (2011), as quais identificaram o diagnóstico Memória prejudicada em 39,4% da amostra. No estudo de Freitas, Pereira e Guedes (2010), encontrou-se uma prevalência de Memória prejudicada de 51,7%, valor superior à prevalência estimada no presente estudo. No estudo de Oliveira *et al.* (2009), por outro lado, a prevalência de Memória prejudicada foi de 14,1%, bastante inferior à encontrada nesse estudo.

Tais variações encontradas na literatura possivelmente se devem às diferenças no perfil dos indivíduos alocados nas amostras, às diferenças regionais e, sobretudo, às diferenças metodológicas, visto que o processo de coleta de dados e a própria inferência diagnóstica aplicados nos diferentes estudos citados divergiu. Há de se considerar que nos estudos citados, diferentes profissionais estabeleceram o raciocínio diagnóstico, o que por si só, repercute em variações. É difícil estabelecer o modo como os enfermeiros atribuem valor às pistas no momento de executar o raciocínio diagnóstico. Sabe-se que diversos processos mentais estão envolvidos nesse processo, incluindo a memória de curto e longo prazo e o conhecimento pré-existente. Enfermeiros experts e iniciantes executam o raciocínio de modo diferenciado, de modo que os mais experientes agrupam as pistas mais frequentemente que os iniciantes (HOFFMAN; AITKEN; DUFFIELD, 2009). O nível de expertise dos enfermeiros que participaram dos estudos citados pode ter influenciado na variabilidade dos achados.

Apesar do presente estudo ter sido voltado à acurácia do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada, vale destacar que, além da identificação precisa desse diagnóstico, o enfermeiro deve estar apto para, na presença do mesmo, implementar intervenções adequadas. Uma das principais metas de enfermagem frente à identificação do déficit de memória é a manutenção das capacidades restantes do paciente. Para tanto, Berger, Mailloux-Poirier e Madeira (1995) sugerem as seguintes estratégias: dar tempo suficiente para que a aprendizagem aconteça, ter em conta aprendizagens anteriores, fazer apelo à memória de longo prazo, fazer apelo à memória visual e elaborar programas de ensino.

Dar tempo ao idoso é necessário, tendo em vista que o aprendizado nessa fase da vida se faz mais lentamente, em pormenor, e ao longo de um período de tempo grande e com intervalos. Ter em conta aprendizagens anteriores é importante pois, quanto mais familiar a rotina a desaprender, mais difícil se torna mudá-la, sobretudo em idosos. Fazer apelo à memória de longo prazo dos idosos é relevante, pois esse é o tipo de memória que, geralmente, fica preservada ou melhora com o avanço da idade. Deste modo, a memória de longo prazo permite aos idosos efetuar testes de conhecimentos e chegar a resultados tão válidos ou melhores que pessoas mais jovens. Fazer apelo à memória visual também pode ser válido nessa população, visto que a memória visual permanece mais tempo intacta que a memória auditiva ou as relações espaço-temporais. Por isso, é preferível mostrar o objeto ao idoso do que simplesmente falar do objeto. Por fim, a elaboração de programas de ensino pode contribuir para a manutenção da memória do idoso, desde que o material corresponda às necessidades, ao nível educacional e ao estado de saúde do idoso, a atividade de aprendizagem não gere ansiedade e o tempo atribuído à aprendizagem seja suficiente (BERGER; MAILLOUX-POIRIER; MADEIRA, 1995).

6 CONCLUSÃO

O processo fisiológico do envelhecimento acarreta déficits cognitivos que podem se manifestar como indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada. Considerando-se o fenômeno do envelhecimento populacional, faz-se necessário que o enfermeiro lance mão de estratégias para executar um julgamento adequado destes indicadores clínicos e realizar um plano de cuidados eficaz, contribuindo para a promoção da qualidade de vida do idoso.

Este estudo foi conduzido com 123 idosos, a maioria do sexo masculino, com média de idade de 74,21 anos e metade da amostra residindo na instituição há mais de três anos. Verificou-se também que a amostra foi composta, predominantemente, por pessoas com baixa renda e baixa escolaridade.

Na avaliação dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada, foram identificadas todas as dez características definidoras na amostra. As características mais frequentes foram Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada, Incapacidade de reter novas informações e Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas.

A análise das possíveis associações entre as características definidoras de Memória prejudicada e variáveis sócios demográficas evidenciou relação estatisticamente significativa entre Incapacidade de aprender novas habilidades, Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas e Incapacidade de reter novas habilidades e sexo feminino; Experiências de esquecimento, Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades e idade avançada; Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada e renda familiar alta; e Experiências de esquecimento, Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas, Incapacidade de recordar eventos e Incapacidade de recordar informações factuais e baixa escolaridade.

Quanto à análise da acurácia das características definidoras de Memória prejudicada, a maior parte destas apresentou valores estatisticamente significantes somente para especificidade. Entretanto, as características Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades apresentaram valores estatisticamente significantes tanto para a sensibilidade quanto para a especificidade.

O modelo de classe latente ajustado evidenciou, na amostra do sexo masculino, que Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas apresentou significância estatística tanto para a sensibilidade quanto para a especificidade. Já na amostra do sexo

feminino, esse resultado foi atribuído às características Incapacidade de aprender novas habilidades e Incapacidade de reter novas habilidades. Em todos os modelos a prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada ficou entre 31,05% e 36,43%.

Este estudo possibilitou a análise da acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória prejudicada em idosos, bem como a identificação de peculiaridades relacionadas às variáveis sócio demográficas, sobretudo à variável sexo. Considera-se que os resultados desta análise podem contribuir para uma melhor compreensão de como o diagnóstico Memória prejudicada se manifesta em idosos institucionalizados e de quais sinais clínicos merecem maior atenção por parte do enfermeiro no momento de executar o raciocínio diagnóstico para inferir o diagnóstico em questão.

A existência de poucos estudos relacionados ao diagnóstico Memória prejudicada na literatura pode ser considerada uma limitação, pois não encontrou-se achados similares ou divergentes em outros estudos que permitissem uma discussão mais detalhada.

Ressalta-se que os resultados obtidos devem ser utilizados com cautela, tendo em vista que estes guardam relação com características específicas da população estudada. Dessa forma, faz-se necessária a realização de estudos com idosos em outros cenários de pesquisa para viabilizar uma comparação com os achados deste estudo, bem como envolvendo outras populações, a fim de comparar a capacidade preditiva das características definidoras analisadas em diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 56, n. 3A, p. 412-418, 1998.

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D.; MADEIRA, M. A. **Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BRASIL. Senado Federal. Câmara dos deputados. **Estatuto do idoso**. Brasília (DF): Senado Federal, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. **Decreto no 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”. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, v. 134, n. 128, p. 12277-12279, 1996. 3 jul. Seção 1.

BURNS, A., ZAUDIG, M. Mild cognitive impairment in older people. **Lancet**, v. 360, p. 1963-1965, 2002.

BUSSE, E.W.; BLAZER, D.G. **Psiquiatria geriátrica**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo (SP): Atheneu; 1998.

CHARCHAT-FICHMAN, H., CARAMELLI, P., SAMESHIMA, K., NITRINI, R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n.12, p. 79-82, 2005.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **J. Bras. Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 267-272, 2007.

CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M.(Org.). **Idoso asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: EDIPUCRS, 2004.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo Epidoso. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 685-692, 2011.

DUARTE, V. B.; DIAS, D. G.; SANTANA, M. DE G.; SOARES M. C.; THOFERN M. B. A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família. **Família Saúde Desenvolvimento**, n. 1, p. 42 – 50, 2005.

ELIOPOULOS, C. Modificações comuns do envelhecimento. In: _____. **Enfermagem Gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.74-91.

FLAVELL, J. H.; MILLER, P. H.; MILLER, S. A. **Desenvolvimento cognitivo**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 222

FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 1102-1109, 2006.

FREITAS, M. C.; PEREIRA, R. F.; GUEDES, M. V. C. Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza-CE. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 518-526, 2010.

GARCIA, M. A. A.; YAGI, G. H.; SOUZA, C. S.; ODONI, A. P. C.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S. S. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 14, p. 175-182, 2006.

GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2004.

HALPERN, D. F. **Sex differences in cognitive abilities**. Oxford: Psychology press, 2011.

HERDMAN, T. H. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606 p.

HOFFMAN, K. A.; AITKEN, L. M.; DUFFIELD, C. A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, n. 10, p. 1335-1344, 2009.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2^a Ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. 293 p.

JARVIK, L.; GREENSON, H. About a peculiar disease of the cerebral cortex. **Alzh. Dis. Assoc. Disord.**, v. 1, p. 7-8, 1987.

LEAL, A. A.; MONTEIRO, R. A. S.; BANDEIRA, K. M. B. A terceira idade: da rejeição familiar à procura de um novo lar. In: I CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE PSICOLOGIA, 1998, Salvador. **Anais...** Salvador:UFBA, 1998.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **Int. J. Nurs. Knowl.**, 23(3), 134-139, 2012.

LUNNEY, M. Pensamento critico e diagnostico de enfermagem: estudos de caso e analises. Trad. de Marques, Rômulo. **A Precisão no Diagnóstico das Respostas Humanas: a necessidade do pensamento crítico**. p. 39-51. Porto Alegre: Artmed; 2004.

MENEZES, L. N.; VICENTE, L. C. C. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. **Revista CEFAC**, v. 9, n. 1, p. 90-98, 2007.

MORAES, E. M., MORAES, F. L., KELLER, A., RIBEIRO, M. T. F. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES, E. M., editor. **Princípios básicos e geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 63-84.

MORRIS, R. G. Cognition and ageing. In: JACOBY, R.; OPPENHEIMER, C. (Org.). **Psychiatry in the elderly**. Oxford: Oxford Univ. Press, 1997, p.37-62.

NERI, A.L.; YASSUDALL, M.S.; ARAÚJO, L.F.; EULÁLIO, M.C.; CABRAL, B.E.; SIQUEIRA, M.E.C.; SANTOS, G.A.; MOURA, J.G.A. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n. 4, 2013.

OLIVEIRA, D. N.; GORREIS, T. F.; CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. R. L. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 57-63, 2009.

OLIVEIRA, M. P.F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1069-1078, 2013

PAPALÉO NETTO, M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: _____. **Tratado de gerontologia**. 2a ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2007. p.3-14.

PASCOAL, L. M.; BELTRÃO, B. A.; CHAVES, D. B. R.; LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; SOUSA, V. E. C.; MONTORIL, M. H.; COELHO, A. D. A.; MARTINS, L. C. G. Estudio longitudinal de los diagnósticos de enfermería respiratorios en niños con infección respiratoria aguda. **Enferm Clín.** v. 22, n. 5, p. 255-260, 2012.

PETERSEN, R. C. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. **Journal of Internal Medicine**, v. 256, p. 183-194, 2004.

QUEVEDO, J.; MARTINS, M.R.; IZQUIERDO, I. Alterações cerebrais e memória. In: BOTTINO, C. M.; LAKS, J.; BLAY, S. L. **Demência e transtornos cognitivos em idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.1 p. 4 – 12.

QU, Y.; TAN, M.; KUTNER, M.H. Random effects models in latent class analysis for evaluating accuracy of diagnostic tests. **Biometrics**, v. 52, p. 797-810, 1996.

SANTOS, A. S.R.; SOUZA, P.A; VALLE, M.D.; CAVALCANTI, A.C.D; SA, S.P.C.; SANTANA, R.F.S. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 01, jan-mar., p. 141-149, 2008.

SANTOS, G. S.; CIANCIARULLO, T. I. Perfil sóciodemográfico de idosos de uma área de abrangência do Programa Saúde da Família do município de Guarulhos-SP. **Saúde Coletiva**, v. 33, n. 6, p. 200-206, 2009.

SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SINGH-MANOUX, A.; KIVIMAKI, M. The importance of cognitive ageing for understanding dementia. **American Aging Association**, v. 32, p. 509-512, 2010.

SOUZA, P. A. **Levantamento do diagnóstico de enfermagem memória prejudicada em idosos hospitalizados**: um estudo a partir dos testes cognitivos. 2007. 86 f. Monografia (Graduação) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

SOUZA, P. A.; SANTANA, R. F. Diagnóstico de enfermagem memória prejudicada em idosos hospitalizados. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 36-42, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VIEIRA, G. F. **Estudos dos parâmetros motores de idosos residentes em instituições asilares filantrópicas e particulares da grande Florianópolis**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VIGÁRIO, V. R. M. **Diferenças no funcionamento cognitivo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados**. 2012. 40 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2012.

YAMAMOTO, A.; DIOGO, M. J. D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. **Rev. Latino-amEnf.**, v. 10, n. 5, p. 660-666, 2002.

YASSUDA, M.S. Memória e envelhecimento saudável. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 12, p.1245-51.

WOLBERS, T.; HEGARTY, M. What determines our navigationalabilities?. **Trends in cognitive sciences**, v. 14, n. 3, p. 138-146, 2010.

ZHOU, X.; OBUCHOWSKI, N. A.; MCCLISH, D. K. **Statistical methods in diagnostic medicine**. New York: Wiley Interscience, 2002

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da Avaliação: ____/____/____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1.1 Nome: _____
1.2 Nº prontuário: _____ 1.3 Idade: _____
1.4 Data de nascimento: ____/____/____
1.5 Sexo: () masculino () feminino
1.6 Data da admissão: ____/____/____
1.7 Procedência: _____
1.8 Renda familiar: _____
1.9 Escolaridade (anos de estudo): _____

2. AVALIAÇÃO CLÍNICA E COGNITIVA

2.1 Pressão Arterial: ____x____ mmHg

2.2 Você realiza as seguintes atividades no horário planejado:

- a) Tomar banho
() Recorda
() Não recorda

- b) Vestir-se
() Recorda
() Não recorda

- c) Higiene pessoal
() Recorda
() Não recorda

- d) Alimentar-se
() Recorda
() Não recorda

2.3 Você tem filhos?

- () Não
Qual o nome completo dos seus pais?
() Recorda
() Não recorda

- () Sim.
Qual o nome deles?
() Recorda
() Não recorda

2.4 Utilizando um celular ensine ao idoso como desbloquear a tela. Em seguida, peça ao mesmo para repetir o ato. O idoso foi capaz de aprender e repetir o ato?

- () Sim
() Não

2.5 Mostrar os seguintes objetos ao idoso: pinça, jelco e eletrodo. Se o idoso desconhecer o nome de um dos objetos, repetir o nome e verificar se o idoso é capaz de aprendê-lo. Caso o idoso confirme que já conhece os três objetos, perguntar se o idoso sabe como se pronuncia “livro” em inglês. Caso a resposta seja negativa, ensinar e verificar se o idoso é capaz de aprender a palavra “book”. O idoso foi capaz de aprender o nome do objeto ou a palavra *book*?

- () Sim
() Não

2.6 O idoso vem apresentando esquecimento de ações e/ou tarefas já executadas? (Ex.: O idoso perguntou em algum momento se não ia tomar banho hoje, mesmo já tendo realizado essa ação? O idoso perguntou pela administração de alguma medicação que já havia sido administrada?).

- () Sim
() Não

2.7 Entregue ao idoso um papel e um lápis e peça que ele desenhe um mostrador de relógio com números. Em seguida, solicite que sejam acrescentados os ponteiros do relógio, de horas e minutos, representando ali um horário específico (por exemplo: 3 horas). O idoso foi capaz de executar a solicitação?

- () Sim
() Não

2.8 Perguntar ao idoso se o mesmo recorda ter recebido visitas de familiares/amigos, ter participado de atividades realizadas na instituição ou ter comparecido a alguma consulta recentemente. Confirmar resposta com um profissional ou cuidador. O idoso foi capaz de recordar, pelo menos, de dois eventos?

- () Sim
() Não

2.9 Dizer seu primeiro nome ao idoso e informá-lo que, posteriormente, você o perguntará essa informação. Perguntar ao idoso a data do nascimento do mesmo. Em seguida, perguntar se o idoso tem Diabetes ou Hipertensão. Por fim, perguntar se o idoso recorda seu nome. Confirmar dados com um profissional ou cuidador. O idoso foi capaz de recordar, pelo menos, de duas informações?

- () Sim
() Não

2.10 Peça para o idoso desbloquear novamente o celular, conforme explicado anteriormente. O idoso foi capaz de repetir a ação?

- () Sim
() Não

2.11 Mostrar novamente ao idoso um dos seguintes objetos: pinça, jelco e eletrodo, escolhendo aquele cujo nome foi ensinado anteriormente. Caso tenha sido ensinada a palavra

book, perguntar ao idoso “*como se diz livro em inglês*”. O idoso é capaz de repetir o nome do objeto previamente aprendido, ou a palavra em inglês?

() Sim

() Não

APÊNDICE B – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA A COLETA DE DADOS

Universidade Federal do Ceará- UFC	Procedimento Operacional Padrão (POP) para coleta de dados	Hospital Geral de Fortaleza - Unidade de AVC
ATIVIDADE: Coleta de dados para desenvolvimento de uma Dissertação de Mestrado.		
EXECUTANTE: Enfermeiro e/ou acadêmico de enfermagem previamente treinado.		

OBJETIVOS:

- Aplicar um formulário de entrevista para obtenção de dados sócio-demográficos;
- Aplicar testes de memória em idosos;
- Identificar características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada;

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Instrumento para coleta de dados;
- Lápis comum e apontador;
- Caneta esferográfica;
- Folhas de papel A4;
- Relógio de pulso com ponteiros;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Aparelho celular;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

- 1 - Apresentar-se ao enfermeiro responsável pelo setor expondo os objetivos da pesquisa, procedimento a ser realizado e solicitar autorização para a aplicação do formulário e consulta ao prontuário dos idosos;
- 2 - Apresentar-se e explicar o procedimento ao idoso, explicitando os objetivos do estudo e informando-o quanto à confidencialidade das informações;
- 3 - Anotar informações sobre a identificação do idoso e dados sócio-demográficos;
- 4 - Registrar informações a respeito da presença de respostas humanas que caracterizam a presença do diagnóstico Memória Prejudicada por meio da aplicação do instrumento, seguindo as orientações do Quadro 2 (Apêndice C).
- 5 – Anotar todos os resultados obtidos no formulário de coleta de dados;
- 6 – Agradecer a participação e colaboração do idoso;
- 7 – Se necessário, anotar dados complementares no formulário mediante a leitura do prontuário.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

- Procure ser objetivo durante a entrevista;
- Investigue todos os dados do instrumento e solicite informações complementares ao profissionais da instituição, se necessário;
- Realize a coleta de dados conforme padronização e registre todos os achados;

PREPARADO POR:

EXECUTADO POR:

APÊNDICE C - ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS REFERENTES AO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Quadro 1 – Descrição do procedimento de verificação da pressão arterial.

1. Colocar o indivíduo em local calmo com o braço apoiado a nível do coração (sentado ou deitado) e deixando-o à vontade, permitindo 5 min. de repouso;
2. Localizar o manômetro de modo a visualizar claramente os valores da medida;
3. Selecionar o tamanho da braçadeira. A largura do manguito deve corresponder a 40% da circunferência braquial e seu comprimento a 80%;
4. Localizar a artéria braquial ao longo da face interna superior do braço palpando-a;
5. Envolver a braçadeira, suave e confortavelmente, em torno do braço, centralizando o manguito sobre a artéria braquial. Manter a margem inferior da braçadeira 2,5cm acima da dobra do cotovelo. Encontrar o centro do manguito dobrando-o ao meio;
6. Determinar o nível máximo de insuflação palpando o pulso radial até seu desaparecimento, registrando o valor (pressão sistólica palpada) e aumentando mais 30 mmHg;
7. Desinsuflar rapidamente o manguito e esperar de 15 a 30 segundos antes de insuflá-lo de novo;
8. Posicionar o estetoscópio sobre a artéria braquial palpada abaixo do manguito na fossa antecubital. Deve ser aplicado com leve pressão assegurando o contato com a pele em todos os pontos. As olivas devem estar voltadas para frente;
9. Fechar a válvula da pera e insuflar o manguito rapidamente até 30 mmHg acima da pressão sistólica registrada;
10. Desinsuflar o manguito de modo que a pressão caia de 2 a 3 mmHg por segundo;
11. Identificar a Pressão Sistólica (máxima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao primeiro batimento regular audível (sons de Korotkoff);
12. Identificar a Pressão Diastólica (mínima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao último batimento regular audível;
13. Desinsuflar totalmente o aparelho com atenção voltada ao completo desaparecimento dos batimentos;
14. Retirar o aparelho do braço e guarda-lo cuidadosamente afim de evitar danos.

Quadro 2 – Orientações para a obtenção dos dados relacionados ao diagnóstico Memória prejudicada.

MEMÓRIA PREJUDICADA		
Características Definidoras	Definição Operacional*	Procedimento de Coleta
Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado (CD1)	Diminuição ou limitação na capacidade de utilização de recursos de armazenagem, evocação e julgamento de informações planejadas para serem realizadas em um curto intervalo de tempo.	Perguntar ao idoso se o mesmo realiza as seguintes atividades no horário planejado: tomar banho, vestir-se, cuidar da higiene pessoal e alimentar-se. Caso o idoso tenha apresentado esquecimento de pelo menos três das quatro ações questionadas, a CD1 estará presente.
Experiências de esquecimento (CD2)	Experiências vivenciadas de dificuldades em recordar detalhes de fatos ou eventos recentes sem prejuízo para as Atividades da Vida Diária (AVD).	Perguntar ao idoso se o mesmo recorda o nome dos filhos. Caso não tenha filhos, perguntar o nome completo dos pais. Confirmar resposta com profissionais. Caso o idoso tenha apresentado esquecimento a CD2 estará presente.
Incapacidade de aprender novas habilidades (CD3)	Déficit na capacidade de aprendizagem, aquisição, registro e decodificação de novas habilidades para execução de atividades nunca vivenciadas.	Utilizando um celular, ensinar ao idoso como desbloquear a tela. Em seguida, pedir ao mesmo para repetir o ato. Caso o idoso não consiga aprender essa habilidade a CD3 estará presente.
Incapacidade de aprender novas informações (CD4)	Prejuízo na capacidade de aprender, decodificar, registrar e armazenar novos	Mostrar os seguintes objetos ao idoso: pinça, jelco e eletrodo. Se o idoso desconhecer o nome

	registros de linguagem, que sejam diferentes de todos os anteriormente armazenados.	de um dos objetos, repetir o nome e verificar se o idoso é capaz de aprendê-lo. Caso o idoso confirme que já conhece os três objetos, perguntar se o idoso sabe como se pronuncia “livro” em inglês. Caso a resposta seja negativa, ensinar e verificar se o idoso é capaz de aprender a palavra “book”. Caso o não consiga aprender o nome do objeto, a CD4 está presente.
Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada (CD5)	Experiências de diminuição na capacidade de processamento, abstração e julgamento de ações previamente realizadas.	Perguntar a um profissional ou cuidador se o idoso vem apresentando esquecimento de ações e/ou tarefas já executadas. Ex: O idoso perguntou em algum momento se não ia tomar banho hoje? O idoso perguntou pela administração de alguma medicação que já havia sido administrada? Caso o idoso não recorde que executou uma das ações, a CD5 está presente.
Incapacidade de executar habilidades previamente aprendidas (CD6)	Prejuízo na capacidade de executar uma ação ou habilidade anteriormente apreendida, codificada e armazenada. Está relacionada às funções executivas, que incluem: flexibilidade cognitiva, processo de	Pedir ao idoso que desenhe um mostrador de relógio com números. Em seguida, solicitar que sejam acrescentados os ponteiros do relógio, de horas e minutos, representando ali um horário específico (por exemplo: 3 horas). Caso o idoso

	<p>pensamento abstrato, controle e auto-monitoramento. Pode interferir na realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).</p>	<p>não consiga executar essa ação, a CD6 estará presente.</p>
Incapacidade de recordar eventos (CD7)	<p>Dificuldade na capacidade de evocar/relembrar fatos, eventos ou episódios vivenciados recentemente ou há longos períodos de tempo.</p>	<p>Perguntar a um profissional ou cuidador se o idoso vem apresentando esquecimento relacionado a eventos, tais como: visitas de familiares/amigos, atividades realizadas na instituição ou consultas realizadas recentemente. Em seguida, perguntar ao idoso se o mesmo recorda de pelo menos dois destes eventos. Confirmar resposta com um profissional ou cuidador. Caso o idoso esqueça duas ou mais informações, a CD7 está presente.</p>
Incapacidade de recordar informações factuais (CD8)	<p>Diminuição na capacidade de armazenar e evocar informações adquiridas há dias, semanas ou anos.</p>	<p>Dizer seu primeiro nome ao idoso e informá-lo que, posteriormente, você o perguntará essa informação. Perguntar ao idoso a data do nascimento do mesmo. Em seguida, perguntar se o idoso tem Diabetes ou Hipertensão. Por fim, perguntar se o idoso recorda seu nome. Confirmar dados com um profissional ou</p>

		cuidador. Caso o idoso apresente esquecimento de pelo menos duas das três informações, a CD8 estará presente.
Incapacidade de reter novas habilidades (CD9)	Redução na capacidade de registro, armazenamento e codificação de novas habilidades, sem interferir na capacidade de aquisição de novos aprendizados. Além do prejuízo da memória, está relacionado ao prejuízo nas funções cognitivas de atenção e executivas (motora e viso espacial).	Entregar novamente o celular ao idoso e pedir para desbloquear a tela, conforme ensinado anteriormente na avaliação da CD3. A CD9 estará presente se o idoso não conseguir efetuar a ação solicitada.
Incapacidade de reter novas informações (CD10)	Prejuízo na capacidade de registro, armazenamento e codificação de novas informações, sem interferir em novos aprendizados. Além do prejuízo da memória, está relacionado ao prejuízo nas funções cognitivas de atenção e de linguagem.	Mostrar novamente o objeto cujo nome foi ensinado ao idoso anteriormente, ou perguntar novamente como se pronuncia livro em inglês, conforme executado na avaliação da CD4. Caso o idoso seja incapaz de repetir o nome do objeto ou pronunciar a palavra <i>book</i> , a CD10 está presente.

*As definições operacionais foram revisadas e adaptadas a partir do estudo de SOUZA (2010).

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (IDOSOS)

Eu, Michelle Helcias Montoril, enfermeira, aluna do curso de mestrado da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre problemas de memória em idosos. Em minha pesquisa, esses problemas são chamados de diagnósticos de enfermagem. Quando o enfermeiro identifica rapidamente estes problemas, pode efetuar um melhor cuidado.

Para realizar meu estudo preciso conversar com você fazendo algumas perguntas relacionadas à memória, preciso da sua colaboração para participar de um teste simples que envolve desenhar, verificarei sua pressão arterial duas vezes e peço sua permissão para buscar alguns dados do prontuário. Para verificar sua pressão arterial você precisará permanecer sentado(a) ou deitado(a), de acordo com suas condições físicas. Será utilizado um aparelho de pressão manual e um estetoscópio. Este aparelho será inflado, pressionando seu braço por alguns segundos.

Informo que se você está utilizando alguma medicação anticoagulante ou seja portador de distúrbios de coagulação, poderá apresentar petéquias (pequenos pontos vermelhos sob a pele) ou equimose (surgimento de áreas arroxeadas na pele) após a verificação da sua pressão arterial. Estas manchas desaparecerão espontaneamente, com o passar dos dias, e não lhe trarão prejuízos.

A entrevista será realizada em um único momento. Você pode se recusar a fazer qualquer um dos testes que considerar desconfortável ou que possa lhe causar qualquer constrangimento. Você também pode desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem trazer qualquer problema.

Informo-lhe que a entrevista e o exame poderão durar em média 30 minutos e não lhe causarão prejuízos ou gastos. Dou-lhe garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização desta pesquisa e também lhe asseguro que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações, sempre que solicitar. Informo ainda que durante a apresentação do meu trabalho não usarei seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo(a).

Deixarei com você uma via desse termo de esclarecimento, que comprova sua participação na pesquisa. Caso você tenha alguma dúvida sobre o estudo, você pode entrar em contato comigo ou com meu orientador. Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética ao qual este estudo foi submetido (seguem informações abaixo).

Michelle Helcias Montoril

Endereço: Rua Eretides de Alencar, 221, Jardim Iracema.

Fone: (85)9632-0562. e-mail: michelle_helcias@yahoo.com.br

Orientador: Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85)3366-8459. e-mail: marcos@ufc.br

Comitê de Ética em Pesquisa / Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE.

Telefone: (85) 3366.8344.

E-mail: comepe@ufc.br

Gostaria imensamente de ter a sua valorosa cooperação no desenvolvimento deste estudo, pelo que, de antemão, muito lhe agradeço.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

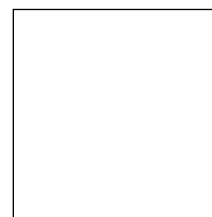
Declaro que após esclarecido(a) pela pesquisadora, e tendo entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa que tem como título: “Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “memória prejudicada” em idosos”.

Fortaleza, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do pesquisador que obteve o termo de consentimento

Assinatura do sujeito da pesquisa ou testemunha

Assinatura do orientador



Impressão digital (para quem
não consegue assinar o nome)

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACURÁCIA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “MEMÓRIA PREJUDICADA” EM IDOSOS

Pesquisador: Michelle Helcias Montoril

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23570313.8.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 470.172

Data da Relatoria: 21/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada. A acurácia de uma variável se refere à capacidade da mesma representar realmente o que deveria representar (HULLEY et al., 2006). Dessa forma, características definidoras acuradas são aquelas que permitem a diferenciação entre diagnósticos de enfermagem, refletindo o estado real de saúde do indivíduo. Acrescenta-se que os estudos de acurácia de diagnósticos de enfermagem têm sido desenvolvidos no sentido de responder a duas questões principais: quão acuradamente as informações obtidas representam o fenômeno de interesse e qual a acurácia do processo de raciocínio clínico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada em idosos institucionalizados.

Objetivos Secundários: Verificar a presença do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada e de suas características definidoras em idosos institucionalizados;

Averiguar a concordância de diferentes diagnosticadores quanto à conclusão diagnóstica frente às características definidoras do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada na amostra; Obter medidas de sensibilidade, especificidade, razões de verossimilhança e razão de chances

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 470.172

diagnóstica das características definidoras do diagnóstico Memória Prejudicada na amostra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo não apresenta riscos, pois sua metodologia é a entrevista e os procedimentos a serem aplicados para obtenção de dados clínicos não estão associados a riscos.

Benefícios: Os benefícios dizem respeito a subsídios para melhorar as práticas de Enfermagem, com a facilitação do processo de raciocínio diagnóstico para a identificação de Memória prejudicada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante, principalmente, quando consideramos o envelhecimento da população. No entanto, devido ao fato do local da pesquisa ser uma instituição de longa permanência para idosos, torna-se necessário esclarecer alguns pontos no Método (critérios de inclusão e exclusão; instrumento de coleta de dados) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Em relação aos critérios de inclusão e exclusão, a pesquisadora apresenta: - Critério de Inclusão: idosos cadastrados na referida instituição. De acordo com a Política Nacional do Idoso a faixa etária correspondente a essa população é de 60 anos ou mais.

- Critério de Exclusão: Presença de déficits verbais e cognitivos que impossibilitem a interação durante a coleta dos dados (estágios de desorientação em curso). Sugestões:

- Especifique no método as variáveis do instrumento de coleta de dados (refere-se apenas que o formulário será subdividido em: dados de identificação, dados clínicos e avaliação cognitiva);

- Visto que no TCLE a pesquisadora afirma que verificará peso, altura e pressão arterial dos idosos, torna-se necessário esclarecer se a instituição de longa permanência possui idosos acamados ou com problemas de locomoção, e se os mesmos serão inseridos no estudo;

- No TCLE, descrever os procedimentos de verificação do peso e altura (alguns idosos podem possuir problemas de locomoção) e verificação da pressão arterial (alguns idosos podem fazer uso de anticoagulantes e aparecer equimoses e petéquias nos braços). Em alguns casos, o fato de verificar peso e altura pode representar risco para quedas. Enquanto que o manguito do esfigmomanômetro pode causar petéquias/equimoses. Procure fazer uma visita prévia no local de coleta de dados para observar a condição dos idosos.

- Fazer correção gramatical no TCLE e se possível, aumentar o tamanho da letra para que os idosos possam ler com mais comodidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão presentes. O Cronograma foi corrigido e foi incluída

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 470.172

a Declaração de concordância com assinatura dos pesquisadores e bolsistas envolvidos no estudo.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 27 de Novembro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br