

no mínimo 1 dos DE prevalentes na SOA-SE/HCPA, conforme Crossetti et al (2005), identificação do(s) DE e do(s) sinais e sintomas; registro dos dados em um instrumento próprio com campos específicos; os DE foram analisados 3 vezes em situações distintas. Etapas da análise dos dados: comparação dos sinais e sintomas coletados pelo enfermeiro com os que constam no referencial teórico de Bennedet e Bub (1998) e NANDA (2005); identificação das evidências de acordo com esses referenciais; e verificação da acurácia de acordo com a escala de Lunney (1990). Concluiu-se que 76,66% (23) obtiveram baixo grau de acurácia e que 23,33% (07) obtiveram alto grau de acurácia. Diante das evidências aqui constatadas, sugere-se que os enfermeiros tenham como um dos focos principais de sua prática a acurácia dos diagnósticos de enfermagem, procurando estudá-las em suas diferentes dimensões na assistência, no ensino e na pesquisa visando qualificar seu processo de cuidar junto aos pacientes e seus familiares.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MEMÓRIA PREJUDICADA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE QUEIXAS SUBJETIVAS DE MEMÓRIA

MAIKO MARINI; ENAURA HELENA BRANDÃO CHAVES; ALBA LÚCIA BOTURA LEITE DE BARROS

A avaliação de queixas de memória tem sido sistematicamente utilizada entre os critérios para identificação de danos cognitivos (XAVIER *et al*, 1999). Essas queixas associadas a outros critérios contribuem para a identificação de prejuízo cognitivo e riscos para demências (JONKER, GEERLINGS e SCHMAND, 2000). Considera-se importante poder confiar nas informações trazidas pelo paciente, as quais interferem na definição do Diagnóstico de Enfermagem (DE) e nas intervenções a serem estabelecidas. Objetivou-se elaborar e validar um instrumento para avaliação de queixas subjetivas de memória. O instrumento baseou-se nas características definidoras do DE Memória Prejudicada (NANDA, 2006). Denominou-se Questionário Subjetivo de Queixas de Memória (QSQM) e contém 20 questões com respostas do tipo Likert. Na técnica de Delphi (GIOVINAZZO, 2001) participaram 5 experts, selecionados a partir dos critérios de Fehring (1994). Na validação de critério-concorrente, a amostra foi de 315 sujeitos, com idades entre 20 e 99 anos, em que se aplicou o QSQM concomitantemente ao minimal (BERTOLUCCI *et al*, 1994). O α Cronbach mediu a confiabilidade interna. Na técnica de Delphi os experts atingiram um consenso em 2 rondas, cujas sugestões adequadas ao estudo foram contempladas. Obteve-se associação positiva entre o QSQM e o minimal ($r=0,261$; $P = 0,009$), quando os dados foram dicotomizados, encontrou-se diferença estatisticamente significativa (p

RELAÇÃO ENTRE ADESÃO FARMACOLÓGICA AUTO-REFERIDA, RETENÇÃO HÍDRICA E SINAIS E SINTOMAS DE DESCOMPENSAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - ESTUDO MULTICÊNTRICO EMBRACE

RAQUEL AZEVEDO DE CASTRO; LINHARES JCC, ALITI G, MELLO AMFS, SAUER J, RABELO ER

Introdução: A adesão farmacológica ocorre de forma dinâmica ao longo do tratamento sendo suscetível à piora quando não há compreensão de que a retenção hídrica é controlada, em parte, pelo uso correto e contínuo das medicações. Objetivo: Relacionar o conhecimento sobre a retenção hídrica e sinais/sintomas de descompensação da IC com a adesão farmacológica auto-referida. Métodos e Pacientes: Estudo transversal com pctes internados em três centros brasileiros (2 RS e 1 PE) incluídos por IC descompensada, classe funcional III e IV (New York Heart Association), de qualquer etiologia, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) ≤ 45 , idade ≥ 18 anos e ambos os sexos. Resultados: Incluíram-se 355 pctes, com idade média de 60 ± 15 anos, homens (63%), brancos (61%), etiologia isquêmica (36%), seguida pela hipertensiva (34%) e FEVE média de $29 \pm 8\%$. A mediana dos anos de estudo foi de 5 (1-8) e a mediana da renda familiar de 2 (1-3) salários. A principal causa da descompensação da IC foi a falta de adesão (63%). Na escala de adesão auto-referida, 13% referiram baixa adesão; 49% média e 30% alta adesão ao uso dos medicamentos. Quanto ao conhecimento do porquê (pela retenção hídrica) estariam acontecendo os principais sinais/sintomas de IC, 69% não sabiam identificar esse motivo, enquanto que 31% acertaram o porquê de pelo menos 1 dos 4 sinais/sintomas. O edema (24%) e a dispnéia (12%) tiveram maior percentual de resposta correta. Conclusão: Apesar da maioria dos pacientes referirem média e alta adesão farmacológica, poucos souberam identificar a retenção hídrica como principal motivo dos sinais/sintomas da IC descompensada. Estratégias de educação devem ser realizadas sistematicamente para evitar a má adesão farmacológica por desconhecimento da IC.

DIRETRIZES CURRICULARES DE ENFERMAGEM: UMA ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA COMPROMETIDA COM A GOVERNAMENTALIDADE NEOLIBERAL (NOTA PRÉVIA)

FERNANDA NIEMEYER; KAREN SCHEIN DA SILVA; LISIANE PRUINELLI; MARIA HENRIQUETA LUCE KRUSE

O Currículo tornou-se alvo de muitos debates no meio acadêmico. Juntamente com as instituições de ensino, esse instrumento tem sido responsabilizado pelos sucessos e fracassos na educação. Para Santomé (1995), uma das finalidades fundamentais de toda intervenção curricular é preparar os/as alunos/as para serem cida-