UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DANIELE VIEIRA DA SILVA

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONFUSÃO
CRÔNICA: UM ESTUDO CLÍNICOPATOLÓGICO**

SÃO PAULO
2017

DANIELE VIEIRA DA SILVA

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONFUSÃO
CRÔNICA: UM ESTUDO CLINICOPATOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Daniele Vieira da

Validação do diagnóstico de enfermagem confusão crônica: um estudo clinicopatológico / Daniele Vieira da Silva. São Paulo, 2017.
180 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Demência.
3. Confusão. 4. Estudos de validação. 5. Idosos.
I. Título.

SILVA, Daniele Vieira da

Validação do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica: um estudo clinicopatológico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a): _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha mãe **Rosameli Vieira da Silva**,*

Exemplo de determinação, esforço, amor, dedicação e honestidade. Foi a primeira a acreditar em meu sonho, mesmo sem entendê-lo algumas vezes. Essa vitória não teria sentido sem você ao meu lado. Obrigada por permitir mais uma vida com você!!!!

*Ao meu pai **João Francisco da Silva**,*

Meu porto seguro, dedica seus dias em prol do bem estar da nossa família, nos apoia e nos guia a cada dia. Seu amor, nem sempre explícito, é o mais puro e verdadeiro que já conheci. Obrigada por contribuir tanto para a realização desse sonho.

*A vocês, **pai e mãe**, fonte de amor incondicional em todas as horas, obrigada!*

*Ao meu irmão **Fabio Francisco** e à minha cunhada **Daiane Gatti**,*

Obrigada pela paciência, pelo apoio prestado nas horas mais difíceis e por me acolherem nos momentos os quais não acreditaria que conseguiria. Amo vocês!

*Aos meus sobrinhos **Isabelle Gatti** e **Arthur Francisco**,*

"Titia, desliga o seu computador só um pouco.....queremos brincar!!"
(Isabelle 6 anos e Arthur 4 anos). Obrigada por não entenderem muitas vezes a minha necessidade de passar horas no computador e me "obrigarem" a brincar com vocês, esses pequeninos momentos foram fonte de renovação. Amo vocês incondicionalmente!!!

A minha família dedico esta vitória!

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela plenitude e abundância a qual me presenteou em todos os aspectos, desde o momento do meu nascimento e por proporcionar forças para transpor barreiras.

À **Marcia Mitie Nagumo**, pelas revisões desse trabalho, pela amizade, parceria, pelas horas de choro e risada. Obrigada por cuidar de mim e por se preocupar. Tenha certeza que essa jornada foi indiscutivelmente mais "leve" e inquestionavelmente mais "prazerosa" pois estava ao meu lado!!!!

À **Daniela Souza Farias**, pelo apoio desde o primeiro dia no laboratório, por ter visto em mim um potencial que eu não sabia que tinha, pelas diversas orientações, críticas e incentivo. Você foi essencial nessa jornada.

Ao **Ricardo de Caires Neves**, pelas diversas contribuições, conhecimentos, paciência e compreensão.

À **Aline Nishizawa**, pelas inúmeras horas dedicadas ao nosso grupo de estudo, pela sua dedicação e conhecimentos prestados.

À **Magnólia Moreira**, pela amizade, companheirismo, apoio e por proporcionar tantos momentos de descontração.

À **Juliana Coelho**, por sua disponibilidade em ajudar nos momentos de aflição e por dividir conhecimentos. Pela sua simplicidade e humildade, tornou-se muito especial.

À **Karine Hohl**, por todo o incentivo no começo desta jornada e pela amizade construída através das dificuldades desse longo processo.

À **Roberta Diehl Rodriguez**, pelos diversos esclarecimentos sobre os procedimentos neuropatológicos.

À **Luciana Soterio**, pela ajuda em todo o processo da coleta de dados e pela amizade.

A todos aqueles **integrantes da equipe** de Entrevista Clínica do Laboratório de Fisiopatologia no Envelhecimento, por coletarem os dados de forma criteriosa, enriquecendo os dados clínicos.

À **equipe de coleta** do Laboratório de Fisiopatologia no Envelhecimento, pelo trabalho impecável.

Aos **funcionários** do Serviço de Verificação de Óbitos da Capital da Universidade de São Paulo pela colaboração com os projetos desenvolvidos no laboratório.

A todos os alunos do curso de pós-graduação que tive a felicidade de conhecer, em especial, **Barbara Jacqueline Peres Barbosa** e **Flavia Firmino**, uma amizade para vida toda.

A toda equipe do Hospital Dia Vila Guilherme, em especial, à **Enfª. Ozelha Ferreira Nunes Oliveira**, pela compreensão, amizade e por entender a minha necessidade de dedicação ao longo do processo.

Aos **familiares** de todos os participantes deste estudo, pela generosidade em colaborar em um momento tão difícil.

A todos os **funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, pela eficiência e dedicação para com os alunos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini**, pelo apoio, paciência, críticas, exigências e sugestões tão necessárias para o meu crescimento e para que este trabalho fosse concluído. Este trabalho não teria sido possível sem a sua orientação. Minha eterna gratidão e admiração por você!

Mais uma vez obrigada por ter acreditado em mim!!!

Ao **Prof^o. Dr^o. Marcos Alencar Abaide Balbinotti**, pela sua disponibilidade, por seus ensinamentos compartilhados e mais do que isto, pelas conversas sobre a vida, psicologia e filosofia. Exemplo de pessoa e professor. Agradeço a paciência e bom humor que marcaram a trajetória deste trabalho.

*“A persistência é o
caminho do êxito”.*

Charles Chaplin

Silva, DV. Validação do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica: um estudo clinicopatológico. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: O Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica (DCC) foi criado em 1994 e até o momento nenhum estudo realizou sua validação clinicopatológica. Como as principais causas de DCC são as demências, a única forma de validação, com base no diagnóstico definitivo, é a autópsia encefálica que é considerada padrão-ouro. **Objetivo:** Realizar a validação clinicopatológica do DCC. **Método:** Por meio de um estudo transversal, foram analisados 548 casos completos de indivíduos falecidos pertencentes à casuística do Banco de Encéfalos Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no qual foram extraídos dados clinicopatológicos. O DCC foi definido em cada caso por meio de consenso diagnóstico. Para a validade de critério do DCC foram utilizados os testes de correlação, regressão logística e curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC). **Resultados:** Dos 548 indivíduos, 26,3% tinham DCC, em relação à validade de critério, o DCC correlacionou-se com o *Clinical Dementia Rating* (CDR) ($r = 0,68$; $p < 0,0001$), com o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE) ($r = 0,47$; $p < 0,0001$) e obteve uma associação significativa estatisticamente com o diagnóstico neuropatológico ($p < 0,0001$). Os principais preditores neuropatológicos de DCC foram: Demência Vascular (OR = 18,00; $p < 0,0001$), Demência Mista (OR = 9,58; $p < 0,0001$), Degeneração Lobar Frontotemporal (OR = 9,58; $p = 0,004$) e Doença de Alzheimer (OR = 9,00; $p < 0,0001$). A melhor capacidade preditiva foi para o diagnóstico de Demência Vascular (AUC = 0,717; IC 95% 0,629-0,806). Ter DCC presente aumenta em 7,16 vezes a chance de apresentar alteração neuropatológica compatível com doença neurodegenerativa. **Conclusão:** De um modo geral, o DCC apresenta boas evidências de validade de critério em relação ao diagnóstico padrão-ouro das principais doenças neurodegenerativas. No entanto, ainda carece de refinamento e melhor exploração de suas características definidoras de modo a ampliar sua capacidade diagnóstica em relação a outras condições neurodegenerativas. Os fatores relacionados apresentados no DCC aprovado pela *NANDA Internacional, Inc.* (NANDA-I) necessitam de revisão, a partir dos resultados do presente estudo.

DESCRIPTORIOS: Diagnóstico de Enfermagem, Demência, Confusão, Estudos de Validação e Idosos.

Silva, DV. Validation of the Nursing Diagnosis Chronic Confusion: a clinical-pathological study. [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The Nursing Diagnosis Chronic Confusion (NDCC) was first introduced in 1994 and, to date, no study has performed its clinical-pathological validation. As the main cause of NDCC is dementia, the only way to validate it, based on their definitive diagnosis is by brain autopsy that is considered the gold standard. **Objective:** This study's objective was to perform the clinical-pathological validation of NDCC. **Method:** Through a cross-sectional study, 548 complete cases of deceased individuals that belongs to the Human Brain Bank of the Brazilian Aging Brain Study Group, Medicine School of the University of São Paulo were analyzed, in which clinical and pathological data were extracted. The NDCC was defined to each case by a consensus diagnostic. For criterion validity of the NDCC, correlation, logistic regression and ROC curve tests were used. **Results:** Of the 548 subjects, 26.3% had NDCC. Regarding the criterion validity, NDCC correlated with CDR ($r = 0.68$, $p < 0.0001$), with IQCODE ($r = 0.47$; $p < 0.0001$) and had a statistically significant association with the neuropathological diagnosis ($p < 0.0001$). The main neuropathological predictors of NDCC were: Vascular Dementia (OR = 18.00; $p < 0.0001$), Mixed Dementia (OR = 9.58; $p < 0.0001$), Frontotemporal Lobar Degeneration (OR = 9.58; $p = 0.004$) and Alzheimer's Disease (OR = 9.00; $p < 0.0001$). The best predictive capacity was for the diagnosis of Vascular Dementia (AUC = 0.717, 95% CI 0.629-0.806). NDCC increases the chance to have neuropathological lesions by 7,16. **Conclusion:** In general, the NDCC presented good evidence of criterion validity in relation to the gold standard diagnosis of the main neurodegenerative diseases. However, it still lacks refinement and a better exploration of its defining characteristics in order to increase its diagnostic capacity in relation to others neurodegenerative conditions. The related factors presented in the NDCC approved by NANDA-I is in need of a revision, based on the results of the present study.

KEY WORDS: Nursing Diagnosis, Dementia, Confusion, Validation Studies and Elderly

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Expectativa de vida regionais e global, por década..	27
Figura 2 – Expectativa de vida saudável regionais e global, por anos.....	28
Figura 3 – Classificação das síndromes demenciais.....	30
Figura 4 – Representação esquemática da via não-amiloidogênica (A) e da via amiloidogênica (B)..	35
Figura 5 – Marcadores histopatológicos da doença de Alzheimer..	36
Figura 6 – Lesões neuropatológicas capazes de desencadear a Demência Vascular (DV).....	39
Figura 7 – Doença de pequenos vasos.....	39
Figura 8 – Microscopia de infartos e lesões na substância branca e córtex.....	40
Figura 9 – Microscopia de sangramentos cerebrais.....	40
Figura 10 – Diversas combinações de dois tipos de demência.....	44
Figura 11 – Representação histológica de corpos de Lewy..	45
Figura 12 – Exemplos de alterações neuropatológicas das entidades pertencentes ao grupo de Degeneração lobar frontotemporal.....	48
Figura 13 – Processo de Enfermagem.....	51
Figura 14 – Etapas da coleta de dados ao diagnóstico de enfermagem..	52
Figura 15 – Fluxograma do processamento de casos do BEHGEEC ..	62
Figura 16 – Método semi quantitativo de contagem de placas neuríticas.....	68
Figura 17 – Fluxograma de mapeamento dos casos para inclusão no estudo e composição da amostra..	69

Figura 18 – Principais causas de óbitos na população estudada. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.....85

Figura 19 – Representação gráfica da análise de predição do diagnóstico de enfermagem confusão crônica para o exame neuropatológico alterado. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.....96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais escalas para avaliação cognitiva, comportamental e funcional.	32
Quadro 2 – Exames laboratoriais recomendados para pacientes com suspeita de síndrome demencial.	33
Quadro 3 – Critérios para o diagnóstico de síndromes demenciais	34
Quadro 4 – Diagnóstico diferencial da doença de Alzheimer.	37
Quadro 5 – Comparação entre os critérios diagnósticos para demência vascular.	42
Quadro 6 – Critérios para o diagnóstico de demência vascular.	43
Quadro 7 – Critérios para o diagnóstico de demência por corpos de Lewy.	46
Quadro 8 – Classificação das degenerações lobares frontotemporais.	47
Quadro 9 – Critérios para o diagnóstico clínico de demência frontotemporal.	49
Quadro 10 – Tipos de diagnósticos de enfermagem.	54
Quadro 11 – Diagnóstico de enfermagem confusão crônica: validações encontradas na literatura. São Paulo, 2017.	58
Quadro 12 – Regras gerais para classificação de comprometimento cognitivo pelo <i>Clinical Dementia Rating</i>	64
Quadro 13 – Estadiamento patológico.	67
Quadro 14 – Definições conceituais do diagnóstico de enfermagem confusão crônica. São Paulo, 2017.	72
Quadro 15 – Definições operacionais das características definidoras e dos fatores relacionados do DCC. São Paulo, 2017.	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Principais estudos sobre prevalência de demência no Brasil.....	29
Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos segundo sexo e faixa etária. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.....	83
Tabela 3 – Distribuição dos indivíduos segundo sexo e escolaridade. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014	84
Tabela 4 – Principais comorbidades apresentadas pela população do estudo, no período anterior ao óbito, segundo sexo. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.....	86
Tabela 5 – Distribuição do diagnóstico de enfermagem Confusão Crônica, segundo sexo, faixa etária e escolaridade. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.....	87
Tabela 6 – Distribuição das características definidoras, segundo sexo. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014	88
Tabela 7 – Medidas de tendência central do número de características definidoras, segundo sexo e faixa etária. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.	88
Tabela 8 – Medidas de tendência central do número de características definidoras, segundo sexo e escolaridade. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.....	89
Tabela 9 – Distribuição dos fatores relacionados, segundo sexo. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.	89
Tabela 10 – Medidas de tendência central do número de fatores relacionados, segundo sexo e faixa etária. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014	90
Tabela 11 – Medidas de tendência central do número de fatores relacionados, segundo sexo e escolaridade. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014	90
Tabela 12 – Distribuição do diagnóstico de enfermagem Confusão Crônica, segundo exame neuropatológico. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014	91

Tabela 13 – Coeficientes de correlação de Pearson entre faixa etária, escolaridade, número de características definidoras e número de fatores relacionados. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.....	92
Tabela 14 – Correlação entre CDR (SB), IQCODE e Diagnóstico de enfermagem Confusão Crônica. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.	93
Tabela 15 – Associação entre o Diagnóstico de enfermagem Confusão Crônica e o diagnóstico neuropatológico. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.....	93
Tabela 16 – Modelo de regressão logística multinominal do exame neuropatológico como preditor de DCC. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.....	94
Tabela 17 – Modelo de regressão logística binária do DCC como preditor de exame neuropatológico alterado. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.....	95
Tabela 18 – Áreas sob a curva ROC para estimar a capacidade preditiva do diagnóstico de enfermagem Confusão Crônica para o exame neuropatológico alterado. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.	95

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADL-Q	<i>Activities of Daily Living Questionnaire</i>
BEHGEEC	Banco de Encéfalos Humanos do Grupo de Estudos em Envelhecimento Cerebral
CAMDEX-R	Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – versão revisada
CERAD	<i>Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease</i>
CD	Características Definidoras
CDR	<i>Clinical Dementia Rating</i>
DA	Doença de Alzheimer
DAD	<i>Disability Assessment for Dementia</i>
DASF-R	<i>Direct Assessment of Functional Status-Revised</i>
DCC	Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica
DCL	Demência por Corpos de Lewy
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DFT	Demência Frontotemporal
DM	Demência Mista
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual 5th edition</i>
DV	Demência Vascular
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FR	Fatores Relacionados
IQCODE	<i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i>
NANDA-I	<i>NANDA International, Inc.</i>
NPI	<i>Neuropsychiatric Inventory</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
SVOC	Serviço de Verificação de Óbitos da Capital
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	25
2.1 Geral	25
2.2 Específicos	25
3 REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1 Síndromes demenciais	29
3.2 Diagnóstico diferencial das síndromes demenciais	30
3.2.1 Diagnóstico diferencial: doença de Alzheimer	34
3.2.2 Diagnóstico diferencial: demência vascular	38
3.2.3 Diagnóstico diferencial: demência mista	43
3.2.4 Diagnóstico diferencial: demência com corpos de Lewy	44
3.2.5 Diagnóstico diferencial: demência frontotemporal	46
3.3 A enfermagem no contexto das síndromes demenciais	50
3.4 Diagnóstico de Enfermagem	52
3.4.1 Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica	54
3.5 Validação de um diagnóstico de enfermagem	56
3.5.1 Validação de Critério	57
3.5.2 Evidências na literatura de validação de DCC	57
4 MÉTODOS	60
4.1 Delineamento do estudo	60
4.2 Procedência dos casos	60
4.2.1 Breve descrição dos procedimentos do BEHGEEC	60
4.2.1.1 Seleção dos casos do BEHGEEC	61
4.2.1.2 Descrição dos procedimentos de coleta de dados clínicos do BEHGEEC	62
4.2.1.2.1 Avaliação cognitiva e comportamental	63

4.2.1.3 Procedimentos anátomopatológicos	66
4.3 Casuística	68
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	69
4.4 Seleção dos casos do BEHGEEC.....	69
4.5 Primeira Fase - Definição dos casos de DCC	70
4.5.1 Definição conceitual e operacional do DCC	70
4.5.2 Coleta de dados	77
4.5.2.1 Variáveis do estudo	78
4.5.3 Atribuição do DCC em cada caso	79
4.6 Segunda Fase - Validação de critério do diagnóstico de enfermagem confusão crônica	79
4.7 Análise dos dados	80
4.8 Procedimentos ético legais	81
5 RESULTADOS.....	83
5.1 Caracterização da amostra	83
5.2 Análise descritiva do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica.....	86
5.3 Análise descritiva das variáveis características definidoras e fatores relacionados.....	87
5.4 Análise dos diagnósticos neuropatológicos de acordo com o DCC	91
5.5 Diagnóstico de enfermagem confusão crônica e suas correlações	92
5.6 Validade de critério do DCC.....	92
5.6.1 Validade de critério concorrente	93
5.6.2 Validade de critério preditiva do DCC	94
5.6.2.1 Preditores neuropatológicos de DCC.....	94
5.6.2.2 DCC como preditor de alterações neuropatológicas	95
6 DISCUSSÃO	98
7 CONCLUSÃO	106
8 REFERÊNCIAS.....	108

APÊNDICES	
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	127
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE REGISTRO DO CONSENSO DIAGNÓSTICO	129
ANEXOS	
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA - PROTOCOLO DE PESQUISA Nº. 285/04, BEHGEEC	132
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA - BIO BANCO.....	133
ANEXO C - ENTREVISTA CLÍNICA DO BEHGEEC.....	135
ANEXO D - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP	155
ANEXO E - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP	174

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é evidente mundialmente, este processo nos países desenvolvidos ocorre há algum tempo e nos países em desenvolvimento, como o Brasil, nos últimos anos (Carvalho e Garcia, 2003). A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica cronologicamente como idoso, as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. De acordo com César (2014), o aumento populacional de idosos traz repercussões significativas no planejamento de saúde pública, pois as doenças crônicas tornam-se mais evidentes nesta faixa etária.

É importante conhecer as doenças crônicas no envelhecimento que geram os “anos perdidos pela incapacidade” (OMS, 2016). Algumas doenças antes de se estabelecerem como ameaça à vida, representam um risco para a autonomia e independência do idoso. As doenças incapacitantes estão relacionadas com o aumento na ocorrência de situações adversas e pior prognóstico, além de maior custo aos serviços de saúde, institucionalização e morte (Ferretti, 2008). Dentre as condições que acometem a independência dos idosos estão às doenças neurodegenerativas que são caracterizadas pela perda progressiva de neurônios, com a presença de agregados proteicos que são resistentes à degradação pelo sistema proteosoma-ubiquitina. A fisiopatologia varia conforme a etiologia da doença pode estar diretamente relacionada a uma proteína mutada, a presença de um peptídeo derivado de um precursor proteico maior ou uma alteração não compreendida de uma proteína celular normal (Frosch et al., 2010). A principal manifestação crônica degenerativa é a demência, citada por seu alto índice de morbidade e mortalidade, além do custo relacionado ao tratamento e internações (Berr et al., 2005).

A demência é definida como “uma síndrome caracterizada pelo declínio da capacidade intelectual, suficientemente grave para interferir nas atividades sociais ou profissionais, que independe de distúrbio do estado de consciência (ou vigília) e é causada por comprometimento do sistema nervoso central” (Nitrini, 2011). Deve ser considerada uma síndrome, pois pode ocorrer em muitas doenças ou condições patológicas. É caracterizada pela presença de declínio de uma ou mais funções

cognitivas: memória, funções executivas, habilidades visuoespaciais, linguagem e comportamento (Jack et al., 2011) e que interferem na execução das atividades de vida diária ou profissionais do indivíduo (Freitas e Py, 2011), independente da presença de alterações do nível de consciência, ou seja, não é devido ao estado confusional agudo (ou *delirium*) (Nitrini, 2011).

O diagnóstico diferencial é muito importante quando relacionado às demências. Identificar qual o tipo de demência apresentada pelo paciente permite o manejo adequado da doença (farmacológico e não farmacológico), auxilia na identificação da sua evolução e colabora na orientação correta do cuidador (Ferretti, 2012). Segundo Mckhann et al., 1984, os critérios diagnósticos para as principais síndromes demenciais são divididos em: possível, provável e definitiva. Sendo, a possível e provável identificadas através de anamnese, exames laboratoriais e de neuroimagem. O diagnóstico definitivo da maioria das síndromes demenciais depende do exame neuropatológico. Assim, o diagnóstico de demência em vida apenas pode ser possível ou provável. A única forma de se obter o diagnóstico definitivo de demência é por meio do exame neuropatológico, realizado após a morte, pela autópsia.

A natureza irreversível da demência e seu curso deteriorante e progressivo podem causar efeitos devastadores nos indivíduos afetados e suas famílias (Eliopoulos, 2011). Grande parte dos cuidados necessários para os pacientes com demência está no âmbito da prática de enfermagem. O indivíduo portador de doenças neurodegenerativas deve ser acompanhado pelo enfermeiro em todas as fases da doença, pois com a progressão da doença, o paciente encontra limitações cognitivas e funcionais, o que norteia o foco das ações de enfermagem. Desta maneira, o enfermeiro deve executar um plano de cuidados integral e individualizado, subsidiado pelo processo de enfermagem em busca do atendimento das demandas do cuidado do paciente (Ferretti, 2012).

O processo de enfermagem, composto por diversas etapas, direciona os cuidados integrais de enfermagem. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é responsável por uma das etapas do processo, no qual, através da apresentação clínica do paciente o enfermeiro inicia um plano de cuidados.

Ao intensificar a busca por DE que direcionem o processo de cuidado ao paciente portador de síndromes demenciais, estudos prévios apontaram o

Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica (DCC) da *NANDA International, Inc.* (NANDA-I) como um dos principais diagnósticos atribuídos a este indivíduo (Souza, 2010 e Jesus et al., 2010). Corroborando com estes estudos, Ferretti (2012) afirma que ‘Confusão Crônica’ é usualmente o principal DE observado em pacientes que possuem demência.

A acurácia diagnóstica depende da capacidade do enfermeiro de investigar as reações nos problemas de saúde encontrados e de estudos de validações das informações (Lunney, 2010). Os estudos de validação de DE começaram a despertar interesse na década de 1990 e desde então, nota-se uma contribuição crescente dos enfermeiros em aprimorar e aperfeiçoar os diagnósticos.

O DCC necessita de aprimoramento, principalmente no que diz respeito aos fatores relacionados. Ao realizar uma busca na literatura apenas dois estudos buscaram realizar a validação diferencial (Souza, 2010) e validação de conteúdo (Tomagová e Bóriková, 2012) do DCC. Ao que se sabe até o momento nenhum estudo realizou a validação clínico-patológica do DCC.

Considerando que a única maneira válida de diagnosticar de modo definitivo as alterações neurodegenerativas é por meio da autópsia encefálica, assume-se que o único modo de validar o DCC com maior acurácia e precisão é por meio da validação clínicopatológica. Assim, por meio de um estudo clínicopatológico pretende-se validar o diagnóstico de enfermagem confusão crônica contribuindo para a prática de enfermagem baseada em evidências e melhorando assim a assistência e qualidade do atendimento do profissional enfermeiro.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Validar o Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica por meio de um estudo clínicopatológico.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica no período anterior ao óbito, segundo sexo, faixa etária e escolaridade;
- Identificar quais as características definidoras e os fatores relacionados mais prevalentes em indivíduos com o Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica, segundo sexo, faixa etária e escolaridade;
- Realizar a validação de critério concorrente convergente do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica com o comprometimento cognitivo e com o diagnóstico neuropatológico;
- Identificar quais diagnósticos neuropatológicos são preditores do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica;
- Realizar a validação de critério preditivo do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica em relação ao diagnóstico neuropatológico.

Revisão de Literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

Mundialmente tem-se observado um processo de reestruturação demográfica, no qual o aumento da expectativa de vida torna-se evidente (figura 1) (OMS, 2016). Projeções realizadas destacaram que a população idosa no mundo alcançará 1,2 bilhão em 2025, podendo chegar aos dois bilhões em 2050. Pela primeira vez na história da humanidade, as pessoas com 60 anos ou mais superarão as crianças menores de 14 anos (OMS, 2015).

Figura 1: Expectativa de vida regionais e global, por década.

¹ Região Africana; ² Região das Américas; ³ Região Sudeste da Ásia; ⁴ Região Euporeia ; ⁵ Região do Mediterrâneo Oriental;

⁶ Região do Pacífico Ocidental

Fonte: World Health Statistics – Monitoring Health for the Sustainable Development Goals, World Health Organization, 2016.

A transição demográfica, nos países desenvolvidos, acontece desde a década de 50, países como a França percorreram este processo há 115 anos, fortalecendo a estrutura sócio econômica antes da população envelhecer (OMS, 2005). Entretanto, em países em desenvolvimento, como o Brasil, passam por um processo acelerado de envelhecimento, tendo pouco mais de 20 anos para garantir o fortalecimento econômico e social antes do envelhecimento populacional (Ferretti,

2008). Projeções indicam para 2020 um contingente de 29,8 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais e de 4,7 milhões acima de 80 anos. A transição epidemiológica deve-se em grande parte, nos países de média e baixa renda, pela redução significativa na mortalidade infantil, melhorias nas condições sanitárias e controle das doenças infecto contagiosas. Nos países de alta renda, é devido ao declínio na mortalidade entre os idosos e em todos (países de baixa, média e alta renda) ocorre pela queda no índice de natalidade (OMS, 2015).

Embora a maior longevidade esteja entre as maiores conquistas da população mundial, o envelhecimento implica na diminuição da reserva fisiológica global e estando associado às variáveis epidemiológicas aumentam, exponencialmente, a vulnerabilidade a doenças crônicas (figura 2) (Jeckel-Neto e Cunha, 2011).

Figura 2: Expectativa de vida saudável regionais e global, por anos.

¹ Região Africana; ² Região das Américas; ³ Região Sudeste da Ásia; ⁴ Região Euporeia; ⁵ Região do Mediterrâneo Oriental; ⁶ Região do Pacífico Ocidental

Fonte: World Health Statistics – Monitoring Health for the Sustainable Development Goals, World Health Organization, 2016.

Atualmente, existem 47 milhões de pessoas acometidas com síndromes demenciais em todo o mundo. Esse número é maior do que a população total da Espanha. Projeções indicam que em 2050, este número aumentará para 131 milhões. O custo mundial total estimado é de 181 bilhões de dólares e estima-se

para 2018, um custo de trilhões de dólares, tendo um elevado custo e impacto econômico no mundo (World Alzheimer Report, 2016). O total de novos casos de demência no mundo, a cada ano, é de aproximadamente 7,7 milhões. Desse modo, calcula-se um caso novo diagnosticado a cada quatro segundos (Ferri et al., 2005). Existe um grande número de estudos de prevalência de demência nos países desenvolvidos, ao passo que em países em desenvolvimento, como o Brasil, apenas alguns estudos foram realizados sobre esta temática (Tabela 1).

Tabela 1: Principais estudos sobre prevalência de demência no Brasil

Autor	Ano	Cidade	Amostra	Idade	Prevalência	
					N	%
Meguro et al.	2001	São Paulo (SP)	166	≥ 65	13	7,8
Yamada et al.	2002	Campo Grande (MS)	157	≥ 70	19	12,1
Herrera et al.	2002	Catanduva (SP)	1.656	≥ 65	118	7,1
Bottino et al.	2008	São Paulo (SP)	1.563	≥ 60	107	6,8
Scazufca et al.	2008	São Paulo (SP)	2.072	≥ 65	105	5,1
Lopes et al.	2012	Ribeirão Preto (SP)	1.145	≥ 60	68	5,9
Correa et al.	2013	Rio de Janeiro (RJ)	1.563	≥ 60	115	16,9
Brucki e Nitrini	2014	Bacia Amazônica	163	≥ 50	18	11,4
César et al.	2014	Tremembé (SP)	630	≥ 60	110	17,5

Fonte: Prevalence of dementia among brazilian population: systematic review. (Adaptado de Boff, 2015).

Verifica-se uma variabilidade em relação as prevalências encontradas, podendo ser justificada pela heterogeneidade da população estudada, do instrumento realizado para o rastreio cognitivo e o tipo de síndrome demencial identificada. Existem diversas etiologias de síndromes demenciais, as chamadas demências potencialmente reversíveis (secundárias a um comprometimento do sistema nervoso central, como condições que afetam esse sistema e se tornam crônicas) (Montaño e Ramos, 2005). E as denominadas irreversíveis como a Doença de Alzheimer (DA), a Demência Vascular (DV); a Demência por Corpúsculos de Lewy (DCL) e a Demência Frontotemporal (DFT) (Farlow, 2010).

3.1 SÍNDROMES DEMENCIAIS

Existem diversas etiologias de demência classificadas em dois grupos simplificados (Figura 3): demência sem comprometimento estrutural e com

comprometimento estrutural do Sistema Nervoso Central (SNC) (Nitrini e Caramelli, 2005).

Figura 3: Classificação das síndromes demenciais

Fonte: Adaptado Nitrini et al., 2005.

O diagnóstico diferencial das demências realizado por uma equipe multidisciplinar é importante para identificar a etiologia, permitindo o manejo adequado, seja ele farmacológico e/ou não farmacológico (Ferretti, 2012). O percurso insidioso das demências, a diversidade de etiologia e sintomatologia exige expertise no diagnóstico das síndromes. Por estas razões, são empregados critérios diagnósticos para alcançar uniformidade diagnóstica. Faz-se necessário conhecer quais são as particularidades diagnósticas das principais síndromes demenciais.

3.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS SÍNDROMES DEMENCIAIS

No diagnóstico dos distúrbios cognitivos e das demências é necessário identificar os sintomas e sinais que derivam do diagnóstico sindrômico. Identificar a topografia da lesão ou disfunção, associado a outras variáveis como idade, modo de evolução, duração dos sintomas e exames complementares permite o diagnóstico nosológico (Nitrini, 2011). Vale resaltar, a importância de descartar as causas

reversíveis de demência: hidrocefalia de pressão normal, tumores cerebrais primários ou secundários, hematoma subdural, condições endócrinas (hipotireoidismo, hipercalemia e hipoglicemia), condições nutricionais (deficiência de tiamina, niacina e vitamina B12), condições infecciosas (neurossífilis, criptococose e HIV), distúrbios das funções renal e hepática, declínio cognitivo associado ao álcool e drogas (Morillo e Magaldi, 2011).

De acordo com Freitas e Py (2011) a avaliação clínica inicial de indivíduos com suspeita de síndromes demenciais, deve incluir:

- Exame clínico: História familiar de demência, fatores de risco cardiovascular, história de acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório, idade de instalação, modo de instalação (súbita ou insidiosa), progressão (gradual ou “em escada”, velocidade), sinais atuais de depressão, consumo de medicamentos, alcoolismo, sinais de quadro confusional agudo;
- Uma avaliação clínica criteriosa, incluindo anamnese detalhada, exame físico e neurológico, associada às determinações bioquímicas e de neuroimagem, possibilita maior acurácia diagnóstica.

Atualmente tem-se sugerido o uso de instrumentos combinados para o rastreio das síndromes demenciais (Campos e Trindade, 2011). Algumas recomendações para a avaliação cognitiva, comportamental e funcional foram descritas pela Academia Brasileira de Neurologia (Quadro 1):

Quadro 1: Principais escalas para avaliação cognitiva, comportamental e funcional	
Avaliação Funcional	
Avaliação das atividades instrumentais de vida diária: Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE), Escala de Lawton & Brody, Direct Assessment of Functional Status-Revised (DASF-R), Disability Assessment for Dementia (DAD), Activities of Daily Living Questionnaire (ADL-Q) e Bayer.	
Avaliação das atividades básicas de vida diária: escala de Katz	
Avaliação Comportamental	
Neuropsychiatric Inventory (NPI) e Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly - versão revisada (CAMDEX-R)	
Avaliação Cognitiva	
Instrumentos breves de rastreio cognitivo: Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE), Mini exame do Estado Mental (MEEM), Cognitive Abilities Screening instrument-Short Form (CASI-S), Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (BBRC) e o Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R)	
Baterias multifuncionais	
Cambridge Cognitive Examination-Revised (CAMCOG-R), Alzheimer's Disease Assessment Scale - cognitive subscale (ADAS-COG), Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) e Mattis Dementia Rating Scale (MDRS).	
Avaliação de memória	
Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), dez figuras da Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (BBRC) e evocação de figuras da bateria CERAD. Lembrando que outras escalas já citadas (como IQCODE e CDR) possuem avaliação de memória.	
Avaliação de atenção	
Subtestes de dígitos na ordem direta e/ou inversa.	
Funções executivas	
Teste do Desenho do Relógio (TDR) e teste de fluência verbal (fonêmica e semântica).	
Avaliação das habilidades visuoperceptuais e construtivas	
Cópia de figuras do CERAD e TDR	
Avaliação de linguagem	
Boston Naming ou teste de fluência verbal semântica	
Escala de avaliação clínica da demência	
Clinical Dementia Rating (CDR), para avaliação da demência na DA, bem como a classificação dos estágios da doença.	

Fonte: Chaves et al. (2011)

Quanto aos exames laboratoriais não há um consenso na literatura, de quais são mandatórios para descarte de diagnóstico de síndromes demenciais reversíveis (Morillo e Magaldi, 2011), entretanto, Nitrini e Caramelli (2008) indicam quais seriam necessários para completar o rastreio (Quadro 2).

Quadro 2: Exames laboratoriais recomendados para pacientes com suspeita de síndrome demencial

Hemograma completo	Vitamina B12
Uréia e creatinina	Ácido Fólico
Proteínas totais e frações	Cálcio sérico
Enzimas hepáticas	Sorologia para Sífilis
T4 livre e TSH	Sorologia para HIV (< 60 anos)

Fonte: Adaptado Nitrini e Caramelli, 2008.

Apesar dos estudos indicarem menor prevalência de demências potencialmente reversíveis e taxa real de reversão (Morillo e Magaldi, 2011), o rastreio é importante do ponto de vista diagnóstico, pois o tratamento adequado, quando possível, pode reverter o declínio cognitivo (Gallucci, 2005). Posteriormente à investigação de demências reversíveis, e descartada esta possibilidade de diagnóstico, intensifica-se a busca por evidências de demências irreversíveis. Atualmente os critérios mais utilizados para diagnóstico de demências são baseados nas definições contidas no *National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke – AD and Related Disorders Association* (NINCDS – ADRDA) *Work Group* (McKhann et al., 1984) e no *Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition* (DSM-V).

Outros critérios foram desenvolvidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID) e propostos por renomados autores, é habitual na área da saúde a necessidade de verificar entre critérios mais sensíveis e realizar revisões. Porém nas recomendações publicadas pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, os critérios do DSM-V (Quadro 4) foram considerados os mais apropriados (Nitrini et.al., 2005). Na nova edição do DSM-V o termo transtorno neurocognitivo foi estabelecido para “demência, *Delirium*, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos” presentes na edição passada.

Quadro 3: Critérios para o diagnóstico de síndromes demenciais	
A. Evidências de declínio cognitivo importante de um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, percepto motor ou cognição social) com base nos critérios A1 e A2;	
A1. Percepção do declínio significativo na função cognitiva pelo indivíduo, informante ou médico que o acompanha;	
A2. Prejuízo substancial no desempenho cognitivo, de preferência rastreado por um teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, por outra investigação clínica quantificada;	
B. Os déficits cognitivos causam significativo comprometimento social e ocupacional, ou seja, depende de auxílio para as atividades de vida diária e instrumentais;	
C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente durante episódio de <i>delirium</i> ;	
D. Os déficits cognitivos não são explicado por transtornos mentais (p.ex.: transtorno depressivo maior, esquizofrenia).	

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual 5ªed., 2013.

Cada etiologia de demência irreversível possui uma particularidade no diagnóstico, conhecê-las para facilitar o diagnóstico precoce e o rastreio é imprescindível. Neste estudo aponta-se o diagnóstico diferencial das demências irreversíveis mais prevalentes.

3.2.1 Diagnóstico Diferencial: Doença de Alzheimer

A DA é caracterizada por alteração na memória episódica nos estágios iniciais, isolada ou associada à alteração de outra função cognitiva, com prejuízo gradual e progressivo (Cera et al., 2014). Possui a maior prevalência de demência (60% à 70%) no grupo etário pré senil e senil (Frosh et al., 2010), é representada por respostas cognitivas desajustadas devido ao comprometimento cerebral. A agregação de proteínas formando complexos com potencial tóxico é um mecanismo comum nas doenças neurodegenerativas. Na DA, as principais proteínas que formam agregados são: o peptídeo β -amiloide, que se situa nas placas senis, e a proteína tau que se localiza principalmente nos emaranhados neurofibrilares (Querfuth e LaFerla, 2010).

A principal hipótese atual admite que a deposição do peptídeo β -amiloide é responsável pelo desencadeamento da DA, que são derivados do processamento da Proteína Precursora do Amiloide (APP) (Nitrini e Takada, 2011). A APP é uma

proteína da superfície celular com um único domínio transmembrana (figura 4) que pode funcionar como um receptor, embora seus ligantes permaneçam desconhecidos. A porção β -amiloide da proteína se estende da região extracelular para o domínio transmembrana. O processamento APP começa com a clivagem do domínio extracelular, seguido por uma clivagem no interior da membrana (Frosch et al., 2010). Caso o primeiro corte tenha sido realizado pela α -secretase dentro da sequência β -amiloide, então o β -amiloide não é formado (esta é a via não amiloidogênica). Na via denominada amiloidogênica, a APP é separada externamente ao fragmento β -amiloide (pela enzima α -secretase) e intramembrana (pela gama-secretase), liberando o peptídeo β -amiloide (Nitrini e Takada, 2011).

O peptídeo β -amiloide exibe efeitos tóxicos em cultura de células promovendo potencialização de aminoácidos excitatórios, aumento de cálcio intracelular, geração de radicais livres e ativação da microglia e de fatores de complemento, além de ter efeito tóxico sobre sinapses (Selkoe, 2006).

A proteína tau é importante para manter a integridade do sistema dos microtúbulos que fazem o transporte de fatores tróficos, neurotransmissores e proteínas entre o corpo celular e dendritos e axônios. Quando hiperfosforilada não se liga às proteínas dos microtúbulos, agrega-se no pericário. Com a perda de estabilidade dos microtúbulos, o transporte por este sistema é comprometido e o neurônio pode progressivamente perder suas conexões e consequentemente morte celular (Iqbal e Grudke-Iqbal, 2006).

Figura 4: Representação esquemática da via não-amiloidogênica (A) e da via amiloidogênica (B)

Fonte: Nitrini e Takada (2011)

Os efeitos da agregação dessas proteínas podem ser observados histologicamente na figura abaixo:

Figura 5: Marcadores histopatológicos da doença de Alzheimer

A) Cérebro acometido pela Doença de Alzheimer (à direita), exibindo considerável alargamento dos sulcos e estreitamento dos giros, além de notável atrofia cerebral em comparação a um cérebro normal (à esquerda). B) Cortes coronais de cérebro acometido pela Doença de Alzheimer (à direita) revelam aumento do volume ventricular e perda de massa cerebral quando comparado a cortes de cérebro normal (à esquerda). C) Emaranhados neurofibrilares (intracelulares) corados por prata. D) Placas senis (extracelulares) coradas por prata. Fonte: Selkoe (2006).

Através de novos métodos de neuroimagem molecular pela medição do metabolismo da glicose cerebral regional (rCMRglc) usando tomografia por emissão de pósitrons (“positron emission tomography” – PET) é possível identificar alterações no peptídeo β -amiloide-42. O PET tem facilitado a diferenciação clínica das demências, porém ainda não está disponível para toda a população (Bottino e Perroco, 2011). Embora, todas as tecnologias de saúde contribuam para melhor acurácia diagnóstica, na clínica, trabalha-se com diagnóstico de probabilidade, visto que só é possível o diagnóstico definitivo por exame histopatológico (Freitas e Py, 2011).

As recomendações do DSM-V (2013) para diagnóstico específico de DA apresenta grandes fragilidades epistemológicas, limitando-se a catalogar uma lista de sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais (Caponi, 2014). Alguns estudos como o de Roudinesco (2013), Paris e Phillips (2013) e Sadler (2013) foram publicados com sólidas objeções a esse modelo de identificação de diagnósticos específicos. Em contrapartida, verifica-se a importância

das recomendações do DSM-V para a área de rastreio clínico (Freitas e Py, 2011). Para maior entendimento dos pesquisadores deste estudo e melhor compreensão dos critérios diagnósticos foram adotados as recomendações de outros autores conceituados (Quadro 4).

As recomendações sobre os critérios diagnósticos passaram por diversas atualizações, o Grupo de Trabalho do *National Institute on Aging* (NIA) e *Alzheimer's Association* (AA), durante reuniões em 2009, elaborou recomendações para o diagnóstico clínico da DA, as quais foram apresentadas na *Internacional Conference on Alzheimer's Disease* em 2010. Atualmente, o diagnóstico diferencial da DA é aquele que preenche os critérios de demência, citados anteriormente e tem adicionalmente as seguintes características:

Quadro 4: Diagnóstico diferencial da Doença de Alzheimer		
POSSÍVEL	PROVÁVEL	DEFINITIVO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Curso atípico: início abrupto e/ou padrão evolutivo distinto daquele observado usualmente, isto é lentamente progressivo; ✓ Apresentação mista: tem evidência de outras etiologias; ✓ Detalhes de história insuficientes sobre instalação e evolução da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Início insidioso (meses ou anos); ✓ História clara ou observação de piora cognitiva; ✓ Déficits cognitivos iniciais e mais proeminentes em uma das seguintes categorias: <ul style="list-style-type: none"> - Linguagem (lembrança de palavras); - Visual-espacial (cognição espacial, agnosia para objetos ou faces, simultâneo agnosia, e alexia); - Funções executivas (alteração do raciocínio, julgamento e solução de problemas). ✓ Tomografia ou ressonância magnética sem evidência de doença vascular cerebral; ✓ Ausência de outros distúrbios sistêmicos; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evidência histopatológica, por meio de autópsia encefálica.

Fonte: McKhann et al. (2011)

Frota et al. (2011) destacam ainda que o diagnóstico de DA não deve ser aplicado quando houver:

- ✓ Evidência de doença cerebrovascular importante definida por história de Acidente Vascular Cerebral (AVC) temporalmente relacionada ao início ou piora do comportamento cognitivo; ou presença de infartos múltiplos ou extensos; ou lesões acentuadas na substância branca evidenciadas por exames de neuroimagem;

- ✓ Características centrais de demência com corpos de Lewy (alucinações visuais, parkinsonismos e flutuação cognitiva;
- ✓ Características proeminentes da variante comportamental da demência frontotemporal (hiperoralidade, hipersexualidade, perseveração);
- ✓ Características proeminentes de afasia progressiva primária manifestando-se como variante semântica (também chamada de demência semântica, com discurso fluente, anomia e dificuldade de memória semântica) ou variante não fluente, com agramatismo importante;
- ✓ Evidência de outra doença concomitante e ativa, neurológica ou não neurológica, ou de uso de medicação que pode ter efeito substancial sobre a cognição.

3.2.2 Diagnóstico Diferencial: Demência Vascular

A DV engloba déficit cognitivo secundário à doença cerebrovascular isquêmica ou hemorrágica. Dentre todos os quadros demenciais ocupa o segundo lugar, depois da DA, sobretudo na faixa senil (Engelhardt et.al., 2011). As lesões isquêmicas são divididas em doenças de grandes vasos ou de pequenos vasos. Algumas lesões neuropatológicas que podem acarretar em DV estão descritas na figura 6 (Román, 2003).

Figura 6: Lesões neuropatológicas capazes de desencadear a DV

Multi-infartos	Infartos grandes completos e múltiplos, de localização cortico-subcorticais, em geral com infarto incompleto envolvendo a substância branca.
Infartos estratégicos	Infarto único, frequentemente lacunar, com danos em áreas funcionalmente críticas do cérebro (giro angular, tálamo, prosencéfalo basal, territórios de artéria cerebral posterior e cerebral anterior).
Doença de pequenos vasos	<u>Subcortical</u> : Doença de Binswanger, CADASIL*, Demência lacunar,. Lacunas múltiplas com infartos incompletos extensos perifocais <u>Cortical e subcortical</u> : Angiopatia hipertensiva e arterioesclerótica, Angiopatia amiloides, Doença de colágeno com demência.
Hipóxia - isquemia	Encefalopatia difusa anóxica isquêmica, Injúria restrita devida à vulnerabilidade seletiva (hipocampo), Infarto incompleto de substância branca, Infarto zonas fronteiriças.
Hemorragia cerebral	Hematoma subdural traumático, Hemorragia subaracnóide, Hematoma cerebral, trombose venosa.

*Cerebral Autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy

Fonte: Román (2003)

Os efeitos das lesões podem ser observados histologicamente nas figuras abaixo:

Figura 7: Doença de pequenos vasos

(A) Arteriolesclerose hialina, entre o endotélio e a camada média; (B) arteriolesclerose hiperplásica, espessamento concêntrico da camada íntima ; Coloração com hematoxilina eosina, aumento: 400X. Fonte: BEHGEEC, 2010.

Figura 8: Microscopia de infartos e lesões na substância branca e córtex

(A) Microinfarto crônico em córtex temporal. Observa-se a demarcação entre o tecido normal e o infarto (setas); (B) Microinfarto cortical com microcavitação (seta). Coloração com hematoxilina eosina; aumento: 100X em A e B. Fonte: BEHGEEC, 2010.

Figura 9: Microscopia de sangramentos cerebrais

(A) Microsangramento em gânglios da base, extravasamento dentro do espaço perivascular (seta); (B) microcavitação em córtex cerebelar (seta). Coloração com hematoxilina eosina; aumento 100X em A e 25X em B. Fonte: BEHGEEC, 2010.

Devido às diferentes causas e localizações possíveis, a DV pode apresentar quadros clínicos diferentes, o que dificulta a padronização do diagnóstico. As manifestações clínicas da DV podem ser caracterizadas por início abrupto e progressão em degraus (DV cortical) ou gradual com progressão insidiosa (DV subcortical). A memória não é tão afetada em seu percurso inicial, como na DA, sendo mais característica uma disfunção executiva grave. Distúrbios de marcha são frequentes e a associação com fatores de risco cardiovasculares ou doença cardiovascular prévia são comuns (Román, 2002).

O diagnóstico de DV é feito através do quadro clínico apresentado e achados de neuroimagem, segundo critérios diagnósticos definidos. Nesta síndrome demencial também são trabalhados diagnósticos de probabilidade, sendo o diagnóstico definitivo somente através de estudo histopatológico. Diversos critérios diagnósticos são descritos na literatura com finalidade de facilitar o rastreio, os oito principais são: CID-10, DSM-V, *State of California Alzheimer's Disease and Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC)*, *Hachinski Ischemic Score (HIS)* e o

critério de *National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et L'Enseignement en Neurosciences* (NINDS-AIREN) (Matioli, 2011).

De acordo com Samur (2012), a falta de unificação de parâmetros diagnósticos para DV reflete múltiplos critérios utilizados atualmente, DSM-V, CID-10, NINDS-AIREN, entre outros. Com base nas publicações existentes, o critério do NINDS-AIREN é o mais utilizado em ensaios clínicos controlados, sendo o mais específico, porém com baixa sensibilidade. Os critérios do ADDTC e HIS têm sensibilidade e especificidade intermediárias, entretanto, o critério do DSM-IV apresenta alta sensibilidade com baixa especificidade (Chui et al., 2000). Engelhardt et al. (2004) mostrou a comparação entre os critérios diagnósticos do DSM-V (utilizaremos a nova versão, 2013), CID-10, NINDS-AIREN e AADTC para DV (Quadro 5) e nenhum estudo foi encontrado posterior a este.

Quadro 5: Comparação entre os critérios diagnósticos para demência vascular				
Critério (s) / Domínio (s)	DSM-V	CID 10	NINDS-AIREN	AADTC
Definição de Demência	Memória e ≥ domínio cognitivo afasia, apraxia, agnosia, disfunção executiva, comprometimento social / ocupacional.	Memória Orientação Aprendizagem Linguagem Comprometimento social	Memória e ≥ domínios cognitivos, declínio em relação a um nível prévio mais elevado, interferência nas atividades de vida diária.	Declínio cognitivo em relação a um nível prévio mais elevado documentado por testes. Comprometimento da atividade diária habitual
Funcional	Comprometimento Social / Ocupacional	Comprometimento Social	_____	Comprometimento da atividade diária habitual
BPSD*	_____	Declínio do controle emocional ou da motivação ou comportamento social	Mudança e personalidade ou de humor	Ilusões Delírios Alucinações
Sinais Neurológicos	Sinais e sintomas neurológicos focais	Sinais neurológicos focais	Sinais neurológicos focais Distúrbios da marcha e de controle urinário precoces Paralisia pseudobulbar	Distúrbio de marcha e incontinência urinária precoces Crises convulsivas
AVE	1 ou mais evento cerebrovascular	Distribuição desigual dos déficits cognitivos	≥ 2 ataques isquêmicos Infarto de grande vaso Infarto estratégico Infarto subcortical Lesão de substância branca subcortical extensa	≥ 2 ataques isquêmicos em áreas cognitivas Ataques isquêmicos transitórios múltiplos fatores de risco vascular escore isquêmico alto
Cronologia	Relação etiológica	Sintomas cognitivos presentes por ≥ 6 meses	Demência nos 3 primeiros meses após AVC	Evidência de ≥ 2 AVCs ou 1 cronologicamente relacionado
Evidência de DCV** / AVC	Evidência laboratorial	Anamnese e exame	_____	_____

*BPSD: sintomas de comportamento e psicológicos da demência. **DCV: doença cérebro vascular.
Fonte: Adaptado de Engelhardt et al. (2004).

Os critérios do NINDS-AIREN (Quadro 6) permitem o diagnóstico não só de causa isquêmica, mas também de etiologia hemorrágica, infartos completos e incompletos, e por lesões consequentes às alterações circulatórias. Estes dois últimos critérios exigem a confirmação por métodos de neuroimagem, seja por tomografia computadorizada ou ressonância magnética (Erkinjuntri et al., 2004).

Quadro 6: Critérios para o diagnóstico de demência vascular		
Possível	Provável	Definitiva
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Início precoce de déficit amnésico e piora progressiva da memória e outras funções cognitivas como linguagem, habilidade motora e percepção; ✓ Ausência de sinais neurológicos focais, além do distúrbio cognitivo; ✓ Ausência de lesões cerebrovasculares em exames de imagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Início de demência 3 meses após AVC reconhecido; ✓ Deteriorização abrupta das funções cognitivas; ✓ Flutuações e progressão em "degraus" dos déficits cognitivos; ✓ Sinais e sintomas neurológicos focais ou evidências de uma doença cerebrovascular consideradas etilogicamente relacionadas com a perturbação. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evidência histopatológica, através de autópsia encefálica

Fonte: Román et al. (1993)

Outro fator que dificulta a acurácia diagnóstica de DV são os casos nos quais ocorrem eventos simultâneos característicos de DA e DV, sendo empregado nesses eventos o diagnóstico de Demência Mista.

3.2.3 Diagnóstico diferencial: Demência Mista

De acordo com Tavares (2005), os fatores vasculares podem intervir na gênese de placas senis e emaranhados neurofibrilares que são lesões neuropatológicas de tipo Alzheimer. É relativamente comum a presença concomitante de patologia típica da DA e alterações vasculares (Brucki, 2011). Há um grande espectro envolvendo as duas principais causas de demência. De um lado, estão os portadores de DV sem lesões neurodegenerativas e do outro lado, aqueles com DA sem lesões cerebrovasculares. Entretanto, a grande maioria dos indivíduos com síndromes demenciais encontram-se entre estes dois polos (figura 10), sendo portadores tanto de lesões neurodegenerativas como de alterações vasculares.

Os aspectos clínicos marcantes do AVC tendem a camuflar as características clínicas mais sutis da DA. Na avaliação por neuroimagem são encontrados infartos cerebrais e/ou lesões hemorrágicas (DV), ao lado de atrofia cortical difusa e/ou atrofia hipocampal ou para-hipocampal (DA), desde que estas últimas não sejam de origem vascular (Tavares, 2005).

Figura 10: Diversas combinações de dois tipos de demência

Fonte: Román (2002)

O diagnóstico nem sempre é fácil e frequentemente não é considerado, porém com a afirmação da definição e com os critérios diagnósticos clínicos, de ambas as demências, e os numerosos recursos laboratoriais disponíveis, deverá certamente ser feito com maior rigor e frequência.

3.2.4 Diagnóstico Diferencial: Demência com Corpos de Lewy

A DCL acomete cerca de 20% dos pacientes com demência (Gallucci et al., 2005) e está associada à terceira causa mais frequente de demência. A DCL tem como características histopatológicas os corpos de Lewy intracelulares e neuritos de Lewy com a presença abundante de placas senis e esparsos novelos neurofibrilares. Os corpos de Lewy clássicos são inclusões citoplasmáticas esféricas, com centro eosinofílico e um halo pálido, podendo apresentar-se de forma única ou com várias inclusões em um único neurônio (Bruck, 2011). De acordo com Grinberg (2011), possuem morfologia variada, sendo geralmente divididos em tipo clássico, mais comum no tronco cerebral e tipo “difuso”, mais comum no córtex cerebral (Figura 11). Nas técnicas de imunoistoquímicas os corpos de Lewy são visualizados através da coloração de rotina Hematoxilina-Eosina (HE), mas visualmente melhores observados com imunoistoquímica para ubiquitina ou α -sinucleína.

Figura 11: Representação histológica de corpos de Lewy

A: (HE) e B: (α -sinucleína) – corpos de Lewy clássicos encontrados na substância negra. C: (HE) e D: (α -sinucleína) – corpos de Lewy difusos. Fonte: Grinberg (2011).

O quadro clínico é manifestado por declínio cognitivo flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais, caracterizado por início rápido e declínio progressivo, com déficits provenientes da função executiva, resolução de problemas, fluência verbal e performance áudio visual (Gallucci et al., 2005). Ainda é clinicamente subdiagnosticada e, frequentemente, classificada erroneamente como *delirium*, DA, doença de Parkinson com demência ou DV (Brucki, 2011), sendo de extrema importância identificar através dos critérios diagnósticos as diferenças no quadro clínico.

McKeith et al. (2005) publicaram a atualização de diagnóstico diferencial de DCL (Quadro 7), com algumas modificações e agregação de exames complementares no diagnóstico. A característica central – demência – é essencial para o diagnóstico de possível ou provável. De acordo com Brucki (2011), duas características nucleares são suficientes para o diagnóstico de provável e uma somente para possível. As características sugestivas permitem o diagnóstico de provável: se uma ou mais estão presentes junto a uma ou mais característica nuclear. Para possível, basta uma ou mais característica sugestiva, mesmo que na ausência de característica nuclear. O diagnóstico definitivo de DCL somente é realizado através de análise neuropatológica.

Quadro 7: Critérios para o diagnóstico de demência por corpos de Lewy	
1. Mandatório - critério central:	Demência - predomínio de déficits de atenção, executivo e visuoespaciais
2. Características nucleares:	<ul style="list-style-type: none"> a. flutuação; b. alucinações visuais; c. parkinsonismo.
3. Características sugestivas:	<ul style="list-style-type: none"> a. desordem comportamental do sono REM; b. sensibilidade a neurolépticos; c. imagem com transportador de dopamina.
4. Características de suporte:	<ul style="list-style-type: none"> a. quedas repetidas e síncope; b. perda transitória e inexplicável de consciência; c. disfunção autonômica grave; d. alucinações em outra modalidade; e. delírios sistematizados; f. depressão; g. preservação relativa de estruturas temporais mediais na TC/RM; h. perfusão diminuída generalizada no SPECT ou PET com atividade occipital reduzida; i. cintilografia miocárdica com captação anormal no MIB; j. atividade de ondas lentas no EEG com ondas sharp transitórias em lobos temporais.

Fonte: McKeith et al., 2005

As alucinações são os únicos sintomas psicóticos que diferenciam DCL, DA e DV (Gallucci et al., 2005). Estudo realizado por Nagahama et al. (2007), as alucinações estiveram presentes em 78% dos indivíduos portadores de DCL, alterações de identificação em 56% e delírios em 25% dos pacientes.

3.2.5 Diagnóstico Diferencial: Demência Frontotemporal

A DFT corresponde a 10% a 15% dos casos de doença neurodegenerativa. O termo DFT caracteriza uma síndrome neuropsicológica marcada por disfunção dos lobos frontais e temporais, geralmente associada à atrofia dessas estruturas, e relativa preservação das regiões cerebrais posteriores (Freitas e Py, 2011). O termo degeneração lobar frontotemporal (DLFT) é o correspondente neuropatológico de DFT. A classificação neuropatológica das DLFTs sofreu modificações ao longo do tempo, o último consenso ocorreu em 2007 no qual foram classificadas as entidades

(Quadro 8) em função dos aspectos morfológicos e bioquímicos das inclusões neuronais encontradas, ou na sua abstenção (Cairns et al., 2007).

Quadro 8: Classificação das degenerações lobares frontotemporais	
1. Inclusões tau-positivas, também conhecidas como taupatias	
Predominância de isoformas tau com 3 repetições	Dpi
	DFTP-17
Predominância de isoformas tau com 4 repetições	DCB
	PSP
	DFTP-17
	Doença com Grãos Argirofílicos
Presença de isoformas tau com 3 e 4 repetições	DFTP-17
	Taupatia sistêmica múltipla
	Demência com Emarranhados Neurofibrilares (DEN)
	Outras entidades ainda não identificadas
2. Inclusões ubitiquina-positiva, tau e sinucleína-negativas	
TDP-43 proteinopatias Inclusões TDP-43 positivas com perda neuronal. Clinicamente pode haver ou não doença do neurônio motor (DNM), mas há inclusões do tipo DNM	DLFT com doença do neurônio motor (DLFT-DNM, tipo 1-3)
	DLFT com inclusões tipo doença do neurônio motor, mas sem clínica de DNM (DLFT - tDNM, tipos 1-3)
	DLFT com mutações progranulina ou PGRL (tipo 3)
	DLFT com mutações da proteína contadora de vasolina (tipo 4)
	DLFT ligada ao cromossomo 9 tipo 2)
Inclusões TDP-43 negativas	DLFT com mutação da CHMP2B
	Doença com inclusões basofílicas
	Demência com Inclusão de Neurofilamentos Intermediários (DINFI) - α -internexina +
3. Sem inclusões detectáveis	
	Demência sem histologia distintiva
	Outras entidades ainda não identificadas

Dpi = Doença de Pick; DFTP-17 = Degeneração frontotemporal com parkinsonismo ligada ao cromossomo 17; TDP-43 = *Transactive DNA-binding protein 43*; DCB = degeneração corticobasal; PSP = paralisia supranuclear progressiva; DLFT = Degeneração lobar frontotemporal; DNM = doença do neurônio motor; CHMP2B = *Charged multivesicular body protein 2b*. Fonte: Cairns et al. (2007).

Os efeitos das lesões podem ser observados histologicamente nas figuras abaixo:

Figura 12: Exemplos de alterações neuropatológicas das entidades pertencentes ao grupo das DLFTs

TDP-43 = degeneração lobar frontotemporal com inclusões TDP-43 positivas. Pick = doença de Pick; DCB = degeneração corticobasal; PSP = paralisia supranuclear progressiva; DGA = doença de grãos argirofílicos; DEN = demência por emaranhados neurofibrilares. Todos os cortes histológicos, com exceção do TDP-43 estão imunocorados com anticorpo antiproteína tau PHF-1. Fonte: Rodriguez e Grinberg, 2015; Grinberg, 2011.

Para o critério diagnóstico de Demência Frontotemporal adotam-se os critérios definidos por Neary et al. (1998) (Quadro 9). McKhann e et al.. (2001) com o argumento de simplificar o diagnóstico para os médicos não especialistas, propuseram critérios diagnósticos com seis itens que condensavam as alterações comportamentais e as alterações de linguagem sob o nome “Demência frontotemporal”. Esses critérios são pouco utilizados na literatura, pois apresentam grande sensibilidade à custa de pouca especificidade.

Quadro 9: Critérios para o diagnóstico clínico de demência frontotemporal	
1. Características principais:	<ul style="list-style-type: none"> a. início insidioso e progressão gradual; b. declínio precoce da conduta social interpessoal; c. comprometimento precoce do controle da conduta pessoal; d. embotamento emocional precoce; e. perda precoce da autopercepção (insight).
2. Características que reforçam o diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> a. declínio dos cuidados de higiene pessoal e do vestir-se; b. rigidez mental e inflexibilidade; c. distratibilidade e impersistência d. hiperoralidade e alterações dos hábitos alimentares; e. comportamento estereotipado e perseverativo; f. comportamento de utilização.
3. Linguagem e fala:	<ul style="list-style-type: none"> a. alteração da fluência: <ul style="list-style-type: none"> - redução e falta de iniciativa da emissão; - compulsão para falar. b. fala esteriotipada; c. ecolalia; d. perseveração; e. mutismo.
4. Sinais físicos:	<ul style="list-style-type: none"> a. reflexos primários; b. incontinência esfinteriana; c. acinesia, rigidez e tremor; d. pressão arterial baixa e lábil.
5. Investigação:	<ul style="list-style-type: none"> a. Avaliação Neuropsicológica: comprometimento significativo em testes de funções dos lobos frontais na ausência de amnésia grave, afasia ou transtorno perceptivo-espacial; b. Eletroencefalografia: normal no EEG convencional; c. Neuroimagem (estrutural e/ou funcional): anormalidade predominante frontal e/ou temporal anterior.

Fonte: Neary et al. (1998).

A história clínica, testes neuropsicológicos, escalas comportamentais e exames de neuroimagem apresentam uma boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade de 85% e especificidade de 99% (Knopman e et al., 2005). Exames laboratoriais e eletroencefalograma são úteis para o diagnóstico diferencial com doenças cuja apresentação clínica possa sugerir sinais e sintomas de disfunção frontotemporal, tais como: hipotireoidismo, encefalopatia hepática, neurosífilis, demência associada a HIV, entre outros. O diagnóstico definitivo da DFT, assim como as demais, só pode ser realizado através de estudos neuropatológicos (Brucki, 2011).

Como observado os critérios diagnósticos para as principais síndromes demenciais são divididos em: possível, provável e definitiva. Sendo que, o

diagnóstico definitivo das síndromes demenciais depende do exame neuropatológico. Assim, a única forma de se obter o diagnóstico definitivo de demência é por meio do exame neuropatológico, realizado após a morte, pela autópsia.

É evidente a importância do avanço na detecção das demências com maior acurácia. Escalas, métodos e estudos de detecção precoce são publicados diariamente, e em muitos deles, se discute o papel do enfermeiro, como participante ativo na equipe multidisciplinar. De acordo com Eliopoulos (2011) a natureza irreversível da demência e seu curso deteriorante e progressivo podem causar efeitos devastadores nos indivíduos afetados e suas famílias. Grande parte dos cuidados necessários para os pacientes com demência está no âmbito da prática de enfermagem.

3.3 A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DAS SÍNDROMES DEMENCIAIS

A atuação do enfermeiro, no manejo dos indivíduos portadores de demências, deve ser multidimensional, abrangendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Por meio de ações sistematizadas e embasadas em princípios científicos, o enfermeiro busca minimizar o impacto da demência, prevenindo agravos à saúde, manejando complicações comuns no curso das doenças neurodegenerativas, ensinando métodos de promoção de melhores condições de saúde e auxiliando no alcance de qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. Todo o cuidado prestado ao indivíduo deve estar norteado pelo Processo de Enfermagem (PE) (Ferreti, 2011).

Os pressupostos do PE surgiram, no final dos anos 1920, nos Estados Unidos como ferramenta de ensino. A partir da década de 1960, o PE começou a ser utilizado também na assistência, passando a ser considerado um marco teórico para a prática de enfermagem (Rossi e Casagrande, 2001). No Brasil, Horta (1979) definiu o PE como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”.

Trata-se de um instrumento que permite a promoção do cuidado individualizado, dirigido a resultados e que envolve constante reavaliação. É

composto por cinco etapas (Figura 13). Essas etapas não estão separadas entre si. Pelo contrário, estão sobrepostas, pois são interdependentes e uma é influenciada pela outra (Carpenito-Moyet, 2007).

Figura 13: Processo de Enfermagem

Fonte: Horta (1979)

Todas as etapas do PE devem ser minuciosamente realizadas. Como é possível observar na figura 14, a coleta de dados envolve múltiplas etapas, com a meta de diagnosticar e priorizar esses diagnósticos que, depois constituem a base do tratamento de enfermagem (NANDA-I, 2015).

Figura 14: Etapas da coleta de dados ao diagnóstico de enfermagem

Fonte: NANDA (2015)

Identificar diagnósticos de enfermagem é atividade complexa, pois trata-se da interpretação do comportamento humano relacionado à saúde e a escolha adequada de intervenções depende da interpretação acurada das respostas humanas (COREN, 2015).

3.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

As primeiras evidências de DE, no Brasil, ocorreram por volta da década de 60, quando Wanda de Aguiar Horta propôs uma assistência de enfermagem sistematizada, sendo o DE o segundo passo do processo de enfermagem (Horta, 1979). Na década de 70, iniciaram-se os estudos efetivos na área dos DE. Em 1973, enfermeiras norte-americanas da *American Nurses Association* (ANA) reuniram-se para elaborar uma proposta de classificação dos diagnósticos de enfermagem, criando um grupo de estudo dos problemas/diagnósticos de enfermagem, resultando na formação da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), atualmente *NANDA International, Inc.* (NANDA-I), tendo repercussão acadêmica no Brasil (Nóbrega e Gutiérrez, 2000). De acordo com Braga e Cruz (2003), até o ano de 2009, a NANDA-I era classificada numa estrutura designada Taxonomia I, formada por 09 categorias denominadas Padrões de Respostas Humanas. O Comitê de Taxonomia encontrava diversas dificuldades para classificar novos diagnósticos. Por este motivo, foi necessário criar uma nova Taxonomia.

A Taxonomia II possui três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem (NANDA-I, 2015). Cada domínio e classe estrutural dispõem de uma definição, para classificar os diagnósticos de acordo com o seu domínio e classe (Braga e Cruz, 2003). A NANDA-I (2015) caracteriza-se pela sua estrutura multiaxial, ou seja, consiste em eixos tornando os componentes iguais na forma e coerentes. Possui 234 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. A composição de um DE inclui: título e definição conceitual / descrição do problema; características definidoras que são os indicadores clínicos observáveis, sinais e sintomas, afirmando o diagnóstico, e os fatores relacionados que incluem etiologias ou fatores que sustentam a ocorrência ou a manutenção do diagnóstico de enfermagem.

A definição conceitual do termo Diagnóstico de Enfermagem foi aprovada em 1990, na nona Conferência da NANDA-I:

“É um julgamento clínico sobre a resposta do indivíduo, da família ou comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais ou a processos de vida. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem visando atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”.

Um diagnóstico de enfermagem pode estar relacionado com um problema, um risco em potencial ou um estado de promoção da saúde (Quadro 11). Embora não muito frequente pode também representar uma síndrome, no qual o julgamento clínico é direcionado a um agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos (Herdman, 2015).

Quadro 10: Tipos de diagnósticos de enfermagem		
<i>Diagnóstico com foco no problema</i>	<i>Diagnóstico de risco</i>	<i>Diagnóstico de promoção da saúde</i>
Julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe em pessoa, família, grupo ou comunidade.	Julgamento clínico a respeito da vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processo de vida.	Julgamento clínico a respeito da motivação e do desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar as condições de saúde em qualquer estado de saúde. As respostas de promoção da saúde podem existir em indivíduo, família, grupo ou comunidade.

Fonte: Adaptado Herdman (2015)

O diagnóstico de enfermagem auxilia na busca por um cuidado integral ao idoso, que ressalte tanto a importância de se conhecer as respostas humanas, quanto a garantia da assistência na promoção da saúde, no ambiente ambulatorial e também hospitalar, proporcionando, assim, uma assistência ao idoso com queixas cognitivas nos diferentes cenários da saúde (Santos et al., 2009). No contexto ao qual este estudo foi desenvolvido, doenças neurodegenerativas, observa-se que o diagnóstico de enfermagem mais utilizado em pacientes portadores de demências é o DCC.

3.4.1 Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica

O DCC foi citado pela primeira vez, na *NANDA-I*, em 1994, na literatura, não foram encontrados estudos que descrevessem como foi desenvolvido e em qual contexto. Atualmente, este diagnóstico pode ser localizado no Domínio cinco: Percepção/Cognição, Classe quatro: Cognição (*NANDA-I*, 2015).

Estudos prévios definiram o termo confusão como estado em que se acha confundido, hesitante, perplexo (Berger, Mailloix-Poirier, 1995). Ou ainda, um estado mental e comportamental de redução de compreensão, da coerência e da capacidade de raciocinar (Josephson e Miller, 2015). Na literatura nacional de saúde, este termo é utilizado para a classificação de estágios temporários, de curta duração e com referência para quadros de desorientação (Camargo, Gil e Moreno, 2006). Porém a palavra, confusão, internacionalmente possui um conceito mais amplo, sendo utilizado nas classificações para transtornos comportamentais

atribuídos a processos crônicos. Ocorre ainda uma divergência na literatura, em que confusão ora é tratada nos quadros de demência, ora nos de comportamento, agressividade ou desorientação, sem um consenso aparente (Mion et al., 2007).

Estudos prévios realizados estabeleceram como definição operacional segundo revisão de literatura Confusão Crônica como um estado caracterizado pela presença de pensamento desordenado ou “embaralhado”. Um importante aspecto do delírio, da demência e outras síndromes clínicas, ainda que indivíduos confusos não consigam ser inseridos em nenhum critério diagnóstico de alguma síndrome específica. Suas principais manifestações são: desorientação no tempo e espaço, prejuízo na memória de curto prazo, sonolência e alta distraibilidade. Podendo ainda apresentar alterações comportamentais, sendo as mais comuns: humor inapropriado, agitação e alteração no ciclo de sono e vigília. Apresentam também, complicações que influenciam no tempo e na qualidade de vida, tais como: perda do controle, de suas funções, do senso de si mesmo e em relações interpessoais, dificuldades na tomada de decisões individuais, maior probabilidade de complicações e persistência dos sintomas. Em relação ao tempo diagnóstico, define-se como estado com duração maior que oito meses (Souza, 2010; Arnold, 2005; Nowels et al., 2002).

A definição encontrada na NANDA-I (2015) é:

“Uma deteriorização irreversível, prolongada e/ou progressiva do intelecto e da personalidade, caracterizada por capacidade diminuída para a interpretação dos estímulos ambientais e para os processos de pensamento intelectual, manifestada por distúrbios de memória, orientação e comportamento (NANDA-I p. 245, 2015)”.

Os DE com foco no problema, são compostos por Características Definidoras (CD) e Fatores Relacionados (FR). Em relação ao DCC, as CD são: alteração na memória de curto prazo; alteração na memória de longo prazo; alteração progressiva na função cognitiva; distúrbio orgânico cerebral; funcionamento social prejudicado; interpretação alterada; nível de consciência normal; personalidade alterada; prejuízo cognitivo crônico e resposta alterada a estímulos. E os FR são:

acidente vascular encefálico; demência por multi-infarto; doença de Alzheimer; Lesão cerebral (p.ex. prejuízo vascular encefálico, doença neurológica, trauma, tumor) e Psicose de Korsakoff (NANDA-I, 2015).

Observa-se que a maioria das características definidoras e fatores relacionados do DCC são alterações relacionadas às doenças neurodegenerativas. Considerando o panorama esboçado anteriormente, das incidências das síndromes demenciais e da importância do cuidado de enfermagem norteado pelo PE, espera-se que o DCC seja um dos principais diagnósticos atribuídos para direcionar o cuidado do indivíduo portador de demências. Ressalta-se, portanto, a importância de se explorar cientificamente este diagnóstico em estudo.

É imprescindível, conhecer os conceitos e propostas, dos diagnósticos de enfermagem, testá-los, validá-los e analisá-los quanto a sua aplicabilidade nas diferentes realidades, contribuindo para a melhoria no cuidado prestado aos indivíduos (Pileggi, 2007).

3.5 VALIDAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Os estudos de validação de DE despertaram interesse na década de 1990 e desde então, nota-se uma contribuição crescente dos enfermeiros em aprimorar e aperfeiçoar os diagnósticos. Na literatura, encontram-se diversas abordagens metodológicas de validação de diagnósticos, entretanto, um levantamento bibliográfico realizado no Brasil identificou que 58,3% dos pesquisadores utilizaram a proposta de Fehring (1986; 1987; 1994) (Chaves et al., 2008), caracterizado por três modelos de validações: Validação de Conteúdo, Validação Clínica e Validação Diferencial. O modelo de Hoskins (1989) baseia-se em etapas de análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica. A Técnica Delphi descrita por Lindeman (1975) é utilizada para obtenção de consenso das respostas dos enfermeiros especialistas, considerado um excelente método para atingir um consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno. A proposta de Walker e Avant (2005) é composta por oito etapas: selecionar o conceito, definir o objetivo da análise, identificar a utilização do conceito, definir atributos definidores, desenvolver casos-modelos, desenvolver outros casos, identificar antecedentes e

consequentes, e verificar as referências empíricas. Para Lopes, Silva e Araújo (2012) as três etapas metodológicas de validação consistem em análise de conceito, análise de conteúdo por juízes e validação clínica dos indicadores clínicos.

Apesar das características positivas destes métodos, pesquisadores têm relatado algumas dificuldades e limitações dos mesmos (McLane, 1987; Chaves et al., 2008; Lopes, Silva e Araújo, 2013). Por isso, torna-se necessário a utilização de outros modelos, com a finalidade de identificar a melhor maneira de validar instrumentos de medida em saúde, como neste estudo, utilizado uma das evidências de validade psicométrica.

3.5.1 Validade de Critério

A validade é a capacidade de um instrumento em medir com precisão o fenômeno a ser estudado. É uma metodologia de significância de um instrumento de medidas com diferentes tipos de evidência: validade aparente, validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério (Martins, 2006). A validade de critério é aquela que estabelece a validade de um instrumento de medição comparando-o com algum critério externo. Quanto mais os resultados do instrumento de medidas se relacionam com o padrão maior a validade de critério. Este critério é um padrão-ouro com o qual se julga a validade do instrumento (Raymundo, 2009).

A validade de critério pode ser dividida em: (1) concorrente grau com que dois questionários aplicados ao mesmo tempo, na mesma amostra se relacionam. Subdividida em: concorrente convergente, quando dois instrumentos são aplicados e medem o mesmo fenômeno e, concorrente divergente quando o padrão mede o oposto do fenômeno estudado. (2) preditiva é a efetividade do instrumento em prever um comportamento numa situação futura (Furr, 2010). Buscou-se por estudos que realizaram algum tipo de validação psicométrica para o DCC, porém nenhum estudo, até o momento utilizou esta metodologia.

3.5.2 Evidências na literatura de validação do DCC

O DCC necessita de aprimoramento, principalmente no que diz respeito aos fatores relacionados. Somente dois estudos (Quadro 12) foram encontrados no nosso meio, que buscaram realizar a validação do diagnóstico de confusão crônica (Souza, 2010; Tomagová e Bóriková, 2012). Ao que se sabe, até o momento nenhum estudo realizou a validação clínica do diagnóstico de confusão crônica.

Quadro 11: Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica: validações encontradas na literatura. São Paulo, 2017.			
Autor	País	Método	Descrição
Souza, 2010	Brasil	Hoskins e Fehring	- Realizou a validação diferencial entre os DE Memória Prejudicada e Confusão Crônica; - Ambos foram analisados a partir da revisão integrativa da literatura; - Analisou as características definidoras (Evidência clínica de prejuízo orgânico; Interpretação alterada; Memória antiga prejudicada; Memória recente prejudicada; Nenhum mudança do nível de consciência; Personalidade alterada; Prejuízo cognitivo existente há tempo; Prejuízo cognitivo progressivo; Resposta alterada à estímulos; Socialização prejudicada) e os fatores relacionados (Acidente vascular cerebral; Demência por multi-infarto; Doença de Alzheimer; Psicose de Korsakoff; Trauma crânio-encefálico) quanto à pertinência do títulos, conceitos e a disposição dos diagnósticos, pela NANDA-I (2010) mediante a análise por especialistas;
Tomagová e Bóriková, 2012	Eslováquia e República Checa	Fehring	- Realizou a validação de conteúdo por meio de 251 enfermeiros (144 eslováquios e 107 checos)

Fonte: Souza (2010); Tomogová e Bóriková (2012)

Assim, sabendo que o exame anatomopatológico é padrão ouro para o diagnóstico de doenças neurodegenerativas, as quais estão inclusas nos fatores relacionados do DCC, assume-se que a única maneira de realizar a validade dos fatores relacionados deste diagnóstico, é através de um estudo clínico patológico. Por meio de estudos em autópsias, os achados neuropatológicos poderiam ser correlacionados com as evidências do diagnóstico 'Confusão Crônica' em vida com o objetivo de coletar evidências de validade para o mesmo. Até o momento, nenhum estudo clínico-patológico de validação deste diagnóstico de enfermagem foi realizado, de modo que os resultados do presente estudo poderão contribuir para o melhor refinamento do mesmo.

Métodos

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, realizado à partir da análise de dados do Banco de Encéfalos Humanos do Grupo de Estudos em Envelhecimento Cerebral da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (BEHGEEC-FMUSP), no período de 2004 a 2014.

4.2 PROCEDÊNCIA DOS CASOS

O BEHGEEC-FMUSP foi criado em 2003 e é composto por uma equipe multidisciplinar de pesquisadores (enfermeiros, médicos, biomédicos, biólogos e fisioterapeutas). Tem como principais objetivos coletar, armazenar e analisar tecidos, propiciando pesquisas no envelhecimento cerebral em uma perspectiva clínicopatológica. Todos os procedimentos do BEHGEEC foram previamente descritos (Ferretti et al., 2009; Grinberg et al., 2007) e estão devidamente aprovados pelo Comitê de Ética para Análises de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob o número 285/04 (ANEXO A). Recentemente, o BEHGEEC-FMUSP foi eticamente aprovado como sendo um biobanco de tecidos humanos (ANEXO B).

Desde 2004, são coletados os encéfalos que compõem o acervo do BEHGEEC. Estes são provenientes do Serviço de Verificação de Óbitos da Capital (SVOC) do Município de São Paulo, vinculado à FMUSP que, por sua vez, tem por objetivo constatar a causa de óbito em casos de morte natural, por doença mal definida, ocorridas no município de São Paulo. Nos últimos 15 anos foram realizadas em média 13.419 autópsias por ano no SVOC, totalizando 201.287 autópsias (SVO, 2016).

4.2.1 Breve descrição dos procedimentos do Banco de Encéfalos Humanos do Grupo de Estudos em Envelhecimento Cerebral (BEHGEEC).

O Grupo de Estudos em Envelhecimento Cerebral da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GEEC – FMUSP) composto por geriatras, especialistas na área da neurologia, patologistas, enfermeiros gerontologistas e biomédicos são responsáveis em realizar as análises.

4.2.1.1 Seleção dos casos do BEHGEEC

As informações sobre o falecido são recebidas antes da chegada do corpo ao SVOC, o que permite uma pré-seleção dos casos. Para seleção dos casos, os critérios de inclusão no biobanco são: idade superior a 50 anos; ter falecido de morte natural; possuir familiar responsável ou cuidador, que convivesse com o sujeito no mínimo uma vez por semana, nos seis meses anteriores ao óbito e possuir um informante (familiar responsável ou cuidador) capaz de prestar informações consistentes a respeito do histórico de saúde do sujeito. Os critérios de exclusão do biobanco são: portadores de patologias cerebrais que impossibilitassem a avaliação macroscópica cerebral, como o acidente vascular encefálico hemorrágico; doença avançada no período de três meses anteriores à morte, responsáveis por causar hipóxia ou hipofluxo cerebral; história de parada cardiorrespiratória prolongada nos três meses anteriores ao óbito e sujeitos que tiveram seus cérebros cortados durante o procedimento da autópsia, para melhor avaliação do patologista plantonista (Ferretti et al., 2009).

Um responsável legal deve ir pessoalmente ao SVOC para assinar a liberação do corpo para que sejam iniciados os procedimentos de necropsia (Ferretti et al., 2009). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é aplicado quando o responsável legal recebe explicação da natureza do projeto. No caso de aceite, o cuidador mais indicado para obtenção das informações colaterais com maior confiabilidade é identificado (Grinberg et al., 2007). Após o consentimento informado inicia-se o processamento dos casos do BEHGEEC (Figura 16).

Figura 15: Fluxograma do processamento de casos do BEHGEEC

Fonte: Adaptado Ferretti et al., 2009.

4.2.1.2 Descrição dos procedimentos de coleta de dados clínicos do BEHGEEC

O protocolo clínico é desenvolvido pela equipe de entrevistas do BEHGEEC, composta por enfermeiros treinados e supervisionados por um enfermeiro gerontólogo, com a finalidade de realizar uma avaliação clínico-funcional no *post mortem*, baseado na utilização de instrumentos mundialmente validados (Ferretti et al., 2010). A coleta de dados clínicos é realizada quando o responsável pelo indivíduo recém-falecido comparece ao SVOC para solicitar a liberação do corpo. As famílias aguardam, em média, de três a seis horas para a finalização dos procedimentos de rotina do SVOC. Neste momento, a equipe de entrevista realiza a abordagem e os convida a participar do estudo, e quando aceitam, o TCLE é assinado. Após o aceite, o familiar é encaminhado para uma sala privativa para a realização da entrevista clínica.

A entrevista clínica é semiestruturada (ANEXO C) composta por uma investigação da história clínica ao longo da vida e a avaliação clínico-funcional, cognitiva e comportamental. Possui questões iniciais de identificação do falecido e do informante, posteriormente, investigam-se sobre os antecedentes pessoais do falecido, fatores de risco, tratamentos atuais, padrões funcionais de saúde, vícios e antecedentes familiares. Os dados de causa do óbito são obtidos por meio da declaração de óbito, preenchida pelo médico patologista imediatamente após a autópsia. Diversas escalas compõem a entrevista, a fim de garantir uma avaliação integral, compreendendo a avaliação cognitiva, comportamental, funcional e socioeconômica.

A avaliação cognitiva é realizada por meio dos instrumentos *Clinical Dementia Rating* (CDR) (Hughes et al., 1982) e *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE) (Jorm, 1988); a avaliação comportamental é feita pelo Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) (Cummings et al., 1994); a avaliação funcional é realizada por meio do Índice de Katz (Katz, 1963) – para avaliar as atividades básicas de vida diária e pelo Índice de Atividades Instrumentais de Vida Diária (IADL) (Lawton e Brody, 1969) – para as atividades instrumentais da vida diária. Utiliza-se o *Structured Clinical Interview for Disorders* (SCID) para Episódio Depressivo Maior no Passado, Episódio Maníaco no Passado e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (Del Ben et al., 1996) para avaliar transtorno de humor, afeto e TOC; e, a avaliação do Parkinsonismo é feita pela Escala de Parkinsonismo adaptada de Tanner (Tanner et al., 1990).

Neste estudo, para melhor definição do perfil cognitivo e comportamental e atribuição das características definidoras do DCC, foram utilizados somente os instrumentos CDR, IQCODE, NPI.

4.2.1.2.1 Avaliação Cognitiva e Comportamental

A escala CDR foi desenvolvida por Hughes et al. (1982), validada por Morris (1993) e adaptada para uma versão em português por Montañó e Ramos (2005) e tem por objetivo avaliar o comportamento e o nível de comprometimento cognitivo do indivíduo. Trata-se de uma entrevista semiestruturada feita com o paciente e com o

informante. Neste estudo, entretanto, foi aplicada somente ao informante em função de sua aplicação no post-mortem.

O instrumento detecta alterações em seis categorias cognitivas: memória; orientação; julgamento e resolução de problemas; relações comunitárias; lar e passatempos; cuidados pessoais (Gil e Busse, 2009). Cada uma dessas seis categorias classifica o grau de comprometimento em: 0 (normal); 0,5 (questionável); 1 (leve); 2 (moderada); 3 (grave), com exceção da categoria cuidados pessoais, que não tem o nível 0,5 (questionável). Para determinar o CDR global (Quadro 13) é realizada uma classificação das categorias, sendo a memória considerada categoria primária e as demais como categoria secundária. No quadro 3 é demonstrado o conjunto de regras elaboradas e validadas por Morris (1993).

Quadro 12: Regras gerais para classificação de comprometimento cognitivo pelo *Clinical Dementia Rating*

Regras:

1. CDR é igual ao valor de memória (M) se pelo menos três categorias secundárias tiverem o mesmo escore que M;
2. Se 3 ou mais categorias secundárias tiverem escore maior ou menor que M, então CDR é igual ao valor da maioria das categorias secundárias;
3. Sempre que as categorias secundárias estiverem distribuídas em: 3 menores e 2 maiores que o valor de M o valor de CDR será igual a M;
4. Quando a melhor resposta situa-se entre 2 ou mais níveis de comprometimento (ex.: leve ou moderada), CDR será igual ao que indica comprometimento maior.

Fonte: Morris (1993).

O CDR classifica o sujeito em: CDR 0 = normal; CDR 0,5 = demência questionável; CDR 1 = demência leve; CDR 2 = demência moderada; CDR 3 = demência grave (Hughes et al., 1982).

Para corroborar o rastreio clínico de comprometimento cognitivo utilizou-se a escala IQCODE (Jorm, 1988), em sua versão retrospectiva elaborada por Thomas et al. (1994), ideal para aplicação após a morte. Composta por 26 itens, as questões abordam memória (aquisição de novas informações e recuperação de conhecimentos prévios) e da inteligência (verbal e performance). A aplicação é feita

com informantes e compara-se o estado cognitivo do indivíduo 3 meses anteriores ao óbito com o de 10 anos antes. Para cada um dos itens deve-se classificar em uma escala tipo Likert: 1 – muito melhor; 2 – um pouco melhor; 3 – não houve mudanças; 4 – um pouco pior; 5 – muito pior (Sanchez e Lourenço, 2009). Para chegar ao resultado final soma-se o número de respostas e cada coluna e multiplica-se pelo seu respectivo número na escala Likert, obtendo assim um resultado, soma-se estes resultados e divide-se o total pelo número de questões respondidas.

Para a avaliação comportamental foi utilizado o NPI, que tem por objetivo obter informações quanto à presença de sintomas psicológicos e comportamentais em pacientes com demência. Baseia-se nas mudanças que ocorreram desde que o paciente começou a apresentar problemas cognitivos, e abrange 12 alterações neuropsiquiátricas comuns na demência: delírios, alucinações, agitação, disforia, ansiedade, euforia, apatia, irritabilidade, desinibição, distúrbios motores, comportamentos noturnos e apetite. Inicialmente, o questionário é categórico (sim ou não), e somente são explorados quando pontuar para sim. O cuidador responde a frequência no qual o evento estava presente em: 1 = ocasionalmente, menos de uma vez por semana; 2 = comum, cerca de uma vez por semana; 3 = frequentemente, várias vezes por semana (menos que todos os dias) e 4 = muito frequentemente, diário ou mais vezes por dia. Além disso, o nível de gravidade de cada comportamento foi classificado, se presente, em 1 = leve, presente – mas produzindo pouca aflição no paciente; 2 = moderada, aflitiva e perturbadora e 3 = marcada, muito perturbadora (Cummings et al., 1994). Para o fechamento do NPI checam-se todas as questões que obtiveram pontuação positiva. Em cada item, deve-se multiplicar a frequência pela severidade, e ao final, somar o resultado de todas as questões que obtiveram resposta afirmativa, podendo alcançar até 144 pontos.

Após a realização do protocolo clínico e assinatura do TCLE, a equipe de coleta realiza os procedimentos para o exame neuropatológico, descritos na sequência.

4.2.1.3 Procedimentos anatomopatológicos

Após o TCLE ter sido assinado pelo responsável legal, os procedimentos anatomopatológicos são iniciados. Todas as autópsias são feitas por médicos patologistas em um intervalo médio *post-mortem* de 14 horas. Após as aferições de peso e volume, amostras de tecido encefálico são obtidas de sete regiões cerebrais, que incluem: amígdala, hipocampo, córtex parietal, occipital, temporal, frontal e cerebelar. Com o objetivo de documentar as alterações neuropatológicas de forma ampla, 12 áreas são representadas: giros frontais médio e inferior; giros temporais anterior e médio; córtex de associação visual; giro frontal superior e cíngulo anterior, ao nível anterior dos gânglios da base; lobo parietal inferior e superior, hipocampo anterior com giro parahipocampal, com a região entorrinal e o giro temporal inferior (Ferretti et al., 2009).

Um dos hemisférios cerebral é congelado a temperatura de -80°C . O outro hemisfério é fixado em formalina por, no mínimo, três semanas. Após a fixação em formalina, o cerebelo e o tronco encefálico são separados do cérebro por um corte no nível do colículo superior. O cérebro é coronalmente cortado em fatias de 1cm (Grinberg et al., 2007). A imunoistoquímica de rotina é realizada usando anticorpos contra os seguintes peptídeos ou proteínas: β -amilóide, tau fosforilada e α -sinucleína e se lesões suspeitas são encontradas, colorações adicionais são realizadas (Ferretti et al., 2009). Os procedimentos anatomopatológicos são baseados no protocolo do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) e de Braak (Grinberg et al., 2007).

Em 1991, Braak e Braak publicaram um estadiamento baseado na progressão das alterações neurofibrilares e amilóides que ocorrem de forma estereotipada. Entretanto, apenas as alterações neurofibrilares tem uma boa relação com o declínio cognitivo (Braak e Braak, 1991). De acordo com esse estadiamento (Quadro 14), as alterações neurofibrilares se iniciam nas adjacências do córtex para-hipocampal e hipocampo, progredem para a amígdala, córtices de associação e, em alguns casos, córtices primários. Outras regiões subcorticais e de tronco cerebral também são afetadas no curso da doença (Grinberg, 2011).

Quadro 13: Estadiamento patológico	
Estágio	Características
I	Córtex transentorrinal superficial
II	I + CA 1 do hipocampo
III	II + subículo, giro fusiforme, núcleos basais e amígdala
IV	III + envolvimento discreto do isocórtex de associação, principalmente na região temporal
V	IV + todo hipocampo, envolvimento mais avançado do isocórtex, tálamo, hipotálamo
VI	V + fásia dentata, córtex occipital

CA1: first sector of the Ammon's horn.

Fonte: Braak e Braak (1991).

O CERAD é utilizado para identificar o número de placas neuríticas (figura 17), definidas como depósitos amiloides. Leva em consideração apenas a contagem de placas neuríticas distribuídas pelas várias regiões do córtex cerebral e classifica-se em quatro estágios (Mirra et al., 1991):

- CERAD 0 = ausência de placas neuríticas no córtex cerebral;
- CERAD A = leve (1-5 por campo 100X);
- CERAD B = moderada (6-15 por campo 100X);
- CERAD C = frequente (> por campo 100X).

Figura 16: Método semi quantitativo de contagem de placas neuríticas

1) Representação de estágio leve; 2) Representação de estado moderado; 3) Representação de estágio severo pelo CERAD. Ilustrações de 4 a 6 apresentam colorações pela prata no método de Bielshowsky, representando respectivamente, a presença de placas neuríticas em estágio leve, moderado e severo frequente no córtex cerebral. Fonte: Mirra et al. (1991).

No caso de serem encontrados corpos de Lewy, eles são avaliados segundo os critérios diagnósticos citados anteriormente. Considerando que não existe um critério amplamente aceito para avaliação qualitativa de alterações vasculares é considerado a área atingida, tipo de alteração e tamanho (Ferretti et al., 2008).

4.3 CASUÍSTICA

Entre os anos de 2004 a 2014, foram incluídos 3101 casos, com idade que variou de 25 a 106 anos. Do total de casos, 23,4% (n=726) apresentavam comprometimento cognitivo, clinicamente definido, no momento do óbito. A autópsia encefálica foi realizada em todos os casos incluídos e o exame anatomopatológico (AP) foi concluído em 1123 deles, possuindo, portanto, diagnóstico neuropatológico. Dos casos com AP realizado, 57% (n=639) apresentavam alterações encefálicas e apenas 43% (n=484) apresentaram AP normal.

Para o presente estudo, foram considerados casos aqueles incluídos no banco de encéfalos entre 2004 a 2014, de acordo com os critérios estabelecidos a seguir.

4.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos todos os casos pertencentes ao banco de dados do BEHGEEC.

Foram excluídos todos os casos que não preencheram os seguintes critérios:

- Não apresentaram exame anatomopatológico encefálico concluído;
- Não apresentaram entrevista clínica completa e com dados consistentes;

4.4 SELEÇÃO DE CASOS DO BEHGEEC

A seleção de casos consistiu na aplicação dos critérios de elegibilidade, deste estudo, no acervo do BEHGEEC. A figura 18 esquematiza o fluxograma de inclusão dos participantes no estudo.

Figura 17: Fluxograma de mapeamento dos casos para inclusão no estudo e composição da amostra

Após mapeamento e inclusão dos casos do BEHGEEC, no presente estudo, deu-se início aos procedimentos que foram divididos em duas fases: 1) Definição dos casos com DCC e 2) Validação do DCC.

4.5 PRIMEIRA FASE – DEFINIÇÃO DOS CASOS COM DCC

Para o mapeamento dos casos com DCC a partir das bases de dados do banco de encéfalos, foi primeiramente necessário realizar o processo diagnóstico em cada caso incluído. O diagnóstico do DCC, para cada caso, foi feito por meio de consenso diagnóstico com base na técnica de melhor estimativa diagnóstica (“best estimate diagnosis”) descrita por Leckman et al. (1982). Para nortear o consenso diagnóstico foi necessário realizar a definição conceitual e operacional do DCC, com base na última versão do mesmo (NANDA-I, 2015). Esse procedimento foi necessário uma vez que a definição conceitual proposta em estudo anterior (Souza, 2010) tinha como base a versão anterior do diagnóstico.

4.5.1. Definição Conceitual e Operacional dos componentes do DCC

A definição conceitual dos componentes do DCC foi realizada por meio de revisão de literatura e tomando como base o DSM-V (2013) os pesquisadores do estudo propuseram uma definição revisada. Foi necessário realizar uma nova definição, pois os termos definidos por Souza (2010) sofreram alterações na edição da NANDA-I (2015). A nova definição conceitual foi submetida à apreciação de três juízes independentes. O número de juízes foi estimado com base na recomendação de Hernández-Nieto (2002) e utilizado Fehring (1994) para o critério de seleção, enfermeiros com doutorado na linha de pesquisa em diagnósticos de enfermagem ou médicos com experiência clínica e/ou doutorado em neurologia.

O painel de juízes foi composto por três professores (dois enfermeiros e um médico neurologista); 66,7% apresentavam como máxima titulação o doutorado e 33,3% a livre docência, todos os participantes obtiveram a titulação na área da neurociência. Adicionalmente, todos os juízes tinham experiência de ensino, pesquisa e prática em neurociência (neurologia clínica e doenças

neurodegenerativas). O tempo de experiência dos juízes na área variou de 14 a 25 anos. Além disso, dois dos juízes (enfermeiros) tinham experiência com o DCC superior a 14 anos.

Para cada juiz foi solicitado a definição do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica, de cada característica definidora e dos fatores relacionados referente a Clareza de Linguagem, Relevância Teórica e Pertinência Prática, seguindo os preceitos de Hernández-Nieto (2002):

Clareza de Linguagem: que diz respeito aos termos e a linguagem utilizada em cada um dos itens. Verifica se a forma de escrita e redação apresentada são de fácil compreensão. No comitê, foi avaliado se o item é suficientemente claro, compreensível e adequado para a população que fará uso do DCC – o enfermeiro.

Relevância Teórica: verificou-se o conteúdo do item, se ele é representativo do fenômeno estudado. Foi avaliado se o item é ou não relevante para o assunto – DCC.

Pertinência Prática: visando conhecer se o mesmo é representativo do fenômeno a ser observado e se possui importância para o que o instrumento se propõe a avaliar. No comitê foi solicitado indicar a importância de cada item, se ele realmente é necessário para compor o instrumento.

Foi desenvolvido um instrumento (ANEXO D) contendo Termo de Compromisso, Identificação dos especialistas e cada definição conceitual em uma escala tipo Likert quanto à clareza (1=pouquíssimo clara; 2=pouco clara; 3=razoavelmente clara; 4=em grande parte clara; 5=muitíssimo clara); quanto à relevância teórica (1=pouquíssimo relevante; 2=pouco relevante; 3=razoavelmente relevante; 4=em grande parte relevante; 5=muitíssimo relevante); e, quanto à pertinência prática (1=pouquíssimo pertinente; 2=pouco pertinente; 3=razoavelmente pertinente; 4=em grande parte pertinente; 5=muitíssimo pertinente) (Balbinotti, 2007). Além disso, foi solicitado sugestões de melhoria nos casos pontuados como 1,2 ou 3 em cada questão.

Na sequência, foi realizada a análise do grau de concordância entre os juízes por meio do Índice de Validação de Conteúdo (IVC; Alexandre e Coluci, 2011) item a item; Kappa de Light e para excluir a possibilidade de viés de prevalência de resposta entre os participantes foi utilizado o teste PABAK (Prevalence Adjusted,

Bias Adjusted Kappa). Foram considerados adequados os valores de IVC acima de 80%, de Kappa de Light e PABAK acima de 0,50. Os itens com IVC menor que 80% foram revisados.

Os domínios relevância teórica e pertinência prática alcançaram excelentes índices de concordância (IVC = 100; PABAK 1,00 e 0,92, respectivamente). No domínio clareza, o IVC foi abaixo de 80% em 11 dos 16 itens avaliados (conceito; cinco características definidoras e cinco fatores relacionados) e o, PABAK deste domínio também foi baixo (0,11). Foi, então, necessária a revisão das 11 definições. Inicialmente, foram alteradas as definições recomendadas por pelo menos dois juízes (Conceito de DCC e as CD: Prejuízo Cognitivo Crônico e Psicose de Korsakoff) e na sequência as demais oito definições foram qualitativamente analisadas com relação à necessidade de ajustes, resultando em quatro ajustes adicionais (CD: Distúrbio Orgânico Cerebral e FR: Acidente Vascular Cerebral, Demência por multi-infarto e Doença de Alzheimer). O Quadro 15 apresenta a síntese do processo de revisão da definição conceitual do DCC.

Quadro 14: Definições conceituais do diagnóstico de enfermagem confusão crônica. São Paulo, 2017			
Termo	Definição Conceitual Proposta	Sugestões do Comitê	Definição Conceitual Revisada Final
Confusão Crônica	"Prejuízo potencialmente reversível ou irreversível e progressivo do funcionamento encefálico, que se manifesta de modo súbito ou insidioso, caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e/ou funcional; levando a dependência e incapacidade para a manutenção do autocuidado, das atividades de vida diária e do funcionamento social".	<i>"O termo crônico (confusão crônica) se refere a prejuízo irreversível, e não reversível". (Juiz 1)</i> <i>"Se o prejuízo é crônico, ele pode é passível de ser controlado e não reversível". (Juiz 2)</i> <i>"Falta definição de tempo". (Juiz 3)</i>	"Prejuízo irreversível e progressivo do funcionamento encefálico, que se manifesta de modo insidioso ou súbito, caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e/ou funcional; levando a dependência e incapacidade para a manutenção do autocuidado, das atividades de vida diária e do funcionamento social, em um período ≥ 6 meses".
Características Definidoras			
Alteração de memória de curto prazo	"Representa a alteração na memória imediata. O indivíduo apresenta dificuldade de recordar informações, fatos ou eventos que aconteceram recentemente".	<i>"Mudança no termo para Alteração na memória imediata". (Juiz 1)</i>	"Representa a alteração na memória imediata. O indivíduo apresenta dificuldade de recordar informações, fatos ou eventos que aconteceram recentemente".

(continuação)

(continuação)

Quadro 14: Definições conceituais do diagnóstico de enfermagem confusão crônica. São Paulo, 2017**Características Definidoras**

Termo	Definição Conceitual Proposta	Sugestões do Comitê	Definição Conceitual Revisada Final
Alteração de memória de longo prazo	"Representa a alteração na memória remota. O indivíduo apresenta dificuldade de recordar informações, fatos ou eventos que aconteceram no passado ou há um intervalo de tempo remoto".	Não houve sugestões	"Representa a alteração na memória remota. O indivíduo apresenta dificuldade de recordar informações, fatos ou eventos que aconteceram no passado ou há um intervalo de tempo remoto".
Alteração progressiva na função cognitiva	"Representa uma alteração contínua e progressiva na cognição, em que o indivíduo apresenta dificuldade nos domínios de atenção complexa (atenção sustentada, atenção dividida, atenção seletiva, velocidade de processamento); função executiva (planejamento, tomada de decisão, flexibilidade mental); aprendizagem e memória (imediata, recente e remota); linguagem (expressão e recepção); perceptomotor (percepção visual, auditiva e espacial, praxias e gnosias); funcionamento social (comportamento fora do padrão social aceitável, prejuízo na capacidade de crítica; incapacidade de reconhecer sinais sociais ou emoções em outros)".	Não houve sugestões	"Representa uma alteração contínua e progressiva na cognição, em que o indivíduo apresenta dificuldade nos domínios de atenção complexa (atenção sustentada, atenção dividida, atenção seletiva, velocidade de processamento); função executiva (planejamento, tomada de decisão, flexibilidade mental); aprendizagem e memória (imediata, recente e remota); linguagem (expressão e recepção); perceptomotor (percepção visual, auditiva e espacial, praxias e gnosias); funcionamento social (comportamento fora do padrão social aceitável, prejuízo na capacidade de crítica; incapacidade de reconhecer sinais sociais ou emoções em outros)".
Distúrbio Orgânico Cerebral	"Presença de lesão encefálica".	"Quando se usa a palavra lesão, subentende-se ferimento/trauma, pode-se utilizar qualquer alteração patológica ou traumática (definição da palavra)." (Juiz 2)	"Presença de alteração encefálica de causa orgânica".
Funcionamento Social Prejudicado	"Dificuldade de realizar atividades fora do ambiente doméstico, como trabalhar, participar de eventos sociais. Apresenta comportamento fora do padrão social aceitável, prejuízo na capacidade de crítica; incapacidade de estabelecer contatos sociais".	Não houve sugestões	"Dificuldade de realizar atividades fora do ambiente doméstico, como trabalhar, participar de eventos sociais. Apresenta comportamento fora do padrão social aceitável, prejuízo na capacidade de crítica; incapacidade de estabelecer contatos sociais".

(continuação)

(continuação)

Quadro 14: Definições conceituais do diagnóstico de enfermagem confusão crônica. São Paulo, 2017**Características Definidoras**

Termo	Definição Conceitual Proposta	Sugestões do Comitê	Definição Conceitual Revisada Final
Interpretação alterada	"Dificuldade de compreender o que está sendo falado ou o que está acontecendo, causando prejuízo na capacidade de julgar e resolver problemas do dia a dia".	Não houve sugestões	"Dificuldade de compreender o que está sendo falado ou o que está acontecendo, causando prejuízo na capacidade de julgar e resolver problemas do dia a dia".
Nível de Consciência Normal	"O paciente está consciente, mantendo o estado de alerta, evidenciando a manutenção de um estado dinâmico de percepção de si e do ambiente, incluindo a capacidade de responder à novos estímulos".	<i>Sugiro "Nível de consciência normal, porém pode apresentar déficits perceptuais de si mesmo e do ambiente..." (Juiz 1)</i>	"O paciente está consciente, mantendo o estado de alerta, evidenciando a manutenção de um estado dinâmico de percepção de si e do ambiente, incluindo a capacidade de responder a novos estímulos".
Personalidade Alterada	"Alteração no conjunto das características pessoais de uma pessoa, em relação ao seu padrão de pensar, agir e sentir".	Não houve sugestões	"Alteração no conjunto das características pessoais de uma pessoa, em relação ao seu padrão de pensar, agir e sentir".
Prejuízo cognitivo crônico	"Alteração crônica da cognição".	<i>"alteração persistente da cognição". (Juiz 2) "Tempo de evolução". (Juiz 3)</i>	Alteração persistente da cognição, por um período ≥ 6 meses
Resposta Alterada à Estímulos	"Alteração na forma de reagir aos estímulos externos, caracterizada por sintomas psicológicos e comportamentais, como agitação, apatia, agressividade, alucinação, delírio, e etc".	<i>"Fica a dúvida quanto aos sintomas psicológicos, isso é muito amplo, assim como a sua intensidade, colocaria quais são as alterações esperadas. Delírio está relacionado a um alteração no conteúdo do pensamento". (Juiz 2)</i>	"Alteração na forma de reagir aos estímulos externos, caracterizada por sintomas psicológicos e comportamentais, como agitação, apatia, agressividade, alucinação, delírio, e etc".

Fatores Relacionados

Acidente Vascular Cerebral	"Lesão encefálica causada por diminuição no fluxo sanguíneo (por obstrução ou sangramento), podendo ser de etiologia isquêmica ou hemorrágica".	<i>"Retiraria por obstrução ou sangramento". (Juiz 3)</i>	"Lesão encefálica causada por diminuição do fluxo sanguíneo, podendo ser de etiologia isquêmica ou hemorrágica".
Demência por multi-infarto	"Demência Vascular. Transtorno neuro cognitivo causado por doença cérebro vascular, caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e funcional, que ocorrem de modo súbito e com evolução em degraus".	<i>"...e com evolução em degraus ou progressiva". (Juiz 3)</i>	"Demência Vascular. Transtorno neuro cognitivo causado por doença cérebro vascular, caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e funcional, que ocorrem de modo súbito e com evolução em degraus ou progressiva".

(continuação)

(continuação)

Quadro 14: Definições conceituais do diagnóstico de enfermagem confusão crônica. São Paulo, 2017**Fatores Relacionados**

Termo	Definição	Sugestões do Comitê	Consenso Final
Doença de Alzheimer	"Transtorno neurocognitivo caracterizado por um conjunto de alterações cognitiva, comportamental e funcional, que ocorrem de modo insidioso e progressivo".	<i>"Faltou a palavra degenerativa, progressivo e irreversível". (Juiz 2)</i>	"Transtorno neurocognitivo caracterizado por um conjunto de alterações cognitiva, comportamental e funcional, que ocorrem de modo insidioso, progressivo e irreversível".
Lesão Cerebral (prejuízo vascular encefálico, doença neurológica, trauma e tumor)	"Lesão encefálica causada por eventos traumáticos, doenças neurológicas e neoplásicas".	<i>"Substituir prejuízo vascular por injúria vascular encefálica". (Juiz 3)</i>	Lesão encefálica causada por eventos traumáticos, doenças neurológicas e neoplásicas".
Psicose de Korsakoff	"Demência de Korsakoff. Transtorno neurocognitivo causado por etilismo crônico e deficiências vitamínicas, caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e funcional".	<i>"O título está como Psicose e na definição como demência, manter apenas psicose". (Juiz 2) "Singular: deficiência vitamínica (pois Korsakoff é déficit de tiamina)". (Juiz 3)</i>	"Psicose de Korsakoff. Transtorno neurocognitivo causado por etilismo crônico e deficiência vitamínica, caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e funcional".

Após a realização da definição conceitual, foi feita a *definição operacional* (Quadro 16) para orientar como identificar o DCC a partir da análise das bases de dados do biobanco. A definição operacional foi feita pelos pesquisadores do estudo.

Quadro 15: Definição operacional das características definidoras e dos fatores relacionados do DCC. São Paulo, 2017

Características Definidoras	Procedimento de busca na entrevista clínica do BEHGEEC
<u>Alteração na memória de curto prazo</u>	<p>Identificar nos instrumentos:</p> <p>- IQCODE questões:</p> <p>4. Lembrar de coisas que aconteceram recentemente;</p> <p>5. Lembrar de conversas que teve nos últimos dias;</p> <p>6. Esquecia o que queria dizer no meio de uma conversa;</p> <p>Considerar escore 4 (<i>um pouco pior</i>) e 5 (<i>muito pior</i>).</p> <p>- CDR questões de "memória":</p> <p>2. Ele/ela pode se lembrar de eventos recentes?;</p> <p>3. Ele/ ela pode se lembrar de uma lista curta de itens (compras)?;</p> <p>6. Ele/ ela se esquece completamente de um evento importante (viagem, festa, casamento em família) algumas semanas depois do evento?</p> <p>Considerar respostas nas questões 2 e 3 "<i>raramente</i>" e 6 "<i>frequentemente</i>".</p>

(continuação)

(continuação)

Quadro 15: Definição operacional das características definidoras e dos fatores relacionados do DCC. São Paulo, 2017	
Características Definidoras	Procedimento de busca na entrevista clínica do BEHGEEC
<u>Alteração na memória de longo prazo</u>	Identificar nos instrumentos: - IQCODE questões: 1. Reconhecer a face das pessoas amigas e da família; 2. Lembrar o nome de parentes e amigos; 3. Lembrar de coisas sobre a família e amigos (aniversários, ocupações, endereços...). Considerar escore 4 (<i>um pouco pior</i>) e 5 (<i>muito pior</i>). - CDR questões de "memória": 8. Ele/ ela se esquece completamente de informações importantes do passado distante (ex.: data de nascimento, data de casamento, local de emprego)? Considerar respostas " <i>frequentemente</i> "
<u>Alteração progressiva na função cognitiva</u>	Verificar na entrevista clínica história compatível com demência em vida com curso progressivo
<u>Distúrbio orgânico cerebral</u>	Verificar história compatível e/ou diagnóstico em vida de síndromes demenciais ou tumor cerebral
<u>Funcionamento social prejudicado</u>	Identificar no instrumento: CDR questões de "assuntos comunitários": 8. Ele/ ela é capaz de fazer compras para suas próprias necessidades independentemente? 9. Ele/ ela é capaz de fazer atividades independentemente fora de sua casa? 10. Ele/ ela é levado a eventos sociais fora de casa de familiares? Considerar nas questões 8 e 9 respostas " <i>raramente ou nunca</i> " e na questão 10 " <i>não</i> "
<u>Interpretação alterada</u>	Identificar no instrumento: CDR a pontuação da dimensão "Julgamento e resolução de problemas" Considerar score ≥ 1
<u>Nível de consciência normal</u>	Identificar comprometimento cognitivo através dos instrumentos CDR e IQCODE Considerar normal score de CDR 0 e 0,5 e IQCODE $\geq 3,41$
<u>Personalidade alterada</u>	Identificar no instrumento: CDR questões de "julgamento e resolução de problemas": 6. Ele/ ela se comporta de modo apropriado - em situações sociais e em interação com outras pessoas? (Este item avalia comportamento e não aparência). Considerar respostas " <i>raramente</i> " CDR questões de "assuntos comunitários": 11. Um observador casual do comportamento do sujeito pensaria que ele está doente? Considerar respostas " <i>sim</i> "

(continuação)

(continuação)

Quadro 15: Definição operacional das características definidoras e dos fatores relacionados do DCC. São Paulo, 2017	
Características Definidoras	Procedimento de busca na entrevista clínica do BEHGEEC
<u>Prejuízo cognitivo crônico</u>	Verificar história de demência em vida
<u>Resposta alterada à estímulos</u>	Identificar no instrumento: NPI alterações de comportamento: Agitação, Agressividade, Apatia, Depressão, euforia e irritabilidade <i>Considerar severidade 1, 2 ou 3</i>
Fatores Relacionados	Procedimento de busca na entrevista clínica do BEHGEEC
<u>Acidente Vascular Encefálico;</u> <u>Demência por multi-infarto;</u> <u>Doença de Alzheimer;</u> <u>Lesão Cerebral;</u> <u>Psicose de Korsakoff;</u>	Pesquisar em antecedentes pessoais

4.5.2 Coleta de Dados

Uma vez feita a definição conceitual e operacional do DCC, foi construído o instrumento de coleta de dados para o registro das informações relacionadas à caracterização da amostra e existência do DCC. O instrumento de coleta seguiu um roteiro adaptado da entrevista original usada pelo banco de encéfalos. A versão primária do instrumento foi avaliada por cinco enfermeiras: uma enfermeira gerontóloga (doutora e psicometrista); uma enfermeira com quatro anos de experiência em ambulatório de especialidade neurológica; três enfermeiras pertencentes ao laboratório com vivência mínima de um ano na equipe de entrevistas. Todas as enfermeiras tinham experiência na coleta de dados por informantes, de modo retrospectivo. Foi analisado a facilidade de leitura e clareza, formato e apresentação, objetividade, abrangência e coerência de conteúdo. Após avaliação primária conclui-se a elaboração do Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE A).

Na sequência, iniciou-se o procedimento de coleta de dados. A coleta foi feita exclusivamente pelos pesquisadores do estudo. Das bases de dados foram extraídas as variáveis do estudo, listadas a seguir.

4.5.2.1 Variáveis do estudo

A variável dependente do estudo é o DCC, definido por consenso diagnóstico. As demais variáveis descritas são classificadas como variáveis independentes. Além das variáveis relacionadas com a caracterização do DCC (características definidoras e fatores relacionados), das bases de dados foram extraídas variáveis sociodemográficas, clínicas e anatomopatológicas:

- Variáveis sociodemográficas: idade e faixa etária, de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), sexo e escolaridade;
- Variáveis clínicas: antecedentes pessoais diagnosticados em vida e relatados pelo informante (hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, arritmia, dislipidemia, doença vascular periférica, insuficiência renal crônica, hepatite, insuficiência hepática, distúrbios da tireóide, bronquite, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoporose, osteoartrose, doenças infecciosas, neoplasia, acidente vascular encefálico, trauma crânio encefálico, doenças neurodegenerativas e doenças psiquiátricas); escore global do CDR, soma dos boxes do CDR e escore do IQCODE;
- Variáveis de caracterização do DCC: características definidoras (alteração na memória de curto prazo; alteração na memória de longo prazo; alteração progressiva na função cognitiva; distúrbio orgânico cerebral; funcionamento social prejudicado; interpretação alterada; nível de consciência normal; personalidade alterada; prejuízo cognitivo crônico e resposta alterada à estímulos); fatores relacionados (acidente vascular encefálico; demência por multi-infarto; doença de Alzheimer; lesão cerebral e psicose de Korsakoff);
- Variáveis anatomopatológicas: causa de óbito definida após autópsia, com base na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e o resultado do exame neuropatológico.

4.5.3. Atribuição do DCC em cada caso

Após a coleta, foi realizado um consenso diagnóstico onde cada caso foi analisado individualmente, quanto a existência do DCC (sim, não ou subliminar) – Instrumento de Registro do Consenso Diagnóstico (APÊNDICE B), com base na presença das características definidoras e dos fatores relacionados presentes no caso. Como dito anteriormente, esse procedimento foi feito por meio de consenso diagnóstico. O painel para o consenso foi composto pelos pesquisadores do estudo e pelos enfermeiros do BEHGEEC. Posteriormente à definição dos casos com DCC presente, partiu-se para a segunda fase do estudo, chamada de fase de validação.

4.6 SEGUNDA FASE – VALIDAÇÃO DE CRITÉRIO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONFUSÃO CRÔNICA

O procedimento de validação clinicopatológica foi feita com base na validade de critério concorrente convergente e preditiva, em relação às evidências clínicas de comprometimento cognitivo *antemortem* e ao diagnóstico neuropatológico. Para a busca de evidências de validade de critério, foram estabelecidos os seguintes preceitos:

- O DCC se correlaciona com as evidências clínicas de comprometimento cognitivo;
- O DCC se correlaciona com o diagnóstico neuropatológico, considerado padrão-ouro.

Assim, para a validade de critério concorrente convergente do DCC, o mesmo foi comparado com o diagnóstico clínico de comprometimento cognitivo (mensurado pelo escore dos instrumentos CDR e IQCODE e com o diagnóstico neuropatológico de condições neurodegenerativas (feito à partir do exame neuropatológico). Para a validade de critério preditivo do DCC, o mesmo foi comparado ao diagnóstico neuropatológico, em relação à sua capacidade de predição do fenômeno (doenças neurodegenerativas) de modo geral e em cada condição neuropatológica.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram armazenadas no software *Microsoft Office Excel 2016*[®]. As análises foram realizadas por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., versão 22.0, Chicago, USA), foram utilizados testes bicaudais e o valor de p delimitado foi de 0,05 para ser considerado significativo ($p < 0,05$).

Os dados foram analisados por meio de análise descritiva, apontando frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis categóricas, bem como cálculo de médias, medianas e desvio-padrão das variáveis quantitativas. A média aparada também foi analisada para verificar se havia efeito dos valores extremos na média. A análise bivariada envolveu associações, entre as variáveis categóricas, por meio do teste exato de *Fischer*. Para as variáveis quantitativas as diferenças entre as médias foram analisadas com teste t-student (comparação de duas médias) ou ANOVA (para comparação de grupos). Para analisar o valor de p obtido pelo teste t-student, foi considerado o teste de *Levene* para analisar a igualdade das variâncias (homogeneidade). Foi utilizado o teste Mann-Whitney para comparação de medianas, quando apropriado.

Para a análise das correlações entre o número de características definidoras e o número de fatores relacionados com a faixa etária e escolaridade, para isto utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson.

Para testar a validade de critério concorrente convergente entre o DCC com CDR-SB e IQCODE foi utilizada a correlação ponto bisserial, apontando os valores de correlação dois a dois; e entre o DCC (sim ou não) com o diagnóstico neuropatológico (normal ou alterado) foi utilizado o teste de associação Exato de Fisher.

As evidências de validade de critério preditivo do DCC em relação ao diagnóstico neuropatológico foram testadas por meio de análise de regressão logística, assumindo o DCC como variável dependente. Primeiramente foram identificados os preditores neuropatológicos do DCC por meio da análise de regressão multinomial. Na sequência, foi testada a capacidade do DCC em

predizer alteração neuropatológica em cada diagnóstico neuropatológico isoladamente (identificados como preditores) por meio da análise da Curva ROC (*Receiver Operator Characteristic*). O valor de área sob a curva considerado adequado foi o de $\geq 0,70$.

4.8 PROCEDIMENTOS ÉTICO LEGAIS

Para a realização deste estudo, foram seguidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo humanos, provenientes da Resolução nº. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o número CAAE 51300515.4.0000.5392 (ANEXO D) e aprovação da diretoria do Grupo de Estudos em Envelhecimento Cerebral da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a coleta de dados. Este tipo de estudo dispensou assinatura de TCLE pelos participantes, por se tratar de pesquisa que utilizou-se de dados coletados à partir das bases de dados do BEHGEEC.

Resultados

5 RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 548 casos que respeitaram os critérios de inclusão. De modo a descrever o perfil dos indivíduos, apresentar-se-á na sequência a caracterização da amostra, antes da apresentação dos resultados deste estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dentre os 548 casos, 53,1% (n= 291) eram do sexo feminino, enquanto 46,9% (n=257) eram do sexo masculino. A idade média da amostra foi de 73,92 anos (DP=11,03), variando de 50 a 98 anos. A média de idade entre as mulheres foi de 76,16 anos (DP=11,20) e entre os homens foi de 71,39 anos (DP=10,28). Aplicando um teste de comparação de médias, observa-se diferença estatística significativa ($t_{(546)} = - 5,17$; $p < 0,0001$), no qual a idade média das mulheres é maior do que a dos homens. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos indivíduos, segundo sexo e faixa etária.

Tabela 2: Distribuição dos indivíduos segundo sexo e faixa etária. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

Faixa etária	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
50 f 60	40	15,6	31	10,6	71	12,9
60 f 70	67	26,1	39	13,4	106	19,3
70 f 80	81	31,5	92	31,6	173	31,6
≥ 80	69	26,8	129	44,4	198	36,1
Total	257	46,9	291	53,1	548	100

Em relação a variável escolaridade, a média foi de 4,44 anos (DP=3,88), variando de 0 (analfabetismo) a 25 anos de estudo (mediana = 4,00; intervalo interquartil = 4). Entre as mulheres a média foi de 3,81 anos (DP=3,51), variando de 0 a 15 anos de estudos (mediana = 4,00; intervalo interquartil = 4) e entre os homens, a média foi de 5,15 anos (DP=4,16) variando de 0 a 25 anos de estudo (mediana = 4,00; intervalo interquartil = 5) . Verifica-se uma diferença estatística

significativa ($t_{(545)} = 4,08$; $p < 0,0001$) na média de estudo entre as mulheres e homens. Tanto a mediana quanto a distribuição da escolaridade são as mesmas entre homens e mulheres ($p < 0,0001$). Identificou-se uma correlação negativa ($r = -0,223$; $p < 0,0001$) entre idade e escolaridade, ou seja, quanto maior a idade menor a escolaridade. A Tabela 3 mostra a distribuição dos indivíduos, segundo sexo e escolaridade.

Tabela 3: Distribuição dos indivíduos, segundo sexo e escolaridade. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

Escolaridade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	31	12,0	68	23,3	99	18,1
1-5	140	54,5	163	56,0	303	55,3
5-9	40	15,5	30	10,3	70	12,8
9-13	36	14,0	26	9,0	62	11,3
≥ 13	10	4,0	4	1,4	14	2,5
<i>Total</i>	257	46,9	291	53,0	548	100

Em relação as causas de óbitos foram observadas 40 causas diferentes de óbitos, registradas por patologistas do SVOC. No entanto, foram especificadas somente as mais frequentes nessa amostra (Figura 19).

Figura 18: Principais causas de óbitos na população estudada. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014

*Outras causas: choque, neoplasias, septicemia, caquexia, desidratação, desnutrição proteico-calórica, anemia aguda, infarto pulmonar.

Os antecedentes pessoais, nas quais foram referidas as doenças diagnosticadas em vida por médicos e relatada na entrevista pelos informantes são descritas na tabela 4.

Tabela 4: Principais comorbidades apresentadas pela população do estudo, no período anterior ao óbito, segundo sexo. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

Antecedente pessoal*	SEXO						p**
	Masculino		Feminino		TOTAL		
	N	%	n	%	N	%	
Hipertensão Arterial	160	43,5	208	56,5	368	31,4	0,023
Diabetes Melittus	58	39,0	91	61,0	149	12,7	0,027
Doença arterial coronariana	54	47,8	59	52,2	113	9,6	0,833
Acidente vascular encefálico	43	50,0	43	50,0	86	7,3	0,558
Insuficiência cardíaca	40	44,0	51	56,0	91	7,7	0,567
Neoplasia	36	75,0	12	25,0	48	4,0	0,000
Arritmia	24	61,5	15	38,5	39	3,3	0,067
Demência	18	25,7	52	74,3	70	6,0	0,000
Bronquite	15	62,5	9	37,5	24	2,1	0,144
Dislipidemia	13	36,0	23	64,0	36	3,1	0,227
Doença pulmonar obstrutiva crônica	8	80,0	2	20,0	10	0,8	0,052
Osteoartrose	7	26,0	20	74,0	27	2,3	0,029
Depressão	7	30,4	16	69,6	23	2,0	0,135
Insuficiência renal crônica	6	60,0	4	40,0	10	0,8	0,527
Asma	5	38,5	8	61,5	13	1,1	0,586
Osteoporose	5	19,2	21	80,2	26	2,2	0,004
Doença de Parkinson	5	35,7	9	64,3	14	1,2	0,431
Doença vascular periférica	3	17,7	14	82,3	17	1,4	0,014
Distúrbios da tireoide	3	33,3	6	66,7	9	80,0	0,512

*Doenças diagnosticadas em vida, por um médico.

** Teste exato de Fisher

A média de comorbidades por indivíduo foi de 2,04 doenças (DP=1,46), variando de 0 a 8. As mulheres apresentaram a média de 2,12 (DP = 1.50) de doenças simultâneas e os homens 1,95 (DP = 1,41) doenças simultâneas. Porém não houve diferença estatística entre os sexos ($t_{(546)} = -1,40$; $p = 0,16$).

5.2 Análise descritiva do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica

Dentre os 548 casos incluídos, 144 indivíduos (26,3% da amostra) possuíam o diagnóstico de enfermagem Confusão Crônica. As mulheres apresentaram mais o DCC 61,8% (n=89) do que em relação aos homens 38,2% (n=55).

Observou-se maior frequência de DCC entre as mulheres ($p = 0,015$), entre os mais idosos ($p < 0,0001$) e entre os indivíduos com menor escolaridade ($p =$

0,035). A Tabela 5 apresenta a distribuição do diagnóstico de enfermagem 'Confusão Crônica', segundo sexo, faixa etária e anos de estudo.

Tabela 5: Distribuição do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica, segundo sexo, faixa etária e escolaridade. BEHGEEC, 2004-2014.

Variáveis		Diagnóstico de Enfermagem 'Confusão Crônica'						p*
		Não		Sim		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	M	202	50,0	55	38,2	257	46,9	0,015
	F	202	50,0	89	61,8	291	53,1	
	Total	404	73,7	144	26,3	548	100	
Faixa Etária	50 † 60	65	16,1	6	4,2	71	13,0	0,000
	60 † 70	89	22,0	17	11,8	106	19,3	
	70 † 80	125	31,0	48	33,3	173	31,6	
	≥ 80	125	31,0	73	50,7	198	36,1	
	Total	404	73,7	144	26,3	548	100	
Escolaridade	Analfabeto	62	15,3	37	25,7	99	18,1	0,035
	1 † 5	228	56,5	75	52,1	303	55,3	
	5 † 9	51	12,6	19	13,2	70	12,8	
	9 † 13	52	12,9	10	7,0	62	11,3	
	≥ 13	11	2,7	3	2,0	14	2,5	
	Total	404	73,7	144	26,3	548	100	

*Teste exato de Fisher

A seguir, são apresentadas as análises descritivas para as Características Definidoras e para os Fatores Relacionados, segundo sexo, faixa etária e escolaridade.

5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATORES RELACIONADOS

As principais características definidoras apresentadas pelos indivíduos com DCC presente foram: distúrbio orgânico (16,5%), alteração na memória de curto prazo (11,3%), interpretação alterada (10,8%) e funcionamento social prejudicado (10,2%), conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição das Características Definidoras, segundo sexo. BEHGEEC, 2004-2014.

Características Definidoras	SEXO						p*
	Masculino		Feminino		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Distúrbio Orgânico	54	39,4	83	60,6	137	16,5	0,252
Nível de Consciência Normal	43	51,2	41	48,8	84	10,1	0,000
Alteração na Memória de Curto Prazo	30	32,0	64	68,0	94	11,3	0,047
Interpretação Alterada	28	31,1	62	68,9	90	10,8	0,033
Funcionamento Social Prejudicado	27	31,8	58	68,2	85	10,2	0,081
Resposta Alterada à Estímulos	27	35,5	49	64,5	76	9,1	0,498
Prejuízo Cognitivo Crônico	24	30,0	56	70,0	80	9,6	0,026
Alteração na Memória de Longo Prazo	21	26,3	59	73,7	80	9,6	0,001
Alteração Progressiva da Função Cognitiva	13	23,6	42	76,4	55	6,6	0,005
Personalidade Alterada	12	23,5	39	76,5	51	6,1	0,008

**Teste exato de Fisher*

Observa-se que as mulheres apresentaram mais, Personalidade Alterada (76,5%), Alteração Progressiva da Função Cognitiva (76,4%), Alteração na Memória de Longo Prazo (73,7%), Prejuízo Cognitivo Crônico (70,0%), Interpretação Alterada (68,9%), Alteração na Memória de Curto Prazo (68,0%), do que os homens, sendo esta diferença significativa estatisticamente ($p < 0,05$).

Tabela 7: Medidas de tendência central do número de características definidoras, segundo sexo e faixa etária. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014

SEXO	Faixa Etária	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Feminino	50 † 60	31	1,42	0,848	1	1,00	5
	60 † 70	39	1,92	1,753	1	1,00	8
	70 † 80	92	2,49	2,483	1	1,00	9
	≥ 80	129	3,9	3,087	1	2,00	10
Masculino	50 † 60	40	1,50	1,038	1	1,00	7
	60 † 70	67	1,64	1,525	1	1,00	9
	70 † 80	81	2,26	2,201	1	1,00	9
	≥ 80	69	2,54	2,576	1	1,00	9
Total	50 † 60	71	1,46	0,954	1	1,00	7
	60 † 70	183	1,84	1,645	1	1,00	9
	70 † 80	269	3,18	2,895	1	2,00	10
	≥ 80	25	3,28	3,234	1	1,00	9

Na Tabela 7 é possível observar que a média de número de características definidoras aumentou, no indivíduo, de acordo com o avanço da idade ($p = 0,001$).

Tabela 8: Medidas de tendência central do número de características definidoras, segundo sexo e escolaridade. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014

SEXO	Escolaridade	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Feminino	Analfabeto	68	3,87	3,100	1	2,50	9
	1 F 5	163	2,73	2,646	1	1,00	10
	5 F 9	30	2,43	2,208	1	2,00	9
	9 F 13	26	2,27	2,255	1	1,00	8
	≥ 13	4	2,75	3,500	1	1,00	8
Masculino	Analfabeto	30	2,50	2,446	1	1,00	9
	1 F 5	140	2,03	2,032	1	1,00	9
	5 F 9	40	2,08	2,055	1	1,00	9
	9 F 13	36	1,67	1,568	1	1,00	8
	≥ 13	10	2,50	2,677	1	1,00	8
Total	Analfabeto	98	3,45	2,971	1	2,00	9
	1 F 5	303	2,41	2,404	1	1,00	10
	5 F 9	70	2,23	2,114	1	1,00	9
	9 F 13	62	1,92	1,893	1	1,00	8
	≥ 13	14	2,57	2,793	1	1,00	8

Na Tabela 8 observa-se o aumento no número de características definidoras quando a escolaridade é menor ($p = 0,000$). A seguir, serão descritos e analisados os fatores relacionados do DCC, lembrando que neste estudo não foi possível quantificar casos de “psicose de Korsakoff”, pois nenhum caso apresentou diagnóstico em vida desta condição.

Tabela 9: Distribuição fatores relacionados, segundo sexo. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

Fatores Relacionados	SEXO						p*
	Masculino		Feminino		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Acidente Vascular Encefálico	38	48,1	41	51,9	79	27,1	0,010
Doença de Alzheimer	16	24,6	49	75,4	65	22,3	0,003
Lesão Cerebral	3	33,3	6	66,6	9	5,7	0,528
Demência por multi infartos	2	66,7	1	33,3	3	1,0	0,558
Psicose de Korsakoff	-	-	-	-	-	-	-

**Teste exato de Fisher*

O Acidente Vascular Encefálico e a Doença de Alzheimer foram os fatores relacionados mais frequentes na amostra total e entre as mulheres.

Tabela 10: Medidas de tendência central do número de fatores relacionados, segundo sexo e faixa etária. BEHGEEC, 2004-2014.

SEXO	Faixa Etária	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Feminino	50 ┤ 60	31	0,16	0,523	0	0,00	2
	60 ┤ 70	39	0,33	0,737	0	0,00	2
	70 ┤ 80	92	0,52	0,895	0	0,00	3
	≥ 80	129	0,88	1,065	0	0,00	3
Masculino	50 ┤ 60	40	0,15	0,533	0	0,00	2
	60 ┤ 70	67	0,30	0,718	0	0,00	2
	70 ┤ 80	81	0,59	0,919	0	0,00	2
	≥ 80	69	0,54	0,933	0	0,00	3
Total	50 ┤ 60	71	0,15	0,525	0	0,00	2
	60 ┤ 70	106	0,31	0,722	0	0,00	2
	70 ┤ 80	173	0,55	0,905	0	0,00	3
	≥ 80	198	0,76	1,032	0	0,00	3

Na Tabela 10 é possível notar, no sexo feminino, o aumento no número médio de fatores relacionados com o avançar da idade. Porém, no sexo masculino, o aumento da média do número de fatores relacionados ocorre até os 79 anos ($p = 0,000$).

Tabela 11: Medidas de tendência central do número de fatores relacionados, segundo sexo e escolaridade. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

SEXO	Escolaridade	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Feminino	Analfabeto	68	0,88	1,100	0	0,00	3
	1 ┤ 5	163	0,54	0,904	0	0,00	3
	5 ┤ 9	30	0,67	0,959	0	0,00	2
	9 ┤ 13	26	0,38	0,804	0	0,00	2
	≥ 13	4	0,50	1,000	0	0,00	2
Masculino	Analfabeto	30	0,61	0,989	0	0,00	3
	1 ┤ 5	140	0,44	0,841	0	0,00	3
	5 ┤ 9	40	0,45	0,846	0	0,00	2
	9 ┤ 13	36	0,25	0,649	0	0,00	2
	≥ 13	10	0,40	0,843	0	0,00	2
Total	Analfabeto	98	0,81	1,071	0	0,00	3
	1 ┤ 5	303	0,49	0,876	0	0,00	3
	5 ┤ 9	70	0,54	0,896	0	0,00	2
	9 ┤ 13	62	0,31	0,715	0	0,00	2
	≥ 13	14	0,43	0,852	0	0,00	2

Observa-se o aumento no número de fatores relacionados quando há baixa escolaridade nos indivíduos ($p=0,015$).

5.3 ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS NEUROPATOLÓGICOS DE ACORDO COM O DCC

Quanto ao resultado do exame anatomopatológico, a Tabela 12 demonstra a distribuição segundo o Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica. Vale ressaltar, que os casos de “doença com grãos argirofílicos”, “doença de Pick”, “demência com emaranhados neurofibrilares” e “degeneração corticobasal”, foram categorizadas como degeneração lobar frontotemporal, por serem pertencentes a esta classificação.

Tabela 12: Distribuição do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica, segundo exame neuropatológico. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

Anatomopatológico	Diagnóstico de Enfermagem 'Confusão Crônica'						p*
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Normal	256	90,1	28	9,8	284	52,0	0,000
Degeneração lobar frontotemporal	50	73,5	18	26,5	68	12,4	1,000
Demência Mista	31	48,4	33	51,6	64	11,7	0,000
Doença de Alzheimer	31	50,0	31	50,0	62	11,3	0,000
Doença de Parkinson	18	72,0	7	28,0	25	4,5	0,818
Demência Vascular	13	33,3	26	66,7	39	7,1	0,000
Taupatia atípica	2	66,7	1	33,3	3	0,5	1,000
Angiopatia amiloide cerebral	2	100	0	0	2	0,4	1,000
Atrofia de múltiplos sistemas	1	100	0	0	1	0,2	1,000
Total	404	73,7	144	26,3	548	100	—

*Teste exato de Fisher

Na amostra total estudada, 52% dos casos eram “normais” ao exame neuropatológico. Os dados da Tabela 12 mostram que os principais diagnósticos neuropatológicos foram: degeneração frontotemporal (12,4%), seguido por demência mista (11,7%) e doença de Alzheimer (11,3%). A demência vascular este presente 7,1% dos casos. Foi observada diferença estatisticamente significativa entre a frequência do DCC e demência mista, doença de Alzheimer e a demência vascular ($p<0,01$).

5.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONFUSÃO CRÔNICA E SUAS CORRELAÇÕES

Na Tabela 13 são apresentados os valores observados dos coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis: faixa etária e escolaridade, com o número de características definidoras e de fatores relacionados, e os p-valores dos testes de significância dos coeficientes. Observa-se que as características definidoras e os fatores relacionados têm correlação negativa ($r = -0,14$; $p = 0,001$ e $r = -0,12$; $p = 0,004$, respectivamente) com escolaridade, isto é, o número de características definidoras e de fatores relacionados tendem a diminuir com o aumento da escolaridade. Com a Faixa etária ocorre o oposto o número de características definidoras e fatores relacionados aumentam com o aumento da idade ($r = 0,28$; $p = 0,000$ e $r = 0,22$; $p = 0,000$, respectivamente).

Tabela 13: Coeficientes de correlação de Pearson entre faixa etária, escolaridade, número de características definidoras e número de fatores relacionados. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

	Faixa Etária			Escolaridade		
	n	Correlação de Pearson (r)	p	n	Correlação de Pearson (r)	p
Número de Características Definidoras	548	0,28	0,000	548	-0,14	0,001
Número de Fatores Relacionados	548	0,22	0,000	548	-0,12	0,004

5.5 VALIDADE DE CRITÉRIO DO DCC

A seguir, são apresentados os resultados da validade de critério concorrente convergente e a validade de critério preditiva do DCC.

5.5.1 Validade de Critério Concorrente Convergente

Foi observado que o DCC apresentou correlação positiva com o CDR ($r = 0,68$; $p < 0,000$) e com o IQCODE ($r = 0,47$; $p < 0,000$), evidenciando que o DCC apresenta boa evidência de validade na perspectiva do critério concorrente convergente, ou seja, o DCC mensura o fenômeno da mesma forma que os instrumentos usados no diagnóstico clínico (Tabela 14).

Tabela 14: Correlação entre CDR (SB), IQCODE e Diagnóstico de enfermagem confusão crônica. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

	CDR (SB)			IQCODE		
	n	r	p	n	r	p
Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica	548	0,68	0,000	548	0,47	0,000

r = correlação ponto-bisserial

Do mesmo modo, observou-se associação do DCC com o diagnóstico neuropatológico ($p = 0,000$), evidenciando que o DCC apresenta boas evidências de validade de critério concorrente convergente quando comparado ao diagnóstico padrão-ouro (exame neuropatológico).

Tabela 15: Associação entre o Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica e o diagnóstico neuropatológico. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

Variável	Anatomopatológico alterado		Total	p-valor*
	Não	Sim		
Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica				
Não [n (%)]	256 (46,7)	148 (27,0)	404 (73,7)	0,000
Sim [n (%)]	28 (5,1)	116 (21,2)	144 (26,3)	
Total [n (%)]	284 (51,8)	264 (48,2)	548 (100,0)	

*Teste Exato de Fisher

5.5.2 Validade de Critério Preditiva do DCC

5.5.2.1 Preditores neuropatológicos de DCC

A seguir, serão apresentadas as análises de regressão do diagnóstico neuropatológico como preditor de DCC.

Tabela 16: Modelo de regressão logística multinominal do exame neuropatológico como preditor de DCC. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

Diagnóstico neuropatológico	Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica			
	B (SE)	<i>p</i> -valor	OR	IC (95%)
Doença de Alzheimer	2,197 (0,32)	0,000	9,000	(4,800 - 16,873)
Demência Vascular	2,890 (0,39)	0,000	18,000	(8,348 - 38,813)
Demência Mista	2,260 (0,31)	0,000	9,581	(5,141 - 17,854)
Doença de Parkinson	1,253 (0,48)	0,010	3,500	(1,349 - 9,083)
Degeneração lobar frontotemporal	1,176 (0,33)	0,004	9,581	(1,672 - 6,277)

Observou-se que o indivíduo possuir demência vascular aumenta em 18% a chance de DCC. A demência mista é responsável por aumentar 9,6% a chance e a doença de Alzheimer em 9% a chance de DCC. Ao verificar casos de doença de Parkinson e Degeneração lobar frontotemporal, observou-se que estas aumentam a chance de DCC em 3,5% e 9,6%, respectivamente (Tabela 16).

5.5.2.2 DCC como preditor de alterações neuropatológicas

Observou-se que o DCC é um preditor independente de alterações neuropatológicas (Tabela 17). Quem tem DCC tem 7,16 vezes mais chances de ter alteração no exame neuropatológico compatível com demência.

Tabela 17: Modelo de regressão logística binária do DCC como preditor de exame neuropatológico alterado. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014

	B	Erro Padrão	Wald	Graus de Liberdade	p-valor	Razão de Chances	Intervalo de Confiança 95%
DCC	1,969	0,235	70,518	1	0,000	7,166	4,525 - 11,347
Constante	-0,548	0,103	28,16	1	0,000	0,578	

A capacidade preditiva do DCC para prever os diagnósticos neuropatológicos identificados como preditores de DCC é apresentada na Tabela 18 e na Figura 21.

Tabela 18: Áreas sob a curva ROC para estimar a capacidade preditiva do diagnóstico de enfermagem confusão crônica para o exame neuropatológico alterado. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014.

Preditor	Diagnóstico Neuropatológico	Área	IC* 95%
Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica	Doença de Alzheimer	0,634	(0,556 - 0,712)
	Demência Vascular	0,717	(0,629 - 0,806)
	Demência Mista	0,643	(0,567 - 0,720)
	Doença de Parkinson	0,509	(0,392 - 0,626)
	Degeneração Lobar Frontotemporal	0,501	(0,428 - 0,575)

*Intervalo de confiança

Observou-se que o DCC tem boa capacidade preditiva para prever a Demência Vascular, a Demência Mista e a Doença de Alzheimer, mas não tem boa capacidade preditiva para Doença de Parkinson e Degeneração Lobar Frontotemporal. A melhor capacidade preditiva é para os casos de demência vascular.

Figura 19: Representação gráfica da análise de predição do diagnóstico de enfermagem confusão crônica para o exame neuropatológico alterado. BEHGEEC-FMUSP, 2004-2014

Discussão

6 DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo evidenciaram que o DCC possui boas evidências de validade de critério para a detecção de condições neurodegenerativas. Evidenciou-se que o DCC apresenta bons níveis de correlação com escores clínicos utilizados no diagnóstico de demência e que se associa com o diagnóstico neuropatológico de doenças neurodegenerativas. Também foi observado que o DCC é um preditor independente da doença neurodegenerativa e que aumenta a chance da mesma, sobretudo de Demência Vascular, Mista e de Doença de Alzheimer.

Por ser um estudo clínico-patológico inédito, não foram encontrados estudos que pudessem ser usados para fins de comparação com os achados do presente estudo. No entanto, alguns pontos merecem ser destacados e discutidos: 1) a correspondência do DCC com as condições neurodegenerativas, notadamente as demências; 2) a necessidade de revisão do DCC aprovado pela NANDA com base nos achados do presente estudo e 3) a influência de aspectos sócio-demográficos na ocorrência do DCC.

Primeiramente, destaca-se a correspondência do DCC com as síndromes demenciais. Os achados do presente estudo demonstraram que as principais causas neuropatológicas de DCC são as demências. Em estudo descrito por MKCH-10 (2006) foi realizado uma comparação entre as definições, Fatores Relacionados / Causa e Características Definidoras / Sintomas de Confusão Crônica e Demência mostrando que a definição das principais características definidoras são manifestações típicas de síndromes demenciais. Alguns estudos prévios, Hudson (2011) e NINR (2006, p. 3), apontaram que o conceito de demência é igual ao de Confusão Crônica. Essa correspondência encontrada no presente estudo e nos outros citados justifica a necessidade de revisão do DCC para cobrir a especificidade das síndromes demenciais.

As evidências de validade de critério preditivo demonstraram que o DCC possui boa capacidade preditiva para demência vascular, demência mista e doença de Alzheimer, que são os tipos de síndromes demenciais mais prevalentes (César, 2014), porém os termos demência vascular e demência mista não constam no

componente Fatores Relacionados do DCC, apenas o termo demência por multi-infarto que é uma das lesões encontradas na demência vascular (Róman, 2003). A demência mista é relativamente comum em pacientes portadoras de doença de Alzheimer, pois muitos também apresentam comprometimentos vasculares encefálicos – demência vascular (Brucki, 2011).

Identificou-se que o DCC não é um bom preditor para doença de Parkinson e Degeneração lobar frontotemporal, podendo estar relacionado com a baixa especificidade do diagnóstico para a detecção desses casos. A Degeneração lobar frontotemporal, por sua diversidade de quadros clínicos degenerativos é um desafio na diferenciação entre outros tipos de patologias como a doença de Alzheimer (Bahia, 2012), assim como a Doença de Parkinson, por muitas vezes ser uma manifestação secundária a outra doença neurodegenerativa.

Mesmo a validação conceitual não ter sido objetivo desse estudo, identificou-se que DCC aprovado pela NANDA-I (2015) carece de revisão, tanto do conceito quanto das características definidoras e fatores relacionados. Conceitualmente, a necessidade de alteração é em função da atualização de conceitos relacionados às síndromes demenciais. O próprio DSM-V, recentemente atualizou nômimas e critérios diagnósticos relacionados com os ‘transtornos neurocognitivos’, impondo a necessidade de revisão do DCC já que este está relacionado aos transtornos demenciais.

O conceito do DCC definido no presente estudo com base na sua última versão foi *“Prejuízo irreversível e progressivo do funcionamento encefálico, que se manifesta de modo insidioso ou súbito, caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e/ou funcional; levando a dependência e incapacidade para a manutenção do autocuidado, das atividades de vida diária e do funcionamento social, em um período ≥ 6 meses”*. Este conceito proposto foi considerado adequado pelos juízes desde que estabelecido o corte temporal. Estabeleceu-se, então, um corte temporal de seis meses, por ser um tempo comumente usado para se classificar uma condição como crônica. As doenças crônicas, segundo Portaria nº. 483, do Ministério da Saúde (2014), são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta e que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. A principal característica de uma doença

crônica é a sua duração. É definida como longa duração, uma condição que dura mais de três meses a um ano ou que necessite de um período de hospitalização por mais de um mês. Em estudo realizado por Souza (2010) o tempo diagnóstico definido como estado foi de duração maior do que oito meses.

Algumas das características definidoras necessitam de revisão principalmente no que diz respeito a atualização dos termos como no caso da alteração na memória de curto prazo que atualmente é descrita como memória imediata (Ávila e Lacet, 2011). Outras CD geraram baixos índices de clareza como Distúrbio orgânico cerebral, muitas vezes confundido com *delirium* ou se a alteração encefálica era secundária a outro processo orgânico. De acordo com Videbeck (2012), trata-se de uma perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica encefálica, temporária ou permanente. Representada pela exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico. No DSM-V (2014), foi encontrado somente definição de *delirium* quando relacionado o termo distúrbio orgânico cerebral.

A CD “nível de consciência normal” foi muito discutida entre os juízes e os pesquisadores deste estudo, pois trata-se de uma condição “normal” disposta entre outras condições que citam alterações, podendo ser erroneamente interpretada no dia-a-dia de um enfermeiro. Psicometricamente um instrumento que avalia somente alterações não pode dispor de um item que avalie o oposto, pois o mesmo pode ser apontado por erro de preenchimento (Raymundo, 2009).

Em relação aos Fatores Relacionados, observou-se que alguns diagnósticos de síndromes demenciais encontrados no exame neuropatológico não constam na versão da NANDA-I (2015); como a degeneração lobar frontotemporal, a demência mista e a doença de Parkinson. Tais condições são responsáveis pela terceira, quarta e sexta causa de síndromes demenciais, respectivamente, em estudos epidemiológicos (Brucki, 2011). Além disso, o termo demência por multi-infartos necessita ser atualizado para demência vascular, que por sua vez abrange diversas alterações cerebrovasculares e não somente uma manifestação. Sugere-se que o termo Psicose de Korsakoff seja modificado para Demência de Korsakoff.

Além das questões relacionadas aos achados de validação, os resultados do presente estudo também trazem contribuições do ponto de vista epidemiológico que podem contribuir para o processo de raciocínio clínico do enfermeiro. A prevalência

de DCC na amostra estudada foi de 26,3%, maior entre as mulheres. Isso é esperado devido a maior sobrevivência das mulheres. Consequentemente, diversos estudos (Herrera et al., 2002; Cerqueira et al., 2005; Lopes, 2006; Scazufca et al., 2008; Nitrini et al., 2009) identificaram que as mulheres têm uma prevalência de demência mais elevada que os homens. No entanto, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de demência e o sexo anteriormente, como encontrado neste estudo.

Nicodemo e Godoi (2010) apontaram um aspecto que vem ocorrendo e sendo amplamente discutido, o processo de “feminização da velhice”, no qual as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo. Para Cesar (2014) este fato é atribuído ao perfil das mulheres, as quais possuem menor prevalência de tabagismo e alcoolismo, maior preocupação com a saúde e aceitam mais facilmente a ida aos serviços de saúde. Segundo o IBGE (2010), as idosas representam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos, e a expectativa de vida feminina encontra-se em torno de 77 anos, maior que a expectativa dos homens que é de 69,4 anos. Neste estudo, a média de idade das mulheres falecidas foi de aproximadamente cinco anos, evidenciando a maior longevidade entre as mulheres.

Em relação a faixa etária e o DCC, notou-se um crescimento exponencial de DCC em idades mais avançadas. Não foi encontrado na literatura estudos que descrevessem a Confusão Crônica em idosos, porém por se tratar de sinais e sintomas de síndromes demenciais, identificou-se em estudos nacionais e internacionais o aumento da prevalência de demência conforme o aumento da idade (Herrera et al., 2002; Bottino et al., 2008; Scazufca et al., 2008; Lopes et al., 2012; Magalhães et al., 2008). Este estudo, evidenciou o aumento do número de características definidoras e dos fatores relacionados com o aumento da idade. Portanto, o avanço da idade pode ser um fator de risco para o DCC.

Assim como a idade, o baixo nível de escolaridade aparece, em muitos estudos, associado a um risco aumentado de demência (Nitrini et al., 2009; Lopes et al., 2012). Neste estudo, observou-se que quanto menor a escolaridade mais prevalente era o DCC. Em estudo realizado por Farfel (2008) demonstrou-se que níveis elevados de escolaridade são associados com menor risco de demência. A reserva cognitiva, associada a escolaridade, seria constituída através do mecanismo de plasticidade cerebral, permitindo o recrutamento de áreas cerebrais

anteriormente pouco utilizadas para desempenhar novas funções, este processo é um meio de proteção em relação às síndromes demenciais, corroborando com este estudo, que quanto menor a escolaridade, maior a prevalência das CD e dos FR do DCC.

Para Nishizawa (2016) a baixa escolaridade encontrada no acervo do BEHGEEC-FMUSP deve-se às características de uma amostra proveniente de um serviço de autópsia que apresenta um nível socioeconômico mais baixo e consequentemente baixa escolaridade, mas também deve-se considerar as próprias características desse segmento etário (indivíduo com mais de 60 anos), que atualmente é representado por um grupo de indivíduos que tiveram pouco acesso aos estudos, sobretudo as mulheres.

Dentre as características definidoras atribuídas à população deste estudo, “distúrbio orgânico cerebral” apresentou maior prevalência, isto provavelmente deve-se ao fato de ser a característica mais evidente nas síndromes demenciais. De acordo com Lee et al. (2008), são aspectos clínicos observáveis de prejuízos e/ou lesões teciduais. A segunda maior prevalência de característica definidora foi “alteração na memória de curto prazo”, por ser um dos primeiros sintomas observados pelo familiar ou cuidador, sendo assim maior que a “alteração na memória de longo prazo” por ser, erroneamente, confundida com processo natural do envelhecimento.

Entre os fatores relacionados identificados na população deste estudo, o “acidente vascular encefálico” apresentou predominância (55%). De acordo com Pontes et al. (2008), o acidente vascular encefálico é a segunda principal causa de morte, além de ser uma das doenças que causam maiores taxas de internações e incapacidade no indivíduo. Além disso, o acidente vascular encefálico pode desencadear um processo crônico degenerativo como a demência vascular. De acordo com Brucki (2011), a demência vascular é secundária a uma doença vascular cerebral. Foi constatado por Erkinjuntti et al. (2004) que o risco de desenvolver demência após um AVE parece ser dobrado em relação a controles após a idade de 65 anos.

O segundo fator relacionado com maior prevalência neste estudo foi a doença de Alzheimer. Nenhum informante relatou outro tipo de síndrome demencial, isto

deve-se, provavelmente, a dificuldade para se classificar os diversos tipos de demência na prática clínica.

Quanto às causas de óbito da população estudada, edema pulmonar representou 39% das causas, infarto agudo do miocárdio 18% e broncopneumonia 9%. Estudos realizados por Brunnstrom e Englund (2009); e Fu et al. (2003) relatam que as causas infecciosas e “outras causas”, compostas principalmente por doenças pulmonares vem aumentando, principalmente em portadores de síndromes demenciais. Porém encontra-se na literatura evidências que as doenças cardiovasculares são as causas principais de mortalidade (Mansur e Favarato, 2012; IBGE, 2010). Isso pode ocorrer pois os dados são advindos de declarações realizadas em hospitais, os quais, por muitas vezes, são baseados em sintomas ou condições de morte, e não causa de morte propriamente ditas (Silva et al., 2013).

Dentre as comorbidades apresentadas pela população 31,4% possuíam diagnóstico em vida de hipertensão arterial. Estudos realizados por Allen e Fleming (2013) e Olives et al. (2013) na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá mostraram prevalência entre 30 e 35% de hipertensão arterial. Porém, em estudo nacional Mendes et al. (2014) observou alta prevalência de hipertensão arterial 55%, equiparado a estudos realizados por Asekun-Olarinmoye et al. (2013) e Gao et al. (2013) na Nigéria e China, nos quais a prevalência foi de 66,7% e 56,5% respectivamente.

A média de comorbidades entre os indivíduos foi de 2,04 doenças, as mulheres apresentaram maior média de doenças simultâneas, corroborando com este estudo, Rosset et al. (2011) observou maiores comorbidades nas mulheres porém não estatisticamente significativa.

Como dito anteriormente, este foi o primeiro estudo a realizar uma validação clínicopatológica do DCC, o que pode ser considerado como o principal ponto forte, já que a validação foi feita com base em um diagnóstico padrão-ouro, e não padrão de referência. O acesso ao exame anatomopatológico dos encéfalos agregou alto nível de validade às comparações estabelecidas, pois as manifestações e causas encontradas no DCC são em sua maioria, pertencentes às síndromes demenciais que só podem ser diagnosticadas definitivamente através do exame neuropatológico *postmortem*. Por fim, através do acesso aos casos definitivos das síndromes

demenciais foi possível a validade de critério do DCC. Os estudos prévios de validação de DCC realizaram somente a validação de conteúdo.

Uma limitação do presente estudo diz respeito à coleta retrospectiva dos dados. Não foi possível avaliar o paciente, já que o mesmo era recém-falecido à época de sua inclusão no estudo e não houve acesso aos prontuários médicos em vida, porém vale ressaltar que o informante possuía convívio, no mínimo, semanal com o indivíduo incluído no estudo. O DCC foi estabelecido por meio de consenso diagnóstico feito com base em dados coletados por informantes no período post-mortem. Apesar disso, ressalta-se a validade do procedimento de coleta de dados clínicos realizado retrospectivamente por informantes, no BEHGEEC. Já foi anteriormente demonstrado que o método de coleta de dados clínicos usados no BEHGEEC é válido para detectar comprometimento cognitivo e demência (Ferretti e et al., 2010). Uma outra limitação foi a impossibilidade de mensurar a representatividade do fator relacionado “Psicose de Korsakoff” neste estudo, pois nenhum caso foi diagnosticado na amostra. Mesmo considerando as limitações, o presente estudo traz grandes contribuições para a prática assistencial de enfermagem na medida em que contribui para o refinamento do DCC que, por sua vez, favorecerá a prática clínica quando os resultados forem translados para a assistência. Ainda assim, são necessários novos estudos no que diz respeito a validade psicométrica das Características Definidoras, sobretudo que contribuam com o refinamento das mesmas. Conclui-se que o DCC necessita de aprimoramento especificamente em relação à atualização dos termos das características definidoras e dos fatores relacionados e também em relação à inclusão e/ou retirada de características definidoras necessárias para garantir a especificidade do diagnóstico.

Conclusão

7 CONCLUSÃO

- O DCC reúne boas evidências de validade para a detecção de Síndromes Demenciais, porém ainda carece de refinamento (principalmente das características definidoras) de modo a melhorar a capacidade preditiva de algumas das doenças neurodegenerativas identificadas como preditoras de DCC.
- A prevalência de DCC encontrada nesta amostra foi de 26%, maior em mulheres, em indivíduos mais velhos e com baixa escolaridade.
- As características mais prevalentes foram “distúrbio orgânico cerebral”, “alteração na memória de curto prazo”, “interpretação alterada”, “funcionamento social prejudicado” e, entre os fatores relacionados foram “acidente vascular encefálico” e “doença de Alzheimer”.
- Os diagnósticos neuropatológicos preditores de DCC são demência vascular, demência mista e doença de Alzheimer, dois dos três citados não estão inclusos no DCC *NANDA-I* (2015). Outras síndromes demenciais foram citadas porém não obtiveram índices de predição favoráveis como o caso da degeneração lobar frontotemporal e doença de Parkinson, talvez pela baixa especificidade do DCC para detecção destes casos.
- Ter DCC presente aumenta a chance de apresentar alteração neuropatológica compatível com doença neurodegenerativa;
- O DCC carece de aprimoramento nos termos das características definidoras e a inclusão e atualização dos termos dos fatores relacionados.

Referências

8 REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALLEN, M; KELLY, K; FLEMING, I. Hypertension in elderly patients recommended systolic targets are not evidence based. **Can Fam Physician.**, v. 59, n. 19, p. 19-21, 2013.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition**, Text Revision. Washington. D.C. American Psychiatric Association, 2013.

ARNOLD, E. Sorting out the 3 d's: delirium, dementia and depression. **Holist Nursing Practice**. v.19, n. 3, p. 99-104, 2005.

ÁVILA, R; LACET, C. Avaliação neuropsicológica. In: **Demências – Enfoque multidisciplinar: das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. BRUCKI, S.N.D., et al. São Paulo: Editora Atheneu 2011, p. 157-162.

ASEKUN-OLARINMOYE, E.O; AKINWUSE, P.O.; ADEBIMPE, W.O.; et al. Prevalence of hypertension in the rural adult population of Osun State, southwestern Nigeria. **Int J Gen Med.**, v. 6, p. 317-22, 2013.

BAHIA, V.S. Demência frontotemporal. In E.C. MIOTTO; M.C. SOUZA; M. SCAFF. (org). **Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p.47-54.

BERR, C; WANCATA, J; RITCHIE, K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. **Eur Neuropsychopharmacology**, v.15, n 4, p 463-71, 2005.

BERGER, L.M. Relação de ajuda em gerontologia. In: BERGER, L.M., MAILLOUX-POIRIER, M. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Editora Lusodidacta, 1995.

BOTTINO, C.M.C, AZEVEDO, D, TATSCHI, M, HOTOTIAN, S.R, MOSCOSO, M.A, FOLQUITTO, J; et. al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. **Dement Geriatric Cogn Disord.**, v. 26, n. 4, p. 291-9, 2008.

BOTTINO, C.M.C, PERROCO, T.R. Diagnósticos das demências: papel da neuroimagem estrutural e funcional. . In: Brucki, SMD, Magaldi RM, Morillo LS, Carvalho I, Perroco TR, Bottino CMC, Jacob-Filho W, Nitrini, R. **Demências Enfoque Multidisciplinar – das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 65-74.

BRAAK, H; BRAAK, E. Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. **Acta Neuropathol.**, v. 82, n. 4, p. 239-59, 1991.

BRAGA, C.G, CRUZ, D.A.L.M. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.2, p. 240-4, 2003.

BRUCKI, S.M.D. Fisiopatologia da demência vascular. In: Brucki, SMD, Magaldi RM, Morillo LS, Carvalho I, Perroco TR, Bottino CMC, Jacob-Filho W, Nitrini, R. **Demências Enfoque Multidisciplinar – das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 217-21.

BRUCKI, S.M.D, NITRINI, R. Cognitive impairment in individuals with low educational level and homogenous sociocultural background. **Dement Neuropsychol**, v. 8, n. 4, p. 345-350, 2014.

BRUNNSTROM, HR., ENGLUND, E.M. Cause of death in patients with dementia disorders. **Eur J Neurol.**, v. 16, n.4, p. 488-92, 2009.

CAIRNS, N.J; BIGIO, E.H; MACKENZIE, I; et al. Neuropathologic diagnostical nosologic criteria for frontotemporal lobar degeneration: consensus of the consortium for frontotemporal lobar degeneration. **Acta Neuropathol.**, v. 22, p. 114-5, 2007.

CAMARGO, C.H.P., GIL, G., MORENO, M.P. Envelhecimento “normal” e cognição. In: BOTTINO, C.C.M., LAKS, J., BLAY, S.L. **Demência e transtornos cognitivos em idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 13-19.

CAMPOS, V.R.S; TRINDADE, C.B. **Avaliação** funcional em distúrbio cognitivo. In: Brucki, SMD, Magaldi RM, Morillo LS, Carvalho I, Perroco TR, Bottino CMC, Jacob-Filho W, Nitrini, R. **Demências Enfoque Multidisciplinar – das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. 2011, p. 91-97.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Pshysis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 741-63, 2014.

CARPENITO-MOYET, L.J. Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes. Porto Alegre: Artmed; 2007. Cap. 1, p. 17-26: Processo de enfermagem e mapeamento de conceitos.

CERA, M.L; ORTIZ, K.Z, MINETT, T.S.C. Como diagnosticar e tratar Doença de Alzheimer. **Rev. Brasileira de Medicina**, v. 71, n. 11, p. 403-09, 2014.

CERQUEIRA, A.T.R; TORRES, A.R; CREPALDI, A.L; OLIVEIRA, N.I.L; SCAZUFCA, M; MENEZES, P.R; PRINCE, M. **Identification of Dementia Cases in the Community: A Brazilian Experience**. J Am Geriatr Soc., v.53, n. 10, p. 1738-1742, 2005.

CÉSAR, K.G. **Estudo de prevalência de comprometimento cognitivo leve e demência na cidade de Tremembé, estado de São Paulo**. 2014. Tese de doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

CHAVES, E.C.L; CARVALHO, E.C; ROSSI, L.A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 513-520, 2008.

CHAVES, M.L.F, GODINHO, C.C, PORTO, C.S et al. Doença de Alzheimer: avaliação cognitiva, comportamental e funcional. **Dement Neuropsychol**, v.5, n.21, p. 21-33, 2011.

CHUI, H.C; MACK, W; JACKSON, J.E.; et al. Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia: a multicenter study of comparability and interrater reliability. **Arch Neurol.**, v. 57, n. 2, p. 191-6, 2000.

Conselho Regional de Enfermagem – COREN. **Processo de Enfermagem: Guia para a prática**. Disponível em: < <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2017.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Resolução COFEN-358/2009**. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 02 fev., 2016.

CORREA, P.C.R; LOPES, C.S; LOURENÇO, R.A. Prevalence of dementia in elderly clients of a private health care plan: a study of the FIBRA-RJ, Brazil. **Dement Geriatr Cogn Disord.**, v. 35, n. 1-2, p. 77-86, 2013.

CUMMINGS, J.L; MEGA, M; GRAY, K, RosenbergThompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. **Neurology.**, v. 44, n. 12, p. 2308-14, 1994.

DEL-BEN, C.M; RODRIGUES, C.R, ZUARDI, A.W. Reliability of the portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. **Braz J Med Biol Res.**, v. 29, p. 1675-82, 1996.

Eliopoulos C. **Enfermagem Gerontológica**. Tradução: Regina Machado Garcez. Revisão técnica: Vera Catarina C. Portella. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 460-67, 2011.

ENGELHARDT, E; LACKS, J; CAVALCANTI, J.L.S. et. al. Demência Vascular. **Rev. Brasileira Neurol.**, v. 40, n. 2, p. 5-26, 2004.

ENGELHARDT, E; TOCQUER, C; ANDRE, C; MOREIRA, D.M, OKAMOTO, I.H, CAVALCANTI, J.L.S. Demência Vascular critérios diagnósticos e exames complementares. **Dement Neuropsychol.**, v. 5, suppl. 1, p. 49-77. 2011.

ERKINJUNTTI, T; OSTBYE, T; STEENHUIS, R; et al. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. **N. Engl. J. Med.**, v. 4, n. 12, p. 1667-1674, 2004.

Farfel, J.M. **Fatores relacionados à senescência e à senilidade cerebral em indivíduos muito idosos: um estudo de correlação clinicopatológica**. 2008. Tese de doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

FARLOW, M.R. Alzheimer disease. In: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K, organizadores. **Brocklehurst's Textbook of geriatric medicine and gerontology**. 7th Edition. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2010. p. 411-420.

FEHRING, R. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In: Hurley, ME. (ED.) **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the sixth conference**. St. Louis: Mosby, 1986 p. 183-190.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart and Lung**. Saint Louis, v.16, n.6, p. 625-29, 1987.

FEHRING, R J. The Fehring model. In: Carrol-Jonhonson, RM; Paquete, M. (Ed.) **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: J.B. Linppincott, 1994, p. 55-62.

FERRETTI, R.E.L; DAMIN, A; BRUCKI, S.M.D., et al. Post-mortem diagnosis of dementia by informant interview. **Dement Neuropsychol**, v. 4, n. 2, p.138-144, 2010.

FERRETTI, R.E.L. Demências. In: Ferretti REL, Nunes MI., Ferreti REL, Santos M. **Enfermagem em Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. São Paulo: Guanabara Koogan., 2012, p. 128-35.

FERRETTI, R.E.L. **Fatores associados às alterações morfométricas crânio-encefálicas durante o envelhecimento**. 2008. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

FERRETTI, R.E.L, GRINBERG, L.T, LEITE, R.E.P., et. al. Banco de encéfalos humanos: uma ferramenta importante para o estudo do envelhecimento cerebral. **O mundo da saúde**, v. 33, n. 1, p. 89-98, 2009.

FERRETTI, R.E.L. Medidas universais para o manejo das demências: intervenções de enfermagem. In: Brucki, SMD, Magaldi RM, Morillo LS, Carvalho I, Perroco TR, Bottino CMC, Jacob-Filho W, Nitrini, R. **Demências Enfoque Multidisciplinar – das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 373-80.

FERRI, C.P; PRINCE, M; BRAYNE, C, et.al. Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. **The Lancet**, v. 366, n. 9503, p. 2112-7, 2005.

FRANCÉS, I; BARANDIARÁN, M; MARCELLÁN, T, MORENO, L. Estimulación psicocognoscitiva em las demências. **An. Sist Sanit Navar.**, v. 26, n. 3, p. 405-22b, 2003.

FREITAS, E.V; PY, L (org). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011 p. 25-30.

FROSCH, M.P; ANTHONY, D.C, GIROLAMI, U. O Sistema Nervoso Central. In: **Bases Patológicas das doenças**. Rio de Janeiro: 2010.

FROTA, N.A.F, NITRINI, R; DAMASCENO; B.P, FORLENZA, O; DIAS-TOSTA, E; SILVA, A.B, HERRERA, E.J, MAGALDI, R.M. Critérios diagnósticos de doença de Alzheimer. **Dement Neuropsychol.**, v. 5, suppl. 1, p. 5-10, 2011.

FU, C; CHUTE, D.J; FARAG, E.S; GARAKIAN, J; CUMMINGS, J.L, VINTERS, H.V. Comorbidity in dementia. **Arch Pathol Lab Med.**, v. 128, p. 32-8, 2003.

FURR, R.M. **Psychometrics: An Introduction**. 2th Edition, 2010 p. 194-201.

GALLUCCI, N; TAMELINI, M; FORLENZA, O.V. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 32, n. 3, p. 119-130, 2005.

GAO, Y.; CHEN, G; TIAN, H; LIN, L; LU, J; WENG, J; et al. Prevalence of hypertension in China: a cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 8, n.6, p. 1-8, 2013.

GILL, G; BUSSE, A.L. Avaliação neuropsicológica e o diagnostico de demência, comprometimento cognitivo leve e queixa de memória relacionado à idade. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**, v. 54, n. 2, p. 44-50, 2009.

GRINBERG, L.T ; FERRETTI, R.E.L ; FARFEL, J.M. ; et al. Brain bank of the brazilian ageing brain study group - a milestone reached and more than 1,600 collected brains. **Cell Tissue Bank**, v. 8, n. 2, p. 151-162, 2007.

GRINBERG, L.T. Neuropatologia das demências. In: Brucki, SMD, Magaldi RM, Morillo LS, Carvalho I, Perroco TR, Bottino CMC, Jacob-Filho W, Nitrini, R. **Demências Enfoque Multidisciplinar – das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 75-83.

HERDMAN, T.H, **NANDA International: Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2015-2017**. 10th ed.: Ames, IA: Wiley-Blackwell, 2015.

HERNÁNDEZ-NIERO, R.A. **Contributions to Statistical Analysis**. Mérida: Universidad de Los Andes, 2002, p-119.

HERRERA, E; CARAMELLI, P; SILVEIRA, A.S.B; NITRINI, R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis Assoc Disord**, v. 16, n. 2, p. 103-8, 2002.

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

HOSKINS, L.M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson RM et. al. (ed.) **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eight conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1989, p. 126-131.

HUGHES, C.P.; BERG, L; DANZIGER, W.L; COBEN, L.A; MARTIN, RL. A new clinical scale for the staging of dementia. **Br J Psychiatry**, v. 140, p. 566-72, 1982.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/> . Acesso em: 10 abr. 2016

IQBAL, K; GRUNDKE-IQBAL, I. Discoveries of tau, abnormally hyperphosphorylated tau and others of neurofibrillary degeneration: a personal historical perspective. **Journal of Alzheimer's Disease**, v. 9, p. 219-42, 2006.

JACK, C.R; ALBERT, M.S, KNOPMAN, D.S, McKHANN, G.M; SPERLING, R.A, CARILLO, M.C, et. al. Introduction to the recommendations from the National Institute on

Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer Dement**, v. 7, n. 3, p 257-62, 2011.

JECKEL-NETO, E.A, CUNHA, G.L. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri A L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J, organizadores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 13-22.

JESUS, I.S; SENA, E.L.S; MEIRA, E.C, GONÇALVES, L.H.T; ALVAREZ, A.M. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 285-92, 2010.

JORM, A.F; KORTEN, A.E. Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. **Br. J. Psychiatry**, v. 152, p. 209-13, 1988.

KATZ, S; FORD, A.B; MOSKOWITZ, R.W, et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-19, 1963.

KNOPMAN, D.S, BOEVE, B.F, PARISI, J.E., et. al., Antemortem diagnosis of frontotemporal lobar degeneration. **Ann. Neurol.**, v. 57, p. 480-8, 2005.

LAWTON, M.P; BRODY, M.H. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LECKMAN, J.K; SHOLOMSKAS, D; THOMPSON, W.D, BELANGER, A; WEISSMAN, M.M. Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. **Arch Gen Psychiatry**, v. 39, n. 9, p. 879-83. 1982.

LEE, H.B, DeLOATCH, C.J; CHO, S; ROSENBERG, P; MEARS, S.C; SIEBER, F.E. Detection and management of pre-existing cognitive impairment and associated behavioral symptoms in the Intensive Care Unit. **Crit Care Clin.**, v. 24, n. 4, p. 723-36, 2008.

LINDEMAN, C.A. Delphi survey of priorities in clinical nursing research. **Nurs.Res.**, v.24, n.6, p.434-41, 1975.

LOPES, M.A. **Estudo epidemiológico de prevalência de demência em Ribeirão Preto**. 2006. Tese de doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

LOPES, M.A; FERRIOLI, E; NAKANO, E.Y; LITVOC, J; BOTTINO, C.M. High prevalence of dementia in a community-based survey of older people from Brazil: association with intellectual activity rather than education. **J Alzheimers Dis.**, v. 32, n. 2, p. 307-16, 2012.

LOPES, M.V.O; SILVA, V.M; ARAÚJO, T.L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. NANDA International. **International Journal of Nursing Knowledge**, v.23, n.3, 2012.

LOPES, M.V.O; SILVA, V.M, ARAÚJO, T.L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 649-55, 2013.

LUNNEY, M. Use of critical thinking in the diagnostic process. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 21, n. 2, p. 82-88. 2010.

MAGALHÃES, M.O.D.C; PEIXOTO, J.M.D.S; FRANK, M.H; GOMES, I; RODRIGUES, B.M, MENEZES, C, et al. Risk factors for dementia in a rural área of Northeastern Brazil. **Arq. Neuropsiquiatric.**, v. 66, n. 2A, p. 157-62, 2008.

MANSUR, A.P; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arq. Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 2, p. 755-61, 2012.

MARTINS, G.A. Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

MATIOLI, M.N.P.S. Demência vascular: quadro clínico e diagnóstico. . In: Brucki, SMD, Magaldi RM, Morillo LS, Carvalho I, Perroco TR, Bottino CMC, Jacob-Filho W, Nitrini, R. **Demências Enfoque Multidisciplinar – das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 223-29.

McKEITH, I.G; DICKSON, D.W; LOWE, J; EMRE, M, et. al. Consortium on DLB. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB consortium. **Neurology**. v.65, p.1863-72, 2005.

McKHANN, G.M; ALBERT, M.S; GROSSMAN, M; et. al. Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. **Arch. Neurol.**, v. 58, n. 11, p. 1803-9, 2001.

McKHANN, G.M, DRACHMAN, D, FOLSTEIN, M., et. al. Clinical Diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of the department of health and human services task force on Alzheimer's disease. **Neurology**, v. 34, n. 7, p. 939-44, 1984.

McKHANN, G.M; KNOPMAN, D.S; CHERTKOW, H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workgroup. **Alzheimer's & Dementia**. 2011.

McLANE, A.M. Mensurement and validation of diagnosis concepts: A decade of progress. **Heart Lung**., v. 16, n.6, p. 616-624, 1987.

MEGURO, K; MEGURO, M; CARAMELLI, P; ISHIZAKI, J; AMBO, H; CHUBACI, R.Y; HAMADA, G.S; NITRINI, R; YAMADORI, A. Elderly Japanese emigrants to Brazil before World War II: II. Prevalence of senile dementia. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 16, n; 8, p. 775-9, 2001.

MENDES, G.S, MORAES, C.F, GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 a 2010. **Rev. Bras. de Med. de Família e comunidade.**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.

Ministério da Saúde. **Portaria nº. 483, de 1 de abril de 2014.** [acesso em: 22/01/2017] Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

MION, L.C. et al. **Protocolo de enfermagem geriátrica.** São Paulo (SP): Andrei, 2006, p. 326.

MIRRA, S.S; HEYMAN, A; McKEEL D; SUMI, S.M, et. al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part II. Standardization of the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease. **Neurology**, v. 41, n. 4, p. 479-86, 1991.

MKCH-10 (MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB). 2006. **National Health Information Centre of the Slovak Republic.** Disponível: [www: http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf](http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf). Acesso em: 21/01/2017.

MONTAÑO, M.B.M.M; RAMOS LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 912-7, 2005.

MORILO, L.S; MAGALDI, R.M. Demências potencialmente reversíveis. In: Brucki, SMD, Magaldi RM, Morillo LS, Carvalho I, Perroco TR, Bottino CMC, Jacob-Filho W, Nitrini, R. **Demências Enfoque Multidisciplinar – das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento.** 2011, p. 287-96.

MORRIS, J.C. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. **Neurology.**, v. 43, p. 2412-14, 1993.

NAGAHAMA, Y; OKINA, T; SUZUKI, N; et al. Classification of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies. **Am J Geriatr. Psychiatric.**, v. 15, p. 961-7, 2007.

NEARY, D; SNOWDEN, J.S; GUSTAFSON, L., et. al. Frontotemporal lobar degeneration. A consensus on clinical diagnostic criteria. **Neurology**, v. 51, p. 1546-54, 1998

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Rev. Ciênc. Ext.** v.6, n.1, p.40, 2010.

NISHIZAWA, A. **Associação entre adiposidade e aterosclerose sistêmica**. 2016. Tese de doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

NITRINI, R; CARAMELLI, P; BOTTINO, C.M; et. al. Academia Brasileira de Neurologia. Diagnosis os Alzheimer's disease in Brazil: cognitive and functional evalution. Recommendations os the Scientific Department os Cognitive Neurology and Anging of the Brazilian Academy of Neurology. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 63, n. 3-A, p. 720-7, 2005.

NITRINI, R; CARAMELLI, P. Demências. In: Nitrini R, Bacheschi LA (Org.) **A Neurologia que todo médico deve saber**. São Paulo, SP: Atheneu, 2008, p. 323-340.

NITRINI, R; BOTTINO, C.M.C, ALBALA, C; CAPUÑAY, N.S.C; KETZOAIN, C; JUAN, J. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. **Int Psychogeriatr.**, V. 21, N. 4, P. 622-630, 2009.

NITRINI, R. Evolução histórica do conceito de demência e das principais doenças relacionadas. In: Brucki, SMD, Magaldi RM, Morillo LS, Carvalho I, Perroco TR, Bottino CMC, Jacob-Filho W, Nitrini, R. **Demências Enfoque Multidisciplinar – das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. 2011. p.21-25.

NITRINI, R; TAKADA, L.T. Fisiopatologia da doença de Alzheimer. . In: Brucki, SMD, Magaldi RM, Morillo LS, Carvalho I, Perroco TR, Bottino CMC, Jacob-Filho W, Nitrini, R. **Demências Enfoque Multidisciplinar – das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 145-152.

NÓBREGA, M.M.L; GUTIÉRREZ, M.G.R. Sistemas de classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas; In: Garcia TR, Nóbrega MML (org.). **Sistemas de classificação em enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: Idéia, 200, p. 1-15.

North American Nursing Diagnosis – NANDA. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Tradução de Regina Machado Garcez, Porto Alegre: Artmed, 2015.

NOWELS, D.E. et al. Estimation of confusion prevalence in hospice patients. **Journal of Palliative Medicine**. v.5, n.5, p. 687-95, 2002.

OLIVES, C; MYERSON, R; MOKDAD, A.H; MURRAY, C.J.L; LIM, S.S. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in United States countries, 2001-2009. **PloS ONE**., V. 8, N. 4, P. 1-8, 2013.

PARIS, J; PHILLIPS, J. (Eds.). **Making the DSM-V concepts and controversies**. New York: Springer, 2013.

PILEGGI, S.O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita**. 2007. Tese de Dissertação – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PONTES, O.M.N; SSILVA, G.S; FEITOSA, M.R, FIGUEIREDO, N.L; FIOROT, J.A; ROCHA, T.N; et al. **Stroke awareness in Brazil**. **Stroke**, v. 39, p. 292-6, 2008.

QUERFURTH, H.W; LaFERLA, F.M. Alzheimer's disease. **N Engl J. Med.**, v. 362, n. 4, p. 329-44, 2010.

RAYMUNDO, V.P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para ppsolinguística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

RODRIGUEZ, R.D, GRINBERG, LT. Argrophilic grain disease: an underestimated taupathy. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 9, n.1, p. 2-8, 2015.

ROMÁN, G.C; ERKINJUNTI, T; WALLIN, A; PANTONI, L, CHUI, H.C. Subcortical ischaemic vascular dementia. **Lancet Neurol.**, v. 1, p. 426-36, 2002.

ROMÁN, G.C. Stroke, cognitive decline and vascular dementia: the silent epidemic of the 21st century. **Neuroepidemiology**, v. 22, p. 161-4, 2003.

ROMÁN, G.C., TATEMACHI, T.K.; ERKINJUNTI, T., et al. Vascular Dementia: Diagnostic Criteria for Research Studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. **Neurology**, v.43, p.250-60, 1993.

ROSSI, L.A., CASAGRANDE, L.D.R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo, T.T., Gualda D.M.R., Melleiro, M.M., Anabuki, M.H. Sistema de assistência de enfermagem: evolução tendências. São Paulo: Ícone, 2001. P.41-62.

ROSSET, I; RORIZ-CRUZ, M; SANTOS, J.L.F, HAAS, V.J, FABRICIO-WEHBE, S.C.C; RODRIGUES, R.A.P. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 391-400, 2011.

ROUDINESCO, E. **Por qué el psicoanálisis?** Buenos Aires: Paidós, 2013.

SALDLER, J. Considering the economy of DSM alternatives. In: Paris J.; Phillips J. (Eds.). **Making the DSM-V concepts and controversies**. New York: Springer, 2013. p. 21-38.

SAMUR, M.C, CAAMAÑO, B.H, CARVAJAL, H.H, et. al. Avances recientes en el diagnóstico y tratamiento de La demencia vascular. **Medicas VIS.**, v. 25, n. 3, p. 221-7, 2012.

SANCHEZ, M.A.S.; LOURENO, R.A. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1455-65, 2009.

SCAZUFCA, M; MENEZES, P.R; VALLADA, H.P; CREPALDI, A.I; PASTOR-VALERO, M; COUTINHO LMS, et. al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. **Int Psychogeriatr** v. 20, n. 2, p. 394-405, 2008.

SELKOE DJ. Amyloid beta-peptide is produced by cultured cells during normal metabolism: a reprise. **Journal of Alzheimer's Disease.**, v.9, p. 163-8, 2006.

Serviço de Verificação de Óbitos da Capital – USP. **Principais atividades e estatística**. Disponível em: <http://www.svo.usp.br>. Acesso em 01 out 2016.

SILVA, J.A.C; YAMAKI, V.N; OLIVEIRA, J.P.S; TEIXEIRA, R.K.C; SANTOS, F.A.F; HOSOUME, V.S.N. Declaração e óbito, compromisso e preenchimento. Avaliação em Belém-Pará, em 2010. **Rev. Assoc. Med. Brasileira**, v. 59, n.4, p. 335-340, 2013.

SOUZA, P.A. **Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica**. 2010. Dissertação Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

TANNER, C; GILLEY, D; GOETZ, C. A brief screening questionnaire for Parkinsonism. **Ann Neurol.**, v. 28, p. 267-8, 1990.

TAVARES, A. Demência Vascular. In: **Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica**. 2005, p. 385-407.

TOMAGOVÁ, M; BÓRIKOVÁ. Validation of the Nursing Diagnosis Chronic Confusion in Slovak and Czech Nursing Practice. **PROFESE online**, v. 1, p. 25-30, 2012.

THOMAS, L.D; GONZALES, M.F; CHAMBERLAIN, A; BEYREUTHER, K; MASTERS, C.L; FLICKER, L. Comparison of clinical state, retrospective informant interview and the neuropathologic diagnosis of Alzheimer's disease. **Int J Ger Psychiatry.**, v. 9, p. 233-6, 1994.

VIDEBECK, S.L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria.** 2012, p: 87-92.

WALKER, L.O; AVANT, K.C. **Strategies for theory constructing in nursing.** 4th ed. Norwalk CT: Appleton & Lange, 2005.

World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2010

World Health Organization. Monitoring Health for the Sustainable Development Goals. World Health Statistics 2016. Acesso em: julho de 2016. [Disponível em: <http://www.who.int/ageing/en/>]

World Health Organization. World Report on Ageing and Health, 2015. Acesso em: julho de 2016. [Disponível em: <http://www.who.int/ageing/en/>]

World Alzheimer Report – Improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future. Alzheimer's **Disease International: the global voice on dementia.** 2016.

YAMADA, T; KADEKARU, H; MATSUMOTO, S; INADA, H; TANABE, M; MORIGUCHI, E.H; MORIGUCHI, Y; ISHIKAWA, P; ISHIKAWA, A.G; TAIRA K; YAMORI Y. Prevalence of dementia in the older Japanese Brazilian population. **Psychiatr Clin Neurosci**, v. 56, n. 1, p. 71-5, 2002.

Apêndices

APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº SVO _____ Início: _____ Término: _____

Número: _____ Data da coleta: ____/____/____

Dados do indivíduo (iniciais):

Data do óbito: ____/____/____ Idade na data do óbito: _____ Escolaridade: ____ anos

Sexo: () F () M Causa do óbito: _____

Antecedentes Pessoais:

Número de comorbidades em vida: _____

☐ Nega ou desconhece qualquer dos antecedentes patológicos abaixo

☐ HAS ☐ DM ☐ DAC ☐ IC(TF_____) ☐ Arritmia ☐ MP/CDI ☐ DLP ☐ DVP ☐ IRC ☐ Hepatite ☐ Insuficiência Hepática ☐ Gastrite ☐ Hipo/Hipertireoidismo ☐ Bronquite/Asma ☐ DPOC ☐ Osteoartrose ☐ Osteoporose ☐ AIDS ☐ Sífilis ☐ Neoplasia _____ ☐ tratada ☐ em tratamento ☐ RT ☐ QT ☐ tto cirúrgico ☐ AVE (i-h) prévio (há ____ anos - ☐ sem sequelas ☐ com sequelas cognitivas ☐ com sequelas motoras ☐ outro tipo de sequelas_____) ☐ TCE ☐ S. Down ☐ D. Parkinson ☐ Epilepsia ☐ Depressão ☐ Esquizofrenia ☐ TAB ☐ TOC ☐ Outra _____

Demência diagnosticada em vida? ☐ N ☐ S Há _____ Etiologia: _____

História clínica compatível com demência? ☐ Não ☐ Sim

Início dos Sintomas: ☐ Lento ☐ Súbito ☐ memória ☐ comportamento ☐ outro _____

Curso: ☐ lento e progressivo ☐ rápido ☐ evolução em degraus ☐ curso flutuante

Existência de sintomas depressivos maiores, detectados pelo SCID-D:

☐ Sim ☐ Não

O indivíduo possuía algumas das condições listadas?

Alteração na memória de curto prazo: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Sim, quais itens alterados: _____

Alteração na memória de longo prazo: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Sim, quais itens alterados: _____

Alteração progressiva na função cognitiva: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Distúrbio orgânico cerebral: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Funcionamento social prejudicado: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Sim, quais itens alterados: _____

Interpretação alterada: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Nível de consciência normal: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Personalidade Alterada: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Sim, quais itens alterados: _____

Prejuízo cognitivo crônico: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Resposta alterada a estímulos: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Sim, quais itens alterados: _____

Acidente vascular encefálico: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Demência por multi-infarto: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Doença de Alzheimer: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Lesão Cerebral: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

Psicose de Korsakoff: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não consta

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE REGISTRO DO CONSENSO DIAGNÓSTICO

Iniciais: _____ No protocolo: _____ Juiz: _____

Características definidoras	Ausente	Subliminar	Existente
Alteração na memória de curto prazo			
Alteração na memória de longo prazo			
Alteração progressiva na função cognitiva			
Distúrbio orgânico cerebral			
Funcionamento social prejudicado			
Interpretação alterada			
Nível de consciência normal			
Personalidade alterada			
Prejuízo cognitivo crônico			
Resposta alterada a estímulos			
Fatores relacionados	Ausente	Subliminar	Existente
Acidente vascular cerebral			
Demência por multi-infarto			
Doença de Alzheimer			
Lesão cerebral (p. ex. prejuízo vascular encefálico, doença neurológica, trauma, tumor)			
Psicose de Korsakoff			
DCC no caso	Ausente	Subliminar	Existente
Conclusão diagnóstica			

Justifique sua conclusão diagnóstica: _____

Consenso diagnóstico realizado por: _____

Data: ____/____/____

Anexos

ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética - Protocolo de pesquisa nº. 285/04, BEHGEEC.

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 16.06.04, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **285/04**, intitulado: "Correlação Anátomo-Funcional das Alterações Cerebrais no Envelhecimento: Um estudo quantitativo em material de necrópsia" apresentado pelo Departamento de **PATOLOGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador(a) Responsável: Prof. Dr. Wilson Jacob Filho

Pesquisador(a) Executante: Dra. Lea Tenenholz Grinberg

CAPPesq, 16 de Junho de 2004.

PROF. DR. CLAUDIO LEONE
Vice-Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

ANEXO B: APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA – BIO BANCO

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Biobanco para Estudos no Envelhecimento

Pesquisador: Wilson Jacob Filho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22262613.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 458.272

Data da Relatoria: 13/11/2013

Apresentação do Projeto:

A apresentação projeto de desenvolvimento do biobanco esta clara e apresenta todos os necessários descritos na Resolução da CNS número 441/2011 para a constituição do biobanco para Estudos no Envelhecimento.

Objetivo da Pesquisa:

A constituição do Biobanco para Estudos no Envelhecimento terá como objetivo Primário:

Avaliar através de protocolo rigoroso o perfil clínico e anatomopatológico de um grande número de indivíduos submetidos à necropsia, no Serviço de Verificação de Óbitos da Capital (SVOC). Os indivíduos avaliados deverão compor uma amostra heterogênea do envelhecimento (idade acima de 18 anos) englobando indivíduos com e sem doenças crônico-degenerativas;

O objetivo Secundário será o de promover a coleção de grande quantidade de dados e material biológico para uma rede de pesquisas interdisciplinares, que possam abranger aspectos do envelhecimento normal e das doenças crônico-degenerativas relacionadas. Formar massa crítica de pesquisadores, em diversos graus de formação e também de caráter multidisciplinar concentrados no estudo do envelhecimento humano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não haverá riscos para os sujeitos de pesquisa.

Benefícios: não haverá benefícios para o sujeito de pesquisa.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.246-903

Telefone: (11)3061-8004

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 458.272

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A constituição de Biobancos no Brasil deve ser incentivada. Neste caso a constituição deste Biobanco poderá contribuir para o acesso de uma maior amostragem de indivíduos de nossa população permitindo encontrar particularidades que sejam utilizadas para estudar o envelhecimento de uma população que tende a ser nas próximas décadas representativa no Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi reelaborado e as correções sugeridas realizadas.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

SAO PAULO, 14 de Novembro de 2013

Assinador por:
Paulo Euripedes Marchiori
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

CEP: 01.246-903

E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO C: ENTREVISTA CLÍNICA DO BEHGEEC

ENTREVISTA CLÍNICA

NPROT

NSVO

Data da necropsia: ____/____/____

Data óbito: ____/____/____ H óbito: ____:____ H Necro: ____:____ AT morte: ____:____ Início Ent: ____:____

Nome: _____ Idade: ____ DN: ____/____/____

Sexo: ____ Raça: ☐ B ☐ N ☐ P ☐ A Natural: ____ Proced: ____ Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ A ☐ D Filhos: ____Escolaridade: ____ anos (☐ A ☐ <4a ☐ <8a ☐ <12a ☐ >15a) ____ ☐ Destro ☐ CanhotoProfissão: ☐ do lar ☐ doméstica ☐ outros _____Situação: ☐ Ainda trabalhava ☐ Aposentado ____ a ☐ Ap por invalidez ____ a ☐ Outro _____

Informante

☐ Parentesco: _____ Freq com o pcte: ☐ D ☐ S ☐ M _____ Cuidador primário: ☐ sim ☐ não ☐ NA☐ Escolaridade do Informante: _____ Com quem residia: _____

Causa do Óbito: _____

Causas básicas/achados clínicos: _____

Como ocorreu o óbito: ☐ em casa; ☐ no hospital/ transferência/ APH: _____

HPMA: _____

AP: ☐ Nega ou desconhece qualquer antecedente patológico☐ HAS ☐ DM ☐ DAC ☐ ICC (TF _____) ☐ Arritmia ☐ MP ☐ IVP/ OAC ☐ IRC ☐ DLP ☐ Hepatite ☐ Insuficiência Hepática☐ AVCi / h prévio? Há ____ a – ☐ sem seqüela ☐ com seqüela: ☐ Cognitiva ☐ Motora _____☐ AO/OP ☐ Reumatismo ☐ Chron/ colite ☐ Gastrite ☐ Dist Tireóide ☐ Bronquite/ Asma ☐ DPOC☐ AIDS ☐ Sífilis ☐ Down ☐ Parkinson ☐ EM ☐ Epilepsia ☐ TCE ☐ Neurodermite ☐ Alergias _____☐ Depressão ☐ Esquizofrenia ☐ Mania ☐ TOC ☐ Psoríase ☐ Neoplasias _____☐ Internação Psiquiátrica: _____ ☐ Tentativa de suicídio _____☐ TTOs anteriores: Clínicos: _____ Cirúrgicos: _____ ☐ Convênio ☐ SUS☐ Não fazia tratamento/ acompanhamento médico atualmente ☐ Nunca foi ao médico: recusa/ sem acesso☐ Sd demencial diagnosticada em vida: ☐ Não ☐ Sim: Há ____ a Etiologia: _____☐ História compatível com Síndrome demencial: ☐ Não ☐ SimInício dos sintomas: ☐ lento ☐ súbito ☐ memória ☐ comportamento ☐ outro _____Curso: ☐ lento e progressivo ☐ rápido ☐ evolução em degraus ☐ curso flutuante

Função anterior à morte

☐ Acuidades visual e auditiva preservadas ☐ ↓ acuidade visual ☐ Oculos ☐ Hipoacusia ☐ Prótese auditiva☐ Dentição preservada ☐ Uso de prótese dentária ☐ falhas dent/ anadontia ☐ disfagia ☐ SNG/SNE/GTS☐ Sedentário ☐ Atividade física: ☐ caminhada ☐ doméstica ☐ trabalho ☐ outra _____ Freq ____/sem☐ Andava: ☐ sem auxílio ☐ com auxílio: ☐ pessoas ☐ parede/ móveis ☐ Equipamentos auxiliares☐ Acamado _____ ☐ Amputações _____ ☐ Lesões cutâneas (úlceras) _____☐ Independente ☐ Dependente ☐ Tomava decisões sozinho ☐ Não tomava decisões☐ Em que situações convivia com muitas pessoas _____FR: ☐ Obesidade (P ____ A ____ IMC ____) ☐ Reposição hormonal _____☐ Tabagismo: ☐ não ☐ sim ____ anos/maço ☐ parou _____ ☐ Etilismo: ☐ não ☐ social ☐ alcoolismo ☐ parou _____☐ Drogadição: _____ ☐ uso/ abuso ☐ parou _____

Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly

(IQCODE – Versão retrospectiva)

Gostaríamos que você se lembrasse de como era seu amigo ou familiar há 10 anos atrás e compare com o estado em que ele estava há 3 meses antes de sua morte.

Comparada com há 10 anos atrás, como estava a pessoa antes de sua morte:

	Muito melhor (1)	Um pouco melhor (2)	Não muito alterado (3)	Um pouco pior (4)	Muito pior (5)
1. Reconhecer a face das pessoas amigas e da família					
2. Lembrar do nome de parentes e amigos					
3. Lembrar de coisas sobre a família e amigos (aniversários, ocupações, endereços...)					
4. Lembrar de coisas que aconteceram recentemente					
5. Lembrar de conversas que teve nos últimos dias					
6. Esquecia o que queria dizer no meio de uma conversa					
7. Lembrar-se de seu próprio endereço e telefone					
8. Lembrar (saber) que dia e mês era					
9. Lembrar onde as coisas são usualmente guardadas					
10. Lembrar-se de onde encontrar as coisas que foram colocadas em lugares fora do comum					
11. Adaptar-se a qualquer mudança na sua rotina diária					
12. Saber como funcionam os eletrodomésticos					
13. Aprender a usar novos eletrodomésticos/ utensílios domésticos					
14. Aprender coisas novas em geral					
15. Lembrar-se de coisas que aconteceram em sua vida quando era jovem					
16. Lembrar-se de coisas que aprendeu quando era jovem					
17. Entender o significado de palavras não comuns					
18. Entender o significado do que está escrito em jornais e revistas					
19. Acompanhar uma estória em um livro ou pela TV					
20. Escrever uma carta para um amigo ou com fins de trabalho					
21. Saber sobre eventos históricos importantes do passado					
22. Tomar decisões com problemas do dia a dia					
23. Manusear dinheiro para compras					
24. Lidar com problemas financeiros (ex: pensão, conta bancária)					
25. Lidar com outros problemas matemáticos, por exemplo: saber quanto comprar de comida, saber quanto tempo se passou entre as visitas dos familiares/ amigos.					
26. Usar sua inteligência para entender o que está acontecendo e o motivo pelo qual está acontecendo.					

Total: _____

ESCORE CLÍNICO DE DEMÊNCIA – FOLHA DE REGISTRO

Esta é uma entrevista semi-estruturada. Por favor, faça todas estas perguntas. Faça quaisquer questões adicionais que sejam necessárias para determinar o CDR do sujeito. Por favor, tome nota das informações das perguntas adicionais.

QUESTÕES SOBRE MEMÓRIA PARA O INFORMANTE

1. Ele/ela tem algum problema com sua memória ou seu pensamento (raciocínio)? ☐ SIM ☐ NÃO
- 1a - Se sim, é um problema constante? (em oposição a eventual, raro) ☐ SIM ☐ NÃO
2. Ele/ela pode se lembrar de eventos recentes? ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente
3. Ele/ela pode se lembrar de uma lista curta de itens (compras)? ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente
4. Houve algum declínio na memória durante o último ano? ☐ SIM ☐ NÃO
5. Sua memória está comprometida a tal ponto que teria interferido em suas atividades de vida diária de alguns anos atrás?
(ou atividades pré-aposentadoria) (opinião de outros informantes) ☐ SIM ☐ NÃO
6. Ele/ela se esquece completamente de um evento importante
(ex. viagem, festa, casamento em família)
algumas semanas depois do evento? ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente
7. Ele/ela se esquece de detalhes pertinentes de um evento importante? ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente
8. Ele/ela se esquece completamente de informações importantes do passado distante (ex. data de nascimento, data de casamento, local do emprego)? ☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente
9. OBS - Questão removida por não ser aplicável.

QUESTÕES SOBRE ORIENTAÇÃO PARA O INFORMANTE

Com que frequência ele/ela sabe o exato:

1. Dia do Mês?
☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Não sabe
2. Mês?
☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Não sabe
3. Ano?
☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Não sabe
4. Dia da semana?
☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Não sabe
5. Ele/ela tem dificuldades com relações temporais (quando os eventos ocorreram em relação uns com os outros)?
☐ Frequentemente ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Não sabe

QUESTÕES SOBRE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS PARA O INFORMANTE

Ocupacional

1. O sujeito ainda está trabalhando? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A
- Se não aplicável - vá para o item número 4
Se sim - vá para o item número 3
Se não - vá para o item número 2
2. Os problemas de memória ou de pensamento (raciocínio) contribuíram para a decisão do sujeito de se aposentar? (A questão 4 é a próxima) ☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A
3. O sujeito tem dificuldade significativa em seu trabalho por causa de problemas com memória ou pensamento (raciocínio)?
☐ Raramente ou nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Não sabe

Social

4. Ele/ela alguma vez dirigiu carro? ☐ SIM ☐ NÃO
5. Ele/ela dirige carros atualmente? ☐ SIM ☐ NÃO
6. Se não, é devido a problemas de memória ou pensamento (raciocínio)? ☐ SIM ☐ NÃO
7. Se ele/ela ainda está dirigindo, há problemas ou riscos devido ao pensamento (raciocínio) pobre? ☐ SIM ☐ NÃO
8. Ele/ela é capaz de fazer compras para suas próprias necessidades independentemente?
☐ Raramente ou nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Não Sabe
- (precisa ser acompanhado em qualquer compra) (Pode comprar um número limitado de itens, compra itens duplicados ou esquece itens necessários)
9. Ele/ela é capaz de fazer atividades independentemente fora de sua casa?
☐ Raramente ou nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Não sabe
- (Frequentemente incapaz de realizar atividades sem ajuda) (Atividades limitadas ou de rotina, por exemplo, participação superficial na igreja ou reuniões, idas a salão de beleza). (Participação significativa em atividades, por exemplo, votar)
10. Ele/ela é levado a eventos sociais fora da casa de familiares?
Se não, por que não? ☐ SIM ☐ NÃO
11. Um observador casual do comportamento do sujeito pensaria que ele está doente? ☐ SIM ☐ NÃO
12. Se institucionalizado, ele/ela participa bem de atividades sociais? ☐ SIM ☐ NÃO

IMPORTANTE:

As informações coletadas são suficientes para classificar o nível de comprometimento do sujeito em assuntos comunitários?

Se não, por favor, investigue mais.

Atividades na comunidade: tais como ir à igreja, visitar amigos ou família, atividades políticas, organizações profissionais tais como associações, outros grupos profissionais, clubes sociais, organização de serviços, programas educacionais).

* Por favor, adicione notas se necessário para esclarecer o nível de funcionamento do sujeito nesta área.

QUESTÕES SOBRE O LAR E ATIVIDADES DE LAZER PARA O INFORMANTE

1a) Que mudanças ocorreram em suas habilidades de realizar tarefas domésticas? _____

1b) O que ele/ela ainda pode fazer bem? _____

2a) Que mudanças ocorreram em suas habilidades para realizar seus passatempos (hobbies)? _____

2b) O que ele/ela ainda pode fazer bem? _____

3) Se institucionalizado, o que ele/ela não pode mais fazer bem (Casa e Hobbies) _____

Atividades da vida diária (Blessed):

	Nenhuma perda		Perda grave
4. Habilidade para realizar tarefas domésticas	0	0,5	1
Por favor, descreva _____			
_____			
5. Ele/ela é capaz de realizar tarefas domésticas até o nível de: (Escolha uma, o informante não precisa ser perguntado diretamente)			
☐ <u>Sem função significativa</u>			
(Realiza atividades simples, tais como fazer a cama, somente com muita supervisão)			
☐ <u>Funciona somente em atividades limitadas</u>			
(Com alguma supervisão, lava a louça com limpeza aceitável, coloca a mesa)			
☐ <u>Funciona independentemente em algumas atividades</u>			
(Opera equipamentos, tal como aspirador de pó, prepara refeições simples)			
☐ <u>Funciona em atividades usuais mas não no nível usual</u>			
☐ <u>Funciona normalmente em atividades usuais</u>			

IMPORTANTE:

As informações coletadas são suficientes para classificar o nível de comprometimento do sujeito em CASA & HOBBIES?

Se não, por favor investigue mais.

Tarefas Domésticas: Tais como cozinhar, lavar, limpar, fazer compras, levar o lixo para fora, limpar o quintal, manutenção de cuidados básicos e reparos básicos na casa

Hobbies: Costurar, pintar, artesanato, leitura, entretenimento, fotografia, jardinagem, ir ao teatro ou concerto, trabalho em madeira, participação em esportes.

QUESTÕES SOBRE O AUTOCUIDADO PARA O INFORMANTE

"Qual sua estimativa da habilidade mental dele (a) nas seguintes áreas:"

Vestir-se (Blessed)	Sem ajuda (0)	Às vezes não abotoa os botões corretamente,... (1)	Seqüência errada - esquece itens comumente. (2)	Incapaz de se vestir (3)
Lavar-se (Arrumar-se)	Sem ajuda (0)	Necessita de estímulo (1)	Algumas vezes precisa de ajuda (2)	Sempre – ou quase sempre – precisa de ajuda (3)
Hábitos À mesa	De modo limpo; utiliza os talheres adequados. (0)	De modo desorganizado; utiliza apenas colher. (1)	Apenas sólidos simples (2)	Tem que ser alimentado (3)
Controle de esfincter	Controle completo normal (0)	Ocasionalmente molha a cama (1)	Freqüentemente molha a cama (2)	Duplamente incontinente (3)

*Escore 1 pode ser considerado se o auto-cuidado estiver comprometido quando comparado a um estado anterior, mesmo que não receba estímulo.

ESCORE CLÍNICO DE DEMÊNCIA (CDR)

Escore Clínico de Demência (CDR)	0	0,5	1	2	3
----------------------------------	---	-----	---	---	---

	Comprometimento				
	Normal 0	Questionável 0,5	Leve 1	Moderada 2	Grave 3
Memória	Sem perda de memória ou esquecimento leve e inconstante.	Esquecimento leve e constante (em oposição a eventual); recordação parcial de eventos; esquecimento "benigno".	Moderada perda de memória; mais marcada para eventos recentes; déficit interfere nas atividades cotidianas.	Perda de memória grave; somente retém material intensamente aprendido; material novo rapidamente perdido.	Perda de memória grave; restam apenas fragmentos.
Orientação	Plenamente orientado.	Plenamente orientado, exceto por leve dificuldade nas relações temporais.	Dificuldade moderada com relações temporais; orientado para lugar do exame; pode ter desorientação geográfica em outros lugares.	Dificuldade grave com relações temporais; usualmente desorientado para o tempo, frequentemente para o espaço.	Orientado apenas para pessoa.
Julgamento e resolução de problemas	Resolve bem problemas diários e administra bem negócios e finanças; bom julgamento em relação ao desempenho prévio.	Leve dificuldade em resolver problemas, similaridades e diferenças.	Dificuldade moderada para administrar problemas, similaridades e diferenças; julgamento social usualmente mantido.	Grave dificuldade em administrar problemas, similaridades e diferenças; julgamento social usualmente comprometido.	Incapaz de fazer julgamentos ou de resolver problemas.
Assuntos Comunitários	Função independente no nível usual no trabalho, em compras, grupos sociais ou de voluntários.	Leve dificuldade nessas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nessas atividades, embora ainda possa engajar-se em algumas; parece normal à inspeção casual.	Nenhuma referência a funcionamento independente fora de casa. Parece estar bem para ser levado a atividades fora de ambiente familiar.	Nenhuma referência a funcionamento independente fora de casa. Parece estar muito doente para ser levado a atividades fora de ambiente familiar
Tarefas do Lar e Atividades de Lazer	Vida no lar, passatempos e interesses intelectuais bem mantidos.	Vida no lar, passatempos e atividades intelectuais levemente comprometidos.	Dificuldade leve mas evidente nas funções do lar; tarefas mais difíceis abandonadas; passatempos e interesses mais complexos abandonados.	Somente tarefas simples preservadas, interesses muito restritos e mal sustentados.	Sem função significativa em casa.
Autocuidado	Plenamente capaz para o autocuidado.		Necessita estímulo.	Requer ajuda para vestir-se, higiene e cuidado com objetos pessoais.	Requer muita ajuda para o cuidado pessoal, incontinência freqüente.

SB: _____

Inventário Neuropsiquiátrico

(Cummings et al – 1994)

- Responder baseando-se nas mudanças que ocorreram desde que o paciente começou a ter problemas de memória
- Marcar sim apenas quando o sintoma estiver presente no último mês. Do contrário, marcar não.
- Responda honestamente e meticulosamente às questões

										Total: /144 pontos									
Delírios			O paciente acredita que alguém está tentando rouba-lo ou prejudica-lo?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	
Alucinações			O paciente age como se escutasse vozes? Fala com pessoas que não existem?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	
Agitação/ Agressividade			O paciente é teimoso e rejeita ajuda dos outros? Tem períodos que se recusa a cooperar?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	
Depressão/ Disforia			O paciente age como se estivesse triste ou de "baixo astral"? Refere sentir-se triste ou deprimido?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	
Ansiedade			O paciente fica agitado quando se separa de você? Ele apresenta sinais de nervosismo, preocupado, assusta-se por razões não aparentes? Parece muito tenso ou irrequieto?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	
Elação/ Euforia			O paciente parece animado demais ou excessivamente feliz – sem razão? Acha graça onde outros não acham?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	
Apatia/ Indiferença			O paciente parece menos interessado em suas atividades habituais ou nas atividades e planos dos outros?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	
Desinibição			O paciente parece agir impulsivamente? Ex, diz coisas que podem magoar as pessoas sem qualquer constrangimento ou fala abertamente coisas íntimas que em geral não se diz em público? Tira a roupa em frente de outras pessoas/ público – momentos não apropriados?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	
Irritabilidade/ Labilidade			O paciente é impaciente e mau-humorado? Ele tem dificuldades para lidar com atrasos ou para ficar esperando algo que esteja programado? Seu humor é instável?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4		
Distúrbios Motores			O paciente fica fazendo coisas repetitivas, como lidar andando ao redor da casa, mexendo nos botões da roupa, enrolando um cordão ou fazendo outras coisas repetitivamente? Anda sem motivo aparente?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	
Comportamentos Noturnos			O paciente acorda você a noite, acorda muito cedo, cochila muito, durante o dia? Tem dificuldade para dormir? Ele levanta à noite (não contar vezes que levanta p/ urinar e volta a dormir imediatamente)? Anda ao acaso à noite, veste-se ou perturba seu sono?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	
Apetite e alimentação			O paciente perdeu ou ganhou peso? Mudou o gosto pelos alimentos?																
Sim	Não	NA	Frequência	1	2	3	4	Severidade	1	2	3	Estresse	0	1	2	3	4	5	

FREQUENCIA

- 1 – ocasionalmente – menos que 1X/sem
- 2 – Algumas vezes – cerca de 1X/sem
- 3 – Frequentemente – várias vezes, menos que todos os dias
- 4 – Muito frequentemente – 1 ou + vezes/ dia

SEVERIDADE

- 1 – Leve – presente, mas produzindo pouca aflição no paciente
- 2 – Moderada – aflição e perturbadora
- 3 – Marcada – muito perturbadora

ESTRESSE DO CUIDADOR

- 0 = Nenhum
- 1 = Mínimo (levemente estressante, lidar com a situação não chega a ser um problema)
- 2 = Leve (não muito estressante, geralmente fácil de lidar com a situação)
- 3 = Moderado (razoavelmente estressante, nem sempre fácil de lidar com a situação)
- 4 = Importante (muito estressante, difícil de lidar com a situação)
- 5 = Muito importante (extremamente estressante, incapaz de lidar com a situação)

Índice de Katz para Atividades de Vida Diária

(Katz, S; Down, TD; Cash, HR et al – 1970)

Banho	I - Independente – não necessita de auxílio A - Auxílio – recebe assistência para banhar uma parte do corpo (dorso/pernas) D - Dependente - necessita que alguém o banhe
Vestuário	I - Alcança as roupas e se veste sem auxílio A - Necessita de auxílio apenas para amarrar sapatos D - Necessita de auxílio para alcançar as roupas, para se vestir – do contrário não se veste completamente ou permanece totalmente despido
Uso de sanitário	I - Consegue chegar ao banheiro, usa o sanitário, e recoloca o vestuário sem auxílio (pode usar equipamento auxiliar como bengala, cadeira de roda, usar comadre e esvaziar pela manhã) A - Necessita de auxílio para ir até o banheiro, ou para sua higienização/ recomposição do vestuário após uso do sanitário/ ou no uso de comadre D - Não usa o banheiro para eliminações
Transferência	I - Independente (cama/ cadeira) – pode necessitar de bengala, andador. A - Necessita de ajuda para sentar-se/ deitar-se/ levantar-se D - Não sai da cama
Continência	I - Tem controle de esfínter vesical – intestinal A - Apresenta "acidentes ocasionais" – perder urina/ conteúdo fecal ocasionalmente D - Necessita de auxílio para o controle urinário/intestinal; uso de SVD; incontinência
Alimentação	I - Se alimenta sem auxílio A - Se alimenta sozinho, mas necessita de assistência para cortar os alimentos ou passar manteiga no pão. D - Necessita de auxílio para alimentar-se; usa SNG/SNE; Soroterapia/ Nutrição parenteral.

I = 1 ponto e D = 0 ponto

TOTAL: _____/6

Avaliação de Parkinsonismo (Adaptado de Tanner et al, 1990)

	SIM	NÃO
1. Tinha dificuldade para se levantar de uma cadeira?		
2. Notou se a letra (escrita) ficou pequena, se reduziu de tamanho?		
3. Notou ou alguém comentou se a sua voz estava mais baixa ou mais fraca que era antes?		
4. Tinha alterações do equilíbrio ao caminhar?		
5. Os pés ficavam presos ou agarrados no chão ao atravessar portas?		
6. Acha o seu rosto ficou mais "parado", menos expressivo do que era antes?		
7. Tinha tremores nos braços ou nas pernas?		
8. Tinha dificuldades de abotoar as roupas?		
9. Arrastava os pés ou dava passos curtos ao caminhar?		

□ NA □ PARK: _____

ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (IADL)
(Lawton & Brody)

A – Habilidade para usa o telefone

1. Utiliza o telefone por iniciativa própria
2. Disca alguns números conhecidos
3. Atende mas não faz ligações
4. Não usa o telefone de modo algum

1
1
1
0

B – Compras

1. Faz compras independente/e
2. Faz pequenas compras independente/e
3. Precisa ser acompanhado nas compras
4. Incapaz de fazer compras

1
0
0
0

C – Preparo de alimentos

1. Planeja, prepara e serve adequadamente as refeições independentemente
2. Prepara adequadamente as refeições se alguém lhe fornecer os ingredientes
3. Aquece, serve e prepara refeições, mas não garante uma dieta adequada
4. Necessita que alguém prepare e sirva a refeição

1
0
0
0

D – Tarefas domésticas

1. Matem a casa sozinho ou com auxílio ocasional (p.ex: auxílio para tarefas pesadas)
2. Realiza tarefas diárias leves, como lavar louça, fazer a cama
3. Realiza tarefas diárias leves, mas não consegue fazê-las dentro dos padrões de limpeza
4. Necessita de auxílio com todas as tarefas domésticas
5. Não faz/ participa de nenhuma tarefa doméstica

1
1
1
1
0

E – Lavanderia

1. Lava completamente as roupas
2. Lava pequenas peças: meias, etc
3. Toda a roupa deve ser lavada por terceiros

1
1
0

F – Transporte

1. Usa independentemente transportes públicos ou dirige seu próprio carro
2. Chama de táxi, mas não usa transporte público
3. Usa transporte público se acompanhado
4. Locomove-se limitadamente de táxi ou carro com auxílio de outros
5. Não sai de casa/ Não usa nenhum transporte

1
1
1
0
0

G – Medicação

1. É responsável por tomar sua medicação em dose e horários corretos
2. Assume responsabilidade por tomar sua medicação se separada anteriormente por outros
3. Não é capaz de tomar sua medicação

1
0
0

H – Finanças

1. Controla suas finanças independentemente (conta de banco, talão de cheque, preenche cheques, paga contas)
2. Controla contas no dia a dia, mas necessita de auxílio com banco, compras maiores,...
3. Incapaz de controlar finanças

1
1
0

Lawton, MP; Brody, EM - The instrumental activities of Daily Living Scale. Gerontologist, 1969, 9: 179 - 186

Total: _____ / 8 pontos

Perguntas adicionais:

Ele(a) esquece panela no fogo, torneira aberta ou ferro ligado? _____

Ele(a) pode ser deixado(a) em casa sozinho(a) de forma segura? _____

Episódio Maior Depressivo no Passado – SCID

Critérios para classificar como depressão maior: Cinco (ou mais) dos seguintes critérios presentes durante período maior ou igual a duas semanas, sendo que um dos cinco deve ser ou (1) humor deprimido, ou (2) perda do interesse ou prazer.

1) Já houve, pelo menos uma vez na vida dele(a), algum momento em que se sentiu deprimido(a), ou na pior na maior parte do dia, quase todos os dias? (Como é que foi isso?)

SE SIM: Durou mais que duas semanas? SIM () NÃO ()

Critério: 1 2 3

2) Naquele tempo ou em outro momento, ele(a) perdeu o interesse ou o prazer pelas coisas que costumava gostar? (Como é que foi isso?) Isso acontecia quase todos os dias?

SE SIM: Durou mais que duas semanas? SIM () NÃO ()

Critério: 1 2 3 ? Quando foi isso?

3) Naquele período ele(a) perdeu ou ganhou peso? Ele(a) estava tentando perder peso?

SE NÃO: Como estava o apetite dele(a)? (Tinha que forçar para comer? Comia menos/mais que o habitual? Isso acontecia quase todos os dias?)

Critério 1 2 3 ? Assinalar: Perda de peso ou redução do apetite _____ Ganho de peso ou aumento do apetite _____

4) Como estava o sono dele(a)? (Dificuldade para dormir, acordando freqüentemente, dificuldades em ficar acordado, acordando muito cedo, ou, dormindo demais? Quantas horas por noite comparado com o habitual? Isso acontecia quase todas as noites?)

Critério: 1 2 3 ? Assinalar: Insônia _____ Hipersônia _____

5) Ele(a) estava tão inquieto(a) ou agitado(a) que não era capaz de ficar parado(a)? (Isso acontecia todos os dias?)

SE NÃO: E o contrário: falando e se movendo mais devagar do que o normal dele(a)? (Isso acontecia todos os dias?)

Critério: 1 2 3 ? Assinalar: agitação psicomotora _____ retardo psicomotor _____

6) Como estava a energia dele(a)? (Cansado(a) o tempo inteiro? Quase todos os dias?)

Critério: 1 2 3 ?

7) Como ele se sentia em relação a si mesmo? (Inútil, sem valor?) Quase todos os dias?

SE NÃO: Ele se sentia culpado por coisas que fazia ou deixava de fazer? Quase todos os dias?

Critério: 1 2 3 ? Assinalar: Sentimento de inutilidade _____ Culpa inadequada _____

8) Ele(a) tinha dificuldade para se concentrar ou pensar? (Com que tipo de coisas isso interferia?) Quase todos os dias?

SE NÃO: Era difícil para ele(a) tomar decisões sobre coisas do dia a dia? Quase todos os dias?

Critério: 1 2 3 ? Assinalar: Capacidade de pensar diminuída _____ Indecisão _____

9) As coisas estavam tão ruins que ele(a) pensava muito em morte ou que estaria em melhor situação se estivesse morto(a)? E quanto a se ferir?

Critério: 1 2 3 ? Assinalar: Pensamentos de morte recorrentes _____ Ideação suicida _____ Tentativa de suicídio _____

10) Durante aquele tempo ficou difícil para ele(a) trabalhar, cuidar das coisas em casa, ou se relacionar com as pessoas?

SIM () NÃO ()

11) Pouco antes de tudo isso começar ele estava bebendo em excesso ou usando drogas? SIM () NÃO ()

12) Pouco antes disso começar ele estava fisicamente doente? SIM () NÃO ()

13) Isso começou logo depois de alguém próximo a ele(a) morrer? SIM () NÃO ()

Durou mais que 2 meses? SIM () NÃO ()

OBS: Houve algum outro episódio de depressão na vida do paciente? () SIM () NÃO

Quando ocorreu (eram) ? _____

CONSIDERAR:

1 – ausente ou falso 2 – subliminar (duvidoso) 3 – limiar ou verdadeiro ? – informação inadequada

Episódio Maníaco no Passado - SCID

Critérios para classificar como mania no passado: Humor elevado e mais três dos outros sintomas, ou humor irritável e mais quatro dos outros sintomas.

HUMOR ELEVADO: Já houve algum período de tempo em que ele(a) estava se sentindo tão bem, agitado(a) ou excitado(a) que vocês perceberam que ele(a) não estava no seu normal? Ou ficava tão excitado(a) que se envolvia em problemas?

Critério 1 2 3 ?

Durou pelo menos 1 semana? Ou ele(a) teve que procurar um hospital? Sim () Não ()

Quando foi isso? _____

HUMOR IRRITÁVEL: Houve algum período em que ele(a) estava tão irritado(a), que era pego(a) gritando com as pessoas ou começando brigas ou discussões?

Durou mais que 1 semana? Ou ele(a) teve que procurar um hospital? Sim () Não ()

Critério: 1 2 3 ? Quando foi isso? _____

3) Naquele período como ele(a) se sentia em relação a si mesmo? (Mais confiante do que o habitual? Com algum poder ou habilidade especial?)

Critério 1 2 3 ?

4) Naquele tempo ele(a) tinha que dormir menos que o habitual? (Mesmo assim se sentia descansado?)

Critério: 1 2 3 ?

5) Naquele tempo ele(a) estava muito mais falante que o habitual? (Vocês tinham dificuldade para interromper ou entender o que ele(a) estava falando?)

Critério: 1 2 3 ?

6) Naquele tempo os pensamentos passavam rapidamente pela cabeça dele(a)?

Critério: 1 2 3 ?

7) Naquele tempo ele(a) era tão facilmente distraído(a) por coisas a sua volta que tinha dificuldades para se concentrar ou continuar o que estava fazendo?

Critério: 1 2 3 ?

8) Naquele período, como ele(a) passava o tempo? (Ele(a) se envolvia em tantas atividades a ponto de vocês ficarem preocupados?)

SE NÃO: Ele(a) estava fisicamente inquieto(a)? (Qual a intensidade disso?)

Critério: 1 2 3 ? Assinalar: aumento na atividade _____ agitação psicomotora _____

9) Naquele tempo, ele(a) fez alguma coisa que pudesse trazer problemas para ele(a) mesmo(a) ou para vocês (Comprando coisas que não precisava?) (Tendo comportamento sexual inadequado?)

Critério: 1 2 3 ?

10) Durante aquele tempo ficou difícil para ele(a) trabalhar, cuidar das coisas em casa, ou se relacionar com as pessoas?

SIM () NÃO ()

11) Pouco antes de tudo isso começar ele(a) estava bebendo em excesso ou usando drogas?

SIM () NÃO ()

12) Pouco antes disso começar, ele(a) estava fisicamente doente?

SIM () NÃO ()

CONSIDERAR:

1 – ausente ou falso

2 – subliminar (duvidoso)

3 – limiar ou verdadeiro

? – informação inadequada

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

Seu parente alguma vez apresentou:

- Medos, preocupações, idéias ou imagens repetitivos que causavam desconforto a ele(a)? (? 1 2 3)
- Comportamentos repetitivos (manias) que a pessoa tinha que fazer várias vezes e não conseguia evitar, tais como (perguntar TODOS os itens de 1 a 9):

- 1) Verificar fechaduras, fogão, se não se feriu ou feriu outros, ou perguntar se foi responsável por algo terrível que tenha acontecido (Agressão e verificação) (? 1 2 3)
- 2) Lavar excessivamente mãos e objetos, tomar banhos demorados, parecer preocupado com sujeira ou micróbios, com ficar contaminado e adoecer por isso, ter nojo de secreções do próprio corpo (Contaminação, limpeza e lavagem) (? 1 2 3)
- 3) Guardar objetos inúteis, manter o quarto ou casa entulhados (Colecionamento) (? 1 2 3)
- 4) Preocupação excessiva com: desrespeito a Deus; certo e errado; moralidade (Religião) (? 1 2 3)
- 5) Mania de arrumação, simetria, exatidão, perfeccionismo, ter que deixar as coisas organizadas do seu jeito (? 1 2 3)
- 6) Preocupação excessiva com doenças sem ser por contaminação, com partes do corpo, com a aparência física: (? 1 2 3)
- 7) Compulsões de repetição, reler ou reescrever várias vezes, repetir atividades rotineiras como entrar e sair de casa, levantar-se da cadeira, vestir roupas) (? 1 2 3)
- 8) Compulsões de contagem (contar telhas, tijolos, riscas do chão) (? 1 2 3)
- 9) Comportamentos extremamente supersticiosos (medo de passar perto de cemitérios, medo de gato preto, de números ou cores que representem azar). (? 1 2 3)

Qualquer um dos itens de 1 a 9 foi positivo?

? 1 3

? ou 1 = pule para Transtornos de tiques;
3 = Continue abaixo

- Você acha que seu parente gastava muito tempo por dia com esses sintomas? (? 1 2 3) _____
- Quanto tempo? _____ (juntando tudo chegava a 1 hora por dia?) (? 1 2 3) _____
- Os sintomas interferiam na vida dele? (? 1 2 3) _____
- Causavam ansiedade, sofrimento? (? 1 2 3) Com que idade os sintomas começaram? _____

Transtornos de tiques

Tiques, também chamados de sestos ou cacoetes, são movimentos involuntários (que a pessoa faz sem querer), que geralmente começam na infância. Podem ser motores ou vocais. Os principais exemplos são (mostrar exemplos): piscar os olhos, fazer caretas, colocar a língua para fora, sacudir os ombros, sacudir a cabeça, fungar, pigarrear, assoviar, estalar etc.

- 1) A pessoa tinha tiques motores (? 1 2 3) Idade de início: _____ Tipos de tiques: _____
- 2) Tinha tiques vocais (? 1 2 3) Idade de início: _____ tipos de tiques: _____

Se Não para as respostas 1 e 2, passe para o próximo questionário. Se Sim para alguma das respostas:

- Os tiques duraram mais de um ano? (? 1 2 3) _____
- Os tiques duraram entre 3 meses e um ano? (? 1 2 3) _____
- A pessoa tem tiques motores e vocais? (? 1 2 3) _____
- Outras informações relevantes: _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

**CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL
(CCEB)**

A- Em sua casa tem?

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

TOTAL: _____

B- Qual a instrução do chefe de família?

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

TOTAL: _____

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Classe: _____

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Casa Postal 8090 - São Paulo, Brasil.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M ☐ F ☐ DATA NASCIMENTO :/...../.....
ENDEREÇO : Nº : APTO :
BAIRRO : CIDADE :
CEP : TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐ DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **CORRELAÇÃO ANÁTOMO - FUNCIONAL DAS ALTERAÇÕES CEREBRAIS NO ENVELHECIMENTO: Um estudo quantitativo em material de necropsia**
2. PESQUISADOR: Lea Tenenholz Grinberg
CARGO/FUNÇÃO: Médica- pesquisadora INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 105290.
UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Patologia
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
SEM RISCO	☒	RISCO MÍNIMO	☐	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐		
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 3 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

Muito obrigada por sua atenção.

Estamos realizando um estudo para identificar como o envelhecimento ocorre no cérebro. Este estudo é muito importante porque ainda não sabemos direito porque as pessoas têm demência ou ficam mais esquecidas ou tremendo. Este trabalho também irá ajudar a descobrir a causa de morte de seu parente. Tratamentos novos para as doenças só são descobertos fazendo estudos como este.

Este estudo irá funcionar da seguinte maneira:

O(a) Senhor(a) será entrevistado por um enfermeiro (a) à respeito de seu parente que faleceu. As perguntas são simples, porém é importante que o(a) senhor(a) pense por dois minutos antes de responder e que seja o mais exato possível. Caso não saiba a resposta, diga "não sei". Durante a autópsia serão amostrados fragmentos de sistema nervoso central e de órgãos cujo comprometimento podem afetar a função cerebral, incluindo: coração, rim e carótidas. Esses fragmentos serão analisados com bastante cuidado e armazenados para estudos futuros nas áreas de anatomia, bioquímica, genética e imagem.

Os resultados serão comparados com as respostas que o(a) senhor(a) respondeu. Não será feito nada a mais que o procedimento normal da autópsia e o corpo não será mutilado. Com sua colaboração, poderemos saber se existiam alterações no cérebro de seu familiar que pudessem ser responsáveis por provocar doenças. Desta forma, outras pessoas poderão ser beneficiadas por conhecermos melhor doenças com Alzheimer e mal de Parkinson. Algumas das doenças passam de pai para filho e, além disso, podem afetar grande parte da população. Então, os resultados que conseguiremos poderão ajudar muitas pessoas a não ficarem doentes.

Não há nenhum risco neste estudo, porque o(a) senhor(a) não precisará voltar aqui novamente e este estudo não atrasará a realização da autópsia.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

Qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tenha será esclarecida pela própria médica responsável pelo trabalho, e resultados estarão disponíveis somente a(o) senhor(a). A qualquer momento, se for sua vontade, o seu familiar pode ser retirado da pesquisa e todas as informações obtidas serão sigilosas. Uma cópia deste documento se entregue a(o) senhor(a)

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO

A responsável pela pesquisa em caso de dúvidas é,

Dra. Lea Tenemholz Grinberg

CRM-SP: 105290

Telefone: (011) 30667322

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo,

de

de 201

Hora do término: _____

assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO PACIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE N°: SEXO: M () F () DATA DE NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: N°: APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL:

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):

DOCUMENTO DE IDENTIDADE N°: SEXO: M () F () DATA DE NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: N°: APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: CORRELAÇÃO ENTRE GORDURA VISCERAL ABDOMINAL E TORÁCICA COM O GRAU DE ATROSCLEROSE SISTÊMICA.

2. PESQUISADOR: Prof. Dr. Carlos Augusto Pasqualucci

CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor do Departamento de Patologia da Universidade de São Paulo e Diretor do Serviço de Verificação de Óbitos da Capital da Universidade de São Paulo.

INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL N°: 26.475

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Patologia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO (X) RISCO MÍNIMO () RISCO BAIXO () RISCO MÉDIO () RISCO MAIOR ()

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 4 anos

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

Muito obrigado por sua atenção.

Estamos realizando uma pesquisa que visa avaliar a associação entre o acúmulo de gordura em vários lugares do corpo e a obstrução dos vasos. Este estudo permitirá identificar os indivíduos com maior risco de obstrução dos vasos que está associada a infartos e derrames. Novos tratamentos para as doenças só são descobertos fazendo estudos como este.

Este estudo ocorrerá da seguinte maneira:

O (a) Senhor (a) será entrevistado por um enfermeiro (a) a respeito do estado de saúde do seu parente que faleceu. O Sr(a) deverá fornecer o contato de uma pessoa que morava com o falecido e fazia pelo menos 2 refeições diárias com ele nos últimos doze meses. Essa pessoa será contatada por telefone por um pesquisador da equipe, que fará uma entrevista a respeito dos hábitos alimentares do falecido.

Não será feito nada a mais que o procedimento normal da autópsia e o corpo não será mutilado, ou seja, o corpo é liberado para a família devidamente vestido, sem apresentar sinal visível de que a autópsia tenha sido realizada. Durante a autópsia, serão retirados fragmentos do coração, do cérebro e da gordura dos órgãos. Esses fragmentos serão

analisados com bastante cuidado e armazenados para estudos futuros. Os resultados serão comparados com as respostas que o (a) senhor (a) respondeu.

Não há benefício direto para o (a) senhor (a). Com sua colaboração, poderemos saber se existia obstrução dos vasos de seu familiar que pudessem ser responsáveis por provocar doenças. Os resultados que conseguiremos poderão ajudar na prevenção de doenças do coração e dos vasos em muitas pessoas e com isso beneficiará a população em geral.

Não há nenhum risco neste estudo e, além disso, este não atrasará a realização da autópsia.

IV- ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

Qualquer dúvida que o (a) senhor (a) tenha será esclarecida pelo próprio médico responsável pelo trabalho e os resultados estarão disponíveis somente a (o) senhor (a). Se a (o) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar – tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004 – E-mail: cep.fmusp@hcnnet.usp.br. A qualquer momento, se for sua vontade, o seu familiar poderá ser retirado da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade da autópsia e todas as informações obtidas serão sigilosas. O (a) senhor (a) terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Não há despesas pessoais para o (a) senhor (a) em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO

O principal investigador é o Prof. Dr. Carlos Augusto Pasqualucci, que pode ser encontrado no endereço: Av. Dr. Arnaldo 455, Laboratório de Patologia Cardiovascular, Sala 1212, 1º andar, Jardim América - São Paulo, SP, telefone: (011) 3061-3105.

VI. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

São Paulo, _____ de _____ de 201 ____ Horário do término: _____

Assinatura do representante legal

Assinatura da testemunha

Para casos de representantes legais analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO D: INSTRUMENTO PARA DEFINIÇÃO CONCEITUAL DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E DOS FATORES RELACIONADOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONFUSÃO CRÔNICA

Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica: definições conceituais

Análise de clareza, relevância teórica e pertinência prática da definição, das características definidoras e dos fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica

*Obrigatório

Termo de Compromisso

Estamos realizando um estudo para validar o Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica, o Diagnóstico de Enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processo de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. Cada diagnóstico é composto por uma definição, características definidoras (p.ex. sinais e sintomas) e fatores relacionados (p.ex. causa, fator contribuinte). Este estudo irá funcionar da seguinte maneira: o(a) Sr(a), profissional, analisará o Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica quanto à clareza de linguagem, relevância teórica e pertinência prática. As perguntas são simples. A aplicação desse questionário terá duração de aproximadamente 15 minutos.

Com a sua colaboração, poderemos validar o Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica, proporcionando aos enfermeiros que assistem pacientes portadores de síndromes demenciais, maior suporte e embasamento científico para aprimorar o julgamento clínico e cuidado baseado em evidências.

Qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tenha será esclarecida pelas próprias pesquisadoras responsáveis pelo trabalho, os resultados estarão disponíveis somente ao(a) senhor(a). É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Todas as informações obtidas serão sigilosas e sua participação é voluntária.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof^a Dr^a Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini que pode ser encontrado no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP Telefone(s) 3061-7544 ou 3061-8834.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (11 3061 7548) ou através do email edipesq@usp.br.

Muito obrigada por sua atenção!

Declaro ter lido e aceito o termo de compromisso *

☐ Concordo

☐ Discordo

Identificação**Nome *****Idade *****Sexo ***☐ Feminino☐ Masculino**Formação ***☐ Enfermeiro☐ Médico☐ Fisioterapeuta☐ Outro: **Quanto tempo (em anos) de formação? *****Titulação máxima obtida ***☐ Bacharel☐ Especialista☐ Mestre☐ Doutor☐ Pós-doutor☐ Livre-docente☐ Titular**Sua titulação foi obtida em qual área de estudo? ***☐ Enfermagem☐ Geriatria / Gerontologia☐ Neurociência☐ Outro: **Você tem experiência em Diagnóstico de Enfermagem? ***☐ Sim☐ Não

Se sim, quanto tempo (em anos)?

Sua resposta _____

Você tem publicação na área de Diagnóstico de Enfermagem? *

☐ Sim

☐ Não

Se sim, quais tipos?

☐ Resumo em anais

☐ Artigo

☐ Apresentação de trabalho

☐ Livro ou capítulo

☐ Outro:

Você tem experiência com síndromes demenciais? *

☐ Sim

☐ Não

Se sim, quanto tempo (em anos)?

Sua resposta _____

Você tem publicação na área de síndromes demenciais? *

☐ Sim

☐ Não

Se sim, quais tipos?

☐ Resumo em anais

☐ Artigos

☐ Apresentação de trabalho

☐ Livro ou capítulo

☐ Outro: _____

Definição Conceitual 'Confusão Crônica'

"Prejuízo potencialmente reversível ou irreversível e progressivo do funcionamento encefálico, que se manifesta de modo súbito ou insidioso, caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e/ou funcional; levando a dependência e incapacidade para a manutenção do autocuidado, das atividades de vida diária e do funcionamento social".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "alteração na memória de curto prazo"

"Representa a alteração na memória imediata. O indivíduo apresenta dificuldade de recordar informações, fatos ou eventos que aconteceram recentemente".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "alteração na memória de longo prazo"

"Representa a alteração na memória remota. O indivíduo apresenta dificuldade de recordar informações, fatos ou eventos que aconteceram no passado ou há um intervalo de tempo remoto".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "alteração progressiva na função cognitiva"

"Representa uma alteração contínua e progressiva na cognição, em que o indivíduo apresenta dificuldade nos domínios de atenção complexa (atenção sustentada, atenção dividida, atenção seletiva, velocidade de processamento); função executiva (planejamento, tomada de decisão, flexibilidade mental); aprendizagem e memória (imediata, recente e remota); linguagem (expressão e recepção); perceptomotor (percepção visual, auditiva e espacial, praxias e gnosias); funcionamento social (comportamento fora do padrão social aceitável, prejuízo na capacidade de crítica; inabilidade de reconhecer sinais sociais ou emoções em outros").

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "distúrbio orgânico cerebral"

"Presença de lesão encefálica"

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "funcionamento social prejudicado"

"Dificuldade de realizar atividades fora do ambiente doméstico, como trabalhar, participar de eventos sociais. Apresenta comportamento fora do padrão social aceitável, prejuízo na capacidade de crítica; inabilidade de estabelecer contatos sociais".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "interpretação alterada"

"Dificuldade de compreender o que está sendo falado ou o que está acontecendo, causando prejuízo na capacidade de julgar e resolver problemas do dia a dia".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "nível de consciência normal"

"O paciente está consciente, mantendo o estado de alerta, evidenciando a manutenção de um estado dinâmico de percepção de si e do ambiente, incluindo a capacidade de responder à novos estímulos".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "personalidade alterada"

"Alteração no conjunto das características pessoais de uma pessoa, em relação ao seu padrão de pensar, agir e sentir".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "prejuízo cognitivo crônico"

"Alteração crônica da cognição, que persiste ao longo do tempo".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "resposta alterada à estímulos"

"Alteração na forma de reagir aos estímulos externos caracterizada por sintomas psicológicos e comportamentais, como agitação, apatia, agressividade, alucinação, delírio, e etc".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "Acidente vascular encefálico"

"Lesão encefálica causada por diminuição no fluxo sanguíneo (por obstrução ou sangramento), podendo ser de etiologia isquêmica ou hemorrágica".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "Demência por multi-infarto"

"Demência Vascular. Transtorno neuro cognitivo causado por doença cérebro vascular, caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e funcional, que ocorrem de modo súbito e com evolução em degraus".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "Doença de Alzheimer"

"Transtorno neurocognitivo caracterizado por um conjunto de caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e funcional, que ocorrem de modo insidioso e progressivo".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "Lesão cerebral (prejuízo vascular encefálico, doença neurológica, trauma e tumor)"

"Lesão encefálica causada por eventos traumáticos, doenças neurológicas e neoplásicas".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Definição conceitual "Psicose de Korsakoff"

"Demência de Korsakoff. Transtorno neurocognitivo causado por etilismo crônico e deficiências vitamínicas, caracterizado por alteração cognitiva, comportamental e funcional".

Esta definição possui clareza de linguagem? *

1=pouquíssimo clara; 2 = pouco clara; 3 = razoavelmente clara; 4 = em grande parte clara; 5 = muitíssimo clara

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo clara	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo clara

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui relevância teórica? *

1=pouquíssimo relevante; 2 = pouco relevante; 3 = razoavelmente relevante; 4 = em grande parte relevante; 5 = muitíssimo relevante

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo relevante

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

Esta definição possui pertinência prática? *

1=pouquíssimo pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = razoavelmente pertinente; 4 = em grande parte pertinente; 5 = muitíssimo pertinente.

	1	2	3	4	5	
Pouquíssimo pertinente	☐	☐	☐	☐	☐	Muitíssimo pertinente

Caso tenha assinalado 1, 2 ou 3, por favor , indique sugestão de melhoria.

Sua resposta

ANEXO E: APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação do Diagnóstico de Enfermagem Confusão Crônica: um estudo clínico-patológico

Pesquisador: Daniele Vieira da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51300515.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.464.690

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado é tema de Dissertação de Mestrado e irá avaliar o banco de dados pertencente ao Banco de Encéfalos Humanos do Grupo de Estudos em Envelhecimento Cerebral (BEHGEEC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), com a finalidade de validar o diagnóstico de enfermagem confusão crônica (DCC).

O estudo parte da premissa de que a única maneira válida de diagnosticar de modo definitivo as alterações neurodegenerativas é por meio da autópsia encefálica. Assim, assume-se que o único modo de validar o DCC com maior validade e precisão é por meio da validação clínico-patológica.

Por meio de estudos em autópsias, os achados neuropatológicos poderiam ser correlacionados com as evidências do diagnóstico 'Confusão Crônica' em vida com o objetivo de coletar evidências de validade para o mesmo.

Serão incluídos todos os casos do banco de dados do BEHGEEC que: apresentam exame anatomopatológico encefálico concluído; apresentam entrevista clínica completa e tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo familiar ou responsável legal, por ocasião do óbito, autorizando os procedimentos do BEHGEEC e análises clínico-patológicas. Segundo dados da pesquisadora, são 1000 casos.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 1.464.690

O estudo será realizado em duas fases: a Fase 1 consistirá no mapeamento dos casos com DCC evidenciado em vida; a Fase 2 consistirá na validação clínico-patológica do DCC.

FASE 1: A fase 1 será realizada em duas etapas: na primeira etapa será feito o mapeamento dos casos completos nas bases de dados do BEHGEEC e aplicado os critérios de inclusão do estudo. Na segunda etapa será feita a análise de cada caso incluído com relação à existência do DCC, por meio de um painel de especialistas.

FASE 2: A Fase 2 consistirá na validação clínico-patológica do DCC. O processo de validação será realizado por meio dos procedimentos propostos por Fehring em 1987.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do projeto é validar as características definidoras e os fatores relacionados do DE 'Confusão Crônica' através de um estudo clínico-patológico.

Os objetivos específicos são:

- Identificar qual a prevalência do DE 'Confusão Crônica' no período anterior ao óbito;- - Identificar quais as características definidoras e os fatores relacionados mais prevalentes em pacientes com o DE 'Confusão Crônica';
- Realizar a validade concorrente do DE 'Confusão Crônica', comparando-o com o Clinical Dementia Rating (CDR), com o Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) e com o exame anatomopatológico;
- Identificar quais os principais diagnósticos anatomopatológicos preditores do DE 'Confusão Crônica'.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Uma vez que os sujeitos estão mortos e todos os procedimentos foram realizados após sua morte, a pesquisa foi considerada sem risco.

Os benefícios do projeto serão os de poder auxiliar no cuidado dos pacientes vivos com DCC, uma vez que a validação do diagnóstico, tomando como base um diagnóstico de certeza (exame neuropatológico), permitirá o melhor refinamento do DCC, o que contribuirá para a melhora na acurácia diagnóstica dos pacientes vivos com DCC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419	
Bairro: Cerqueira Cesar	CEP: 05.403-000
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858	E-mail: cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.464.690

A pesquisa está apresentada de maneira clara e objetiva, bem escrita, fundamentada em literatura científica da área. Os critérios de inclusão e exclusão estão definidos, assim como a metodologia. O cronograma foi adequado, com previsão de início em abril de 2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora corrigiu, como havia sido solicitado, o número amostral, em todos os documentos para que houvesse homogeneização das informações. Assim, a amostra total será de 1000 casos.

As demais correções solicitadas eram referentes aos juízes. Entretanto, a pesquisadora justificou que, após exame de qualificação realizado em dezembro de 2015, os membros da banca (também especialistas em validação e diagnósticos de enfermagem) recomendaram que o processo de mapeamento dos casos com o diagnóstico de enfermagem "Confusão Crônica" (DCC) fosse feito pelos próprios investigadores do estudo em conjunto com os enfermeiros treinados do Biobanco (que fazem parte da equipe de pesquisa do Biobanco). Tal recomendação se deu pela grande dificuldade de reunir entre 6 e 20 especialistas de diferentes regiões em reunião presencial para julgar cada um dos 1000 casos. Esse procedimento inviabilizaria o estudo, principalmente dentro do cronograma.

Desse modo, a pesquisadora e sua orientadora acataram a sugestão da banca e alteraram esse procedimento metodológico. Assim, a definição da existência de evidências do DCC em vida será feita por consenso diagnóstico por um painel de enfermeiros treinados e coordenados por uma enfermeira gerontóloga com doutorado em envelhecimento cerebral. Todos os enfermeiros do painel são treinados para a avaliação cognitiva, funcional e clínica no pós-morte e fazem parte da equipe de pesquisa do Biobanco para Estudos no Envelhecimento há vários anos.

Em estudo anterior (Ferretti et al, 2010), a entrevista clínica utilizada pelo Biobanco foi validada e utilizou a metodologia de consenso diagnóstico. Durante a realização do referido estudo, cada caso incluído demorou de 10 a 15 minutos para ser analisado. Considerando o número de casos a ser analisado e o tempo que tal análise levará, as pesquisadoras estimaram que para avaliar um 'n' de 1000 casos levarão, aproximadamente, 7 semanas (aproximadamente 150 casos por semana). No entanto, destacam que haverá exclusões e que o número total de casos poderá ser inferior a 1000, o que culminará com um tempo de análise inferior ao estimado.

Houve adequação do cronograma para início em abril de 2016.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.464.690

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora adequou no projeto as mudanças na metodologia, com exclusão dos juizes, e inclusão das análises por um painel de enfermeiras treinadas e que fazem parte do projeto do Biobanco.

Adequaram o cronograma e o número amostral.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_582466.pdf	07/03/2016 13:01:08		Aceito
Outros	APENDICE_B.docx	06/03/2016 19:30:53	Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito
Outros	APENDICE_D.docx	06/03/2016 19:08:36	Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito
Outros	APENDICE_C.docx	06/03/2016 19:08:20	Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito
Outros	APENDICE_A.docx	06/03/2016 18:51:59	Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito
Outros	Cartaresposta_pendencias.docx	06/03/2016 18:50:40	Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPAjustado.doc	06/03/2016 18:46:17	Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	24/11/2015 21:55:50	Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito
Outros	ANEXO_B.pdf	24/11/2015	Renata Eloah de	Aceito

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.464.690

Outros	ANEXO_B.pdf	21:23:51	Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito
Outros	ANEXO_A.pdf	24/11/2015 21:22:29	Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito
Outros	Autorizacao_uso_dados.pdf	24/11/2015 21:21:54	Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Comp_Daniele.pdf	24/11/2015 21:20:48	Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Março de 2016

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br