



VALIDAÇÃO DIFERENCIAL DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MEMÓRIA PREJUDICADA E CONFUSÃO CRÔNICA

DIFFERENTIAL VALIDATION OF NURSING DIAGNOSES OF IMPAIRED MEMORY AND CHRONIC CONFUSION

VALIDACIÓN DIFERENCIAL DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE MEMORIA PERJUDICADA Y CONFUSIÓN CRÓNICA

Priscilla Alfradique de Souza¹, Rosimere Ferreira Santana², Keila Mara Cassiano³

ABSTRACT

Objective: to validate differentially nursing diagnoses of impaired memory and chronic confusion proposed by NANDA-I. **Method:** quantitative, descriptive study based on the differential diagnostic validation model. We used a convenience sample composed of 31 expert nurses who answered the Likert-type scale of 165 items. The analysis of the data was performed using the overall average score, and subsequently compared using Wilcoxon's test. The research was approved by the Ethics Research Committee, CAAE: 0163.0.258.000-09. **Results:** regarding impaired memory, three major defining characteristics were identified, and with respect to chronic confusion, seven had scores between .79 and .63. The paired Student's *t*-test revealed similarities between the two diagnoses ($p = 0.135$). **Conclusion:** a total of 18 out of the 20 defining characteristics and eight out of the 11 related factors were considered proper for at least one diagnosis, even not belonging to the original diagnosis, which denotes similarities and the need of differentiation for good use in clinical practice. **Descriptors:** Nursing Diagnosis; Validation Studies; Nursing Processes; Memory.

RESUMO

Objetivo: validar diferencialmente os diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica propostos pela NANDA-I. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, baseado no modelo de validação diferencial diagnóstica. Foi utilizada amostra por conveniência, composta por 31 enfermeiros peritos que responderam o formulário do tipo Likert de 165 quesitos. A análise dos dados foi realizada pela média do escore global e posteriormente comparados pelo teste de Wilcoxon. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 0163.0.258.000-09. **Resultados:** para memória prejudicada, identificaram-se três características definidoras maiores e para confusão crônica sete tiveram pontuações entre 0,79 e 0,63. A análise do teste *t*-tudent pareado revelou semelhanças entre os dois diagnósticos ($p = 0,135$). **Conclusão:** um total de 18 das 20 características definidoras e oito dos 11 fatores relacionados foram considerados adequados a pelo menos um diagnóstico, mesmo não pertencendo ao diagnóstico original, o que denota similaridades e necessidade de diferenciação para o bom uso na prática clínica. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Estudos de Validação; Processos de Enfermagem; Memória.

RESUMEN

Objetivo: validar diferencialmente los diagnósticos de enfermería memoria perjudicada y confusión crónica propuestos por NANDA-I. **Método:** estudio descriptivo y cuantitativo basado en el modelo de validación diferencial de diagnósticos. Fue utilizada una muestra por conveniencia compuesta por 31 enfermeros expertos que respondieron el formulario con una escala tipo Likert de 165 ítems. El análisis de los datos fue realizado por el promedio de la puntuación total y posteriormente comparados con la prueba de Wilcoxon. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, CAAE: 0163.0.258.000-09. **Resultados:** para la memoria deteriorada se identificaron tres características definitorias principales y para la confusión crónica siete tuvieron puntuaciones entre 0,79 y 0,63. La prueba *t* de Student pareada reveló similitudes entre los dos diagnósticos ($p = 0,135$). **Conclusión:** un total de 18 de las 20 características definitorias y ocho de los 11 factores relacionados se consideraron adecuados a por lo menos un diagnóstico, incluso no perteneciendo al diagnóstico original, lo que denota similitudes y la necesidad de diferenciación para el buen uso en la práctica clínica. **Descriptor:** Diagnóstico de Enfermería; Estudios de Validación; Procesos de Enfermería; Memoria.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem, University of Texas Health Science Center/UTHSCSA at San Antonio, San Antonio (TX), Estados Unidos. E-mail: priscillalfradique@gmail.com; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC Universidade Federal Fluminense/UFF, Niterói (RJ), Brasil. E-mail: rosifesa@enf.uff.br; ³Matemática, Doutora em Engenharia Elétrica, Professora Adjunta, Departamento de Estatística, Universidade Federal Fluminense/UFF, Niterói (RJ), Brasil. E-mail: keilamath@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de enfermagem caracteriza-se como uma etapa essencial para a execução do processo de enfermagem.¹ A implantação efetiva do processo de enfermagem na prática clínica carece da obtenção de diagnósticos acurados e claros o suficiente para que ajudem os enfermeiros em sua identificação correta.²

Dessa forma, a associação NANDA-I projetou sua classificação de forma multiaxial, denominada Taxonomia II, que obedece ao modelo de terminologia da *International Standards Organization*. Nesta classificação, os diagnósticos "memória prejudicada" (00.131) e "confusão crônica" (00.129) estão inseridos no domínio 5, percepção/cognição, definido como "sistema humano de processamento de informações, que inclui atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação".^{3:249} Ambos encontram-se localizados na classe 4, i.e., cognição, que corresponde ao "uso de memória, aprendizagem, raciocínio, solução de problemas, abstração, julgamento, *insight*, capacidade intelectual, cálculos e linguagem".^{3:249}

Na mesma classificação, o conceito do diagnóstico de memória prejudicada é definido como "incapacidade de lembrar ou recordar partes de informação ou habilidades comportamentais".^{3:259} Para confusão crônica, tem-se como conceito "deteriorização irreversível, prolongada e/ou progressiva do intelecto e da personalidade, caracterizada por capacidade diminuída para a interpretação dos estímulos ambientais e para processos de pensamento intelectuais, e manifestados por distúrbios de memória, da orientação e do comportamento".^{3:254} Portanto, desde a conceituação observam-se similaridades entre os dois diagnósticos.

Tais semelhanças são reforçadas quando se comparam as características definidoras e os fatores relacionados dos dois diagnósticos. Observa-se que dentre as características definidoras de memória prejudicada, estão contidos elementos essenciais também aplicados para definição da presença ou ausência das características definidoras de confusão crônica, como por exemplo, memória recente e antiga prejudicadas. Da mesma maneira, dentre os fatores relacionados, o fator distúrbios neurológicos, pertencente ao diagnóstico memória prejudicada, apresenta-se definido de forma tão generalizada que pode ser atribuído também para confusão crônica. Assim, configura-se a problemática em questão, pois

tais intersecções podem interferir na determinação diagnóstica acurada, no desenvolvimento do plano de cuidados do enfermeiro e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos indivíduos vivenciando estes diagnósticos. Portanto, tais questões demonstram a necessidade de diferenciação entre os diagnósticos memória prejudicada e confusão crônica.

Desenvolveu-se como hipótese afirmativa (H-1): existe diferença entre as características definidoras e entre os fatores relacionados dos diagnósticos memória prejudicada e confusão crônica; e hipótese nula (H-0): não existe tal diferença. Desse modo, determinou-se o objetivo: validar diferencialmente o conteúdo dos diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, para validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica, com base no modelo de validação diferencial diagnóstica por especialistas.⁴ Este modelo tem como objetivo validar as diferenças entre dois diagnósticos que apresentam correlações, ou diferenciar os níveis atribuídos a cada um deles.⁵ Em etapa posterior do estudo, foi desenvolvida a revisão integrativa da literatura, com 30 artigos, para determinação dos conceitos.

Para a seleção de peritos adotaram-se os critérios: possuir titulação mínima de Mestre em Enfermagem; curso ou especialização na área do diagnóstico de enfermagem estudado; publicação de artigos e apresentação de trabalhos científicos que abordassem a temática; mínimo de cinco anos de atuação clínica na área; e cinco anos de utilização dos diagnósticos de enfermagem.^{4,6-9}

A estratégia de busca deu-se inicialmente a partir dos grupos de pesquisa, com análise do *curriculum lattes* e contatos de endereço eletrônico do pesquisador na *Plataforma lattes*. Foram enviadas mensagens de apresentação dos objetivos do estudo e um termo de consentimento livre e esclarecido por correio eletrônico. Dado o aceite em participar, submeteu-se o formulário de coleta de dados e, ao final, com base na técnica de bola de neve, solicitou-se a indicação de outros peritos.^{4,7-10}

Na composição da amostra, optou-se por um erro amostral aceitável de 10%, com proporção de especialistas de 90%,¹¹ que requereria um cálculo mínimo de 35 peritos. Porém, por ser uma área diagnóstica

Souza PA de, Santana RF, Cassiano KM.

específica e com poucos enfermeiros declarando a utilização na prática clínica dos diagnósticos em estudo, conseguiu-se selecionar uma amostra por conveniência de 31 peritos, uma margem aceitável para a amostra pretendida inicialmente.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um formulário composto por duas partes: I) dados de identificação; e II) instrumento para validação diferencial, composto por uma escala do tipo Likert para avaliação dos seguintes itens: adequação; pertinência; clareza; precisão; e objetividade, para os dois diagnósticos, ou seja, duas definições, 20 características definidoras e 11 fatores relacionados. Os itens estavam organizados sem demarcação em relação ao diagnóstico ao qual pertenciam segundo a classificação NANDA-I. Ou seja, os peritos avaliavam cegamente os itens do instrumento e, por último determinavam se aqueles se referiam melhor ao conteúdo do diagnóstico de memória prejudicada ou de confusão crônica.

Foi realizado o cálculo do escore médio global a partir da soma total e divisão das cinco avaliações relativas a cada uma das definições, cinco para cada uma das características definidoras e cinco para cada um dos fatores relacionados dos dois diagnósticos em estudo, realizando ao todo 165 avaliações no formulário desenvolvido. Este procedimento permitiu classificá-los conforme o seguinte escore: características com média maior ou igual a 0,80 foram consideradas características maiores; aquelas com média entre 0,60 e 0,79 foram definidas como características menores; e aquelas cujo escore médio foi menor ou igual a 0,59 não apresentaram relevância em relação aos diagnósticos e foram descartadas.^{4,10}

Como etapa final, para calcular o escore de validação diferencial dos diagnósticos em cada diagnóstico, os escores relevantes (acima de 0,59) foram somados e divididos pelo número de itens validados. Posteriormente, esses escores foram comparados pelo teste de Wilcoxon e uma vez verificada a normalidade

Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem...

da distribuição das médias dos escores pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, realizou-se comparação pelo teste *t*-student pareado.¹¹ Os dados foram processados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 13.0 para Windows.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense (parecer CAAE nº 0163.0.258.000-09), de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

♦ Caracterização dos participantes do estudo

Dos 31 enfermeiros peritos, 21 (67,74%) tinham experiência em sua prática com o diagnóstico de enfermagem memória prejudicada, 15 (45,03%) com confusão crônica e seis (19,35%) tanto com memória prejudicada quanto com confusão crônica. Houve predominância de doutores (16 = 51,61%). Segundo a pontuação recomendada,^{5,7} estes obtiveram entre seis e 12 pontos, com média de 8,8 pontos, evidenciando que, além do doutorado, todos possuíam experiências adicionais, garantindo que suas sugestões fossem consideradas qualificadas para o estudo.

♦ Escores médios para memória prejudicada e para confusão crônica

Os escores médios globais para o diagnóstico memória prejudicada estão apresentados na Tabela 1. Nessa mesma tabela, também se apresenta o escore médio global do diagnóstico analisado diferencialmente, neste caso o de confusão crônica.

Em relação aos resultados para as definições, a de memória prejudicada obteve escore médio global de 0,80. Quando avaliada para confusão crônica, tal definição obteve escore médio global de 0,27. Não foi evidenciada característica definidora inadequada.

Tabela 1. Escores das características definidoras de memória prejudicada avaliadas para os diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica. Rio de Janeiro, 2012.

Item avaliado	Escore* para MP	Escore* para CC
Características definidoras maiores		
Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada	0,86	0,73
Incapacidade de recordar eventos	0,86	0,67
Esquecimento de efetuar uma ação em um horário planejado	0,83	0,66
Características definidoras menores		
Incapacidade de recordar informações factuais	0,77	0,63
Experiências de esquecimento	0,75	0,68
Incapacidade de reter novas informações	0,74	0,71
Incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida	0,71	0,62
Incapacidade de reter novas habilidades	0,69	0,71
Incapacidade de aprender novas informações	0,66	0,67
Incapacidade de aprender novas habilidades	0,66	0,55

Nota: Tem-se: para Escore*, Escore Médio Global, para MP, Memória Prejudicada e para CC, Confusão Crônica.

Na Tabela 2 apresenta-se o escore médio global dos fatores relacionados de memória prejudicada, seguido também da apresentação do escore médio global do

diagnóstico analisado diferencialmente, neste caso, confusão crônica. De acordo com os resultados, não houve fator relacionado maior evidenciado.

Tabela 2. Escores dos fatores relacionados de memória prejudicada avaliados para os diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica. Rio de Janeiro, 2012.

Item avaliado	Escore* para MP	Escore* para CC
Fatores relacionados menores		
Distúrbios neurológicos	0,78	0,83
Hipóxia	0,70	0,74
Desequilíbrio hídrico e eletrolítico	0,66	0,54
Fatores relacionados inadequados		
Anemia	0,59	0,48
Débito cardíaco diminuído	0,58	0,56
Alterações ambientais excessivas	0,54	0,50

Nota: Tem-se: para Escore*, Escore Médio Global, para MP, Memória Prejudicada e para CC, Confusão Crônica.

Já em relação aos resultados para a definição de confusão crônica, obteve-se escore médio global de 0,77. Quando avaliada para o diagnóstico confusão crônica, a mesma definição obteve escore médio global de 0,30. Na Tabela 3 é apresentado o escore médio geral para as características definidoras do

diagnóstico de enfermagem confusão crônica. Também é apresentado o escore médio geral para o diagnóstico analisado diferencialmente, memória prejudicada. Não foram evidenciadas características definidoras maiores para confusão crônica.

Tabela 3. Escores das características definidoras de confusão crônica avaliadas para os diagnósticos de enfermagem confusão crônica e memória prejudicada. Rio de Janeiro, 2012.

Item avaliado	Escore* para CC	Escore* para MP
Características definidoras menores		
Prejuízo cognitivo progressivo	0,79	0,53
Prejuízo cognitivo existente há tempo	0,78	0,46
Socialização prejudicada	0,77	0,52
Interpretação alterada	0,75	0,50
Resposta alterada a estímulos	0,70	0,33
Memória antiga prejudicada	0,68	0,68
Memória recente prejudicada	0,67	0,83
Personalidade alterada	0,63	0,24
Características definidoras inadequadas		
Evidência clínica de prejuízo orgânico	0,57	0,47
Nenhuma mudança no nível de consciência	0,46	0,54

Nota: Tem-se: para Escore*, Escore Médio Global, para MP, Memória Prejudicada e para CC, Confusão Crônica.

Na Tabela 4 é apresentado o escore médio geral para fatores relacionados do diagnóstico

de enfermagem confusão crônica. Também é apresentado o escore médio geral para o

Souza PA de, Santana RF, Cassiano KM.

diagnóstico analisado diferencialmente, memória prejudicada. Não foram evidenciados fatores relacionados inadequados para confusão crônica. Cabe ressaltar que a determinação das características definidoras e

Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem...

dos fatores relacionados (maiores, menores e inadequados) foi feita com base nos resultados do diagnóstico de enfermagem original.

Tabela 4. Escores dos fatores relacionados de confusão crônica avaliados para os diagnósticos de enfermagem confusão crônica e memória prejudicada. Rio de Janeiro, 2012.

Item avaliado	Escore* para CC	Escore* para MP
Fatores relacionados maiores		
Demência por multiinfarto	0,83	0,81
Acidente vascular cerebral	0,81	0,76
Doença de Alzheimer	0,81	0,84
Fatores relacionados menores		
Psicose de Korsakoff	0,73	0,71
Trauma cranioencefálico	0,70	0,71

Nota: Tem-se: para Escore*, Escore Médio Global, para MP, Memória Prejudicada e para CC, Confusão Crônica.

Ao se efetuar análise global da validação diferencial diagnóstica, 18 entre as 20 características definidoras e oito entre os 10 fatores relacionados foram considerados adequados a pelo menos um dos diagnósticos, mesmo que não pertencessem ao seu diagnóstico original. Os escores de validação diferencial dos diagnósticos foram 0.747 para memória prejudicada e 0.744 para confusão crônica. Tal proximidade nos valores dos escores demonstra que os resultados foram muito semelhantes.

Quanto às características definidoras, das 20 analisadas, somente quatro foram classificadas como maiores (incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada, incapacidade de recordar eventos, esquecimento de efetuar uma ação em um horário planejado e memória recente prejudicada). Outras 14 obtiveram escores compatíveis com características menores e duas foram classificadas como inadequadas em ambos os diagnósticos. Não houve nenhuma mudança no nível de consciência nem evidência clínica de prejuízo orgânico.

Já em relação aos 11 fatores relacionados, identificaram-se quatro como maiores – sendo um para confusão crônica (distúrbios neurológicos), o qual está incluído originalmente em memória prejudicada – outro unicamente para confusão crônica

(acidente vascular cerebral) e dois foram classificados como fatores maiores para os dois diagnósticos (doença de Alzheimer e demência por multiinfarto). Quanto aos demais, seis obtiveram escores que os classificaram como menores para pelo menos um dos diagnósticos e três foram classificados como inadequados em ambos os diagnósticos. Cabe ressaltar que apenas um fator relacionado foi validado exclusivamente como adequado para o diagnóstico de memória prejudicada (desequilíbrio hídrico e eletrolítico).

♦ Avaliação geral das médias de avaliações

Os parâmetros de análise do índice de validação dos itens diagnósticos (IVID) estão apresentados na Tabela 5. Na primeira coluna, tem-se o IVID geral e, na segunda coluna, têm-se a exclusão dos itens que tiveram maior grau de discordância entre os peritos.

Tabela 5. Análise do teste de hipótese segundo o Índice de Validação dos Itens Diagnósticos (IVID) para o instrumento proposto e IVID pós-descarte dos itens confundidores pelos critérios de Fehring. Rio de Janeiro, 2012.

Variáveis	IVID para instrumento proposto		IVID pós-descarte dos itens confundidores	
	Memória Prejudicada	Confusão Crônica	Memória Prejudicada	Confusão Crônica
Média	0,77	0,73	0,66	0,69
Moda	0,49	0,37	0,43	0,76
Desvio Padrão	0,13	0,15	0,11	0,12
Coeficiente de Variação	0,17	0,20	0,17	0,17
Mínimo	0,49	0,37	0,43	0,42
Máximo	1,00	1,00	0,90	0,90
Percentil 25	0,67	0,62	0,58	0,60
Percentil 50	0,77	0,74	0,68	0,69
Percentil 75	0,89	0,83	0,73	0,80
p-valor*	0,755	0,971	0,805	0,998
t-student pareado	0,135		0,058	

Nota: IVID, Índice de Validação dos Itens Diagnósticos, p-valor*, Kolmogorov Smirnov.

Observou-se pela análise do teste de *t-student* pareado, semelhanças entre os dois diagnósticos de enfermagem (p=0,135). Após exclusão dos itens confundidores, observou-se uma tendência de queda da significância (p=0,058), indicando uma possível diferenciação entre os dois diagnósticos.

DISCUSSÃO

Os principais objetivos da validação diferencial diagnóstica são analisar as diferenças entre dois diagnósticos intimamente relacionados e identificar o quanto suas características definidoras e fatores relacionados são indicativos da presença de um ou outro diagnóstico.^{4,9,12-3} Isto contribui para refinamento da classificação que cresceu em número de diagnósticos, porém apresentam-se estudados isoladamente.

Para fidedignidade dos resultados, torna-se primordial considerar a experiência dos peritos no campo de atuação dos diagnósticos em estudo, principalmente a de prática clínica, como presente nesta pesquisa. Contudo, também pode ser considerado um limitador metodológico neste tipo de estudo, dado o número ainda restrito de especialistas na área.^{8,10,14}

Uma das solicitações para o processo de validação diagnóstica é definições com descrições claras e exatas dos enunciados, com o objetivo de ajudar na distinção entre diagnósticos similares. Portanto, pela análise dos peritos, somente as definições dos diagnósticos em estudo atenderam a essas exigências.³

Sobre as características definidoras, observou-se que ambos os diagnósticos estavam relacionados aos processos de utilização da memória, tanto na aquisição

quanto na evocação de informações.¹⁵⁻⁶ Como tais processos não ocorrem isoladamente, necessitam de outras áreas cognitivas, tais como linguagem, reconhecimento visual ou proprioceptivo, suporte para compartilhamento das informações pregressas, armazenamento e julgamento. Deste modo, amplia-se o o conceito de memória em si e parte-se para uma aproximação com o termo cognição.¹⁶⁻⁸

Por conseguinte, os fatores relacionados para memória prejudicada, tais como débito cardíaco diminuído, distúrbios ambientais excessivos e hipóxia, são citados na literatura como causadores de piora do quadro de perda de memória.¹⁸⁻²⁰ Isto pode ser relativo ao desenvolvimento em si do prejuízo de memória ou pela sua correlação com casos de enfermidades crônicas que se agudizam,¹⁹⁻²³ o que pode justificar os resultados encontrados de similaridades entre si.

Como analisado, o fator relacionado distúrbio neurológico foi considerado adequado, pois atua como referência para quadros crônicos ou irreversíveis.^{5,24} Contudo, este fator relacionado apresenta uma definição ampla, que abrange diferentes causas patológicas de ambos os diagnósticos, que podem ser reversíveis, irreversíveis e/ou interferirem na memória de curto e/ou longo prazo.^{19-20,24-5}

Outra questão polêmica é a prevalência dos diagnósticos em estudos na população idosa.²⁶ Como exemplos, podem ser citados o fator relacionado anemia, que se apresenta como um possível fator causador de prejuízo cognitivo em idosos, e o desequilíbrio hídrico e eletrolítico, que também pode promover distúrbios na quantidade de volume e composição. Estudos têm demonstrado que ambos estão relacionados ao desenvolvimento

Souza PA de, Santana RF, Cassiano KM.

de quadros de prejuízo cognitivo em idosos.¹⁹⁻²³

CONCLUSÃO

A relevância principal deste estudo está na confirmação da similaridade existente entre os diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica. Tal similaridade pode interferir na acurácia diagnóstica dos enfermeiros no uso da taxonomia na prática clínica e, por conseguinte, na limitação da prestação dos cuidados de enfermagem aos pacientes.

Como limitação, tal pesquisa necessita clarificação dos conceitos para determinação dos atributos essenciais de cada diagnóstico, com subsequente validação conceitual e clínica em diferentes cenários. Além disso, tais diagnósticos de enfermagem estão inseridos dentro de uma área que permeia questões subjetivas e comportamentais, com poucos estudos sobre o assunto, o que suscita imprescindível busca da ampliação das definições discutidas neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010; 21(2):82-8.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução No 358 de 23 de outubro de 2009: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2009.
3. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. *NANDA International nursing diagnoses: Definitions & classification*, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
4. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987; 16(6):625-9.
5. Ried S, Gutzmann H. The nursing phenomenon "Chronic confusion" in relation to the diagnosis "Dementia". *Z Gerontol Geriatr*. 2003; 36(4):297-302.
6. Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, SA SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Texto & contexto enferm*. 2008; 17(1):141-9.
7. Lopes MVO, Araújo TL, Silva VM. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2012; 23(3):74-9.
8. Galdeano LE, Rossi LA, Pelegrino FM. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. *Acta paul enferm*. 2008; 21(4):549-55.

Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem...

9. Garcia TR. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta paul enferm*. 1998; 11(3):24-31.
10. Fehring RJ. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In: Hurley ME, editor. *Classification of nursing diagnosis: proceeding of the sixth conference*. St. Louis: Mosby; 1986. p.183-90.
11. Sosa-Ortiz AL, Acosta-Castillo I, Prince MJ. Epidemiology of Dementias and Alzheimer's Disease. *Arch Med Res*. 2012; 43(8):600-8.
12. Whitley GG. Expert validation and differentiation of the nursing diagnoses anxiety and fear. *Nurs Diagn*. 1994; 5(4):143-50.
13. Simon JM, Baumann MA, Nolan L. Differential diagnostic validation: acute and chronic pain. *Nurs Diagn*. 1995; 6(2):73-9
14. Chaves ECL, Carvalho EC, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. *Acta paul enferm*. 2010; 23(2): 264-70.
15. Howieson DB, Carlson NE, Moore M, Wasserman D, Abendroth CD, Payne-Murphy J, et al. Trajectory of mild cognitive impairment onset. *J Int Neuropsychol Soc*. 2008; 14(2):192-8
16. Jefferies E, Hoffman P, Jones R, Ralph MAL. The impact of semantic impairment on verbal short-term memory in stroke aphasia and semantic dementia: a comparative study. *J Mem Lang*. 2008; 58(1):66-87.
17. Geda YE. Mild cognitive impairment in older adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(4):320-7.
18. Santos AT, Leyendecker DD, Costa ALS, Souza-Talarico JN. Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima. *Rev Esc Enferm USP on line [Internet]*. 2012 [Cited 2013 May 3]; 46:24-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/en_04.pdf
19. Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med*. 2011; 364(23):2227-34.
20. Downing LJ. Geriatric psychiatric review: differential diagnosis and treatment of the 3 D's - delirium, dementia, and depression. *Curr Psychiatric Rep*. 2013; 15(6):365-74.
21. Roden M, Simmons BB. Delirium superimposed on dementia and mild cognitive impairment. *Postgrad Med*. 2014; 126(6):129-37.
22. Chertkow H, Massoud F, Nasreddine Z, Belleville S, Joannette Y, Bocti C, et al. Diagnosis and treatment of dementia: mild cognitive impairment and cognitive

Souza PA de, Santana RF, Cassiano KM.

Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem...

impairment without dementia. CMAJ. 2008; 178(19):1273-85.

23. Gratão A, Fonseca G, Parreira C, Faustino A, Cruz K. Proposta de protocolo de assistência de enfermagem ao idoso demenciado. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 5];8(4):879-88. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewPDFInterstitial/4079/pdf_4866

24. Ried S, Dassen T. Chronic confusion, dementia, and impaired environmental interpretation syndrome: a concept comparison. Nurs Diagn. 2000; 11(2):49-59.

25. Pittenger C. Disorders of memory and plasticity in psychiatric disease. Dialogues Clin Neurosci. 2013; 15(4):455-63.

26. Souza PA, Santana RF. Diagnóstico de enfermagem memória prejudicada em idosos hospitalizados. Acta paul enferm. 2011; 24(1):36-42.

Submissão: 16/03/2015

Aceito: 25/07/2015

Publicado: 15/08/2015

Correspondência

Priscilla Alfradique de Souza

Rua Araguaia, 149, 1/102

Bairro Freguesia de JPA

CEP 22745-270 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil