

Elsa Marina Machado Melo

Conhecimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre Déficit
Cognitivo Ligeiro

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Julho, 2016

Elsa Marina Machado Melo

Conhecimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre Déficit
Cognitivo Ligeiro

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Julho, 2016

Elsa Marina Machado Melo

Conhecimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre Défice
Cognitivo Ligeiro

Elsa Marina Machado Melo

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

RESUMO

O Déficit Cognitivo Ligeiro é um déficit atual que afeta em média 5 a 10% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade. Dado isto, é necessário que a própria pessoa, familiares e amigos mais próximos estejam atentos a sinais e sintomas da doença para identificar precocemente a situação.

Face a esta situação surgiu um interesse por parte do autor em saber qual “ O conhecimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre o Déficit Cognitivo Ligeiro”.

Posto isto, foi realizado um questionário distribuído por 30 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, de modo a identificar o conhecimento que estes têm acerca da temática.

De forma a dar resposta a estas questões, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo-exploratório e transversal. A colheita de dados foi realizada entre o dia 14 de Maio de 2016 a 14 de Junho de 2016.

Desta forma através da análise aos questionários conclui-se que a maioria da amostra não apresenta dúvidas a nível do conhecimento sobre o Déficit Cognitivo Ligeiro.

Os inquiridos consideram que o DCL pode corresponder a um quadro de envelhecimento normal e que interfere nas atividades de vida diária. A maioria dos inquiridos possui conhecimentos sobre o DCL, considera que o DCL tem interferência nas AVD'S, assume para que este seja diagnosticado as AVD'S intactas não são critério, mas também a função cognitiva geral tem de estar alterada. A maioria dos inquiridos considera que a hipóxia, a insuficiência hepática e renal não são causa para DCL. Penso que ficaram claros, que a maioria dos inquiridos apresenta conhecimento sobre os outros sinais e sintomas de DCL. Também a maioria dos inquiridos considera que os doentes com DCL não desenvolvem demência num período de um ano.

Palavras-chave: Déficit Cognitivo Ligeiro e conhecimento.

ABSTRACT

Mild Cognitive Impairment is a current disease that affects an average of 5 to 10% of people over 65 years of age. Given this, it is necessary that the person, family and close friends are aware of the signs and symptoms of the disease to identify early the situation.

Given this situation arose an interest on the part of the author to know that "The information of students of Bachelor of Nursing on Mild Cognitive Impairment".

That said, we conducted a questionnaire distributed to 30 students of the Nursing Degree Course in order to identify the knowledge they have about the subject.

In order to answer these questions, we conducted a quantitative, descriptive, and exploratory and cross. The data collection was carried out between days 14 May 2016 to 14 June 2016.

Thus by analyzing the questionnaire it is concluded that most of the sample has no doubts about the level of knowledge Mild Cognitive Impairment.

Respondents consider that the DCL may correspond to a normal aging frame and interfering with activities of daily living. Most respondents possess knowledge of DCL, believes that DCL has interference in AVDs, it takes for this to be diagnosed intact AVDs are not criteria, but also the general cognitive function must be changed. Most respondents believe that hypoxia, liver failure and kidney are not cause for DCL. I think it became clear that the majority of respondents have knowledge of the other signs and symptoms of DCL. Also most of the respondents believe that patients with DLB do not develop dementia over a period of one year.

Keywords: Mild Cognitive Impairment and knowledge.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, por toda a consideração, toda a força e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi possível porque algumas de pessoas contribuíram determinadamente para a sua realização, pelo que devem ser retribuídas com um agradecimento.

Ao Professor José Teixeira pela sua competência científica, rigor metodológico, sentido crítico e pertinência das suas sugestões, em paralelo com a sua disponibilidade, interesse, dedicação e que foram fundamentais na orientação e desenvolvimento deste projecto.

Aos meus pais, Ismael e M^a do Céu, por sempre acreditarem em mim, por nunca me terem deixado desistir deste sonho, e por me terem ajudado a transformar na pessoa que sou hoje.

Ao meu namorado, Flávio, pelo seu constante apoio e preocupação, em que eu esteja sempre feliz.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AVC- Acidente vascular cerebral

AVD'S- Atividades de vida diárias

CLE- Curso Licenciatura em Enfermagem

DA- Doença de Alzheimer

DCL- Déficit Cognitivo Ligeiro

DFT- Demência Frontotemporal

DM- Diabetes Mellitus

DV- Demência Vascular

HTA- Hipertensão arterial

RM- Ressonância Magnética

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TCE- Traumatismo Crânio encefálico

TAC- Tomografia Axial Computorizada

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
I. FASE CONCEPTUAL.....	16
1. O problema de investigação	16
i. Domínio da investigação	16
ii. Questão pivô e questões de investigação	17
2. Revisão da literatura	17
i. Conhecimento vs Informação	17
ii. Demência.....	18
iii. Déficit Cognitivo Ligeiro	20
II. FASE METODOLÓGICA.....	24
1. Desenho de investigação	24
i. Tipo de estudo	24
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem	25
iii. Variáveis em estudo	26
iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste.....	26
v. Tratamento e apresentação dos dados	29
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	29
III. FASE EMPÍRICA	31
1. Apresentação dos dados, análise e interpretação.....	32
Parte I- Caracterização da amostra.....	32
Parte II- Conhecimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre o Déficit Cognitivo Ligeiro	33
2. Discussão de resultados	51
IV. CONCLUSÃO	57
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

Anexos 61

Anexo I- Questionário

Anexo II – Declaração de Consentimento Informado

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição de dados relativamente ao género.....	32
Quadro 2- Distribuição de dados relativamente à idade.....	32
Quadro 3- Distribuição de dados relativamente ao estado civil	33
Quadro 4- Conhece alguém com DCL?	33
Quadro 5- O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) é caracterizado pela perda recente e pouco intensa das funções cognitivas, sobretudo a memória.	34
Quadro 6- A deterioração ligeira das funções cognitivas, como o pensamento, faz parte de um processo de envelhecimento normal.	35
Quadro 7- A deterioração ligeira da memória faz parte de um envelhecimento normal.	35
Quadro 8- O DCL pode corresponder ao declínio cognitivo do envelhecimento normal.	36
Quadro 9- O DCL pode corresponder ao declínio cognitivo de uma fase inicial do processo demencial.	36
Quadro 10- O DCL interfere nas atividades de vida diária por exemplo: comer, vestir, fazer compras, fazer as lidas da casa.	37
Quadro 11- É oportuno que nas consultas para diagnosticar o DCL a pessoa em questão esteja sozinha, para um melhor entendimento com o médico.	38
Quadro 12- Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Queixas de memória.	39
Quadro 13- Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Atividades de vida diária conservadas.	40
Quadro 14- Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Função cognitiva geral intacta.	41
Quadro 15- Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Défice de memória objetivo, relativamente à idade e nível educacional.	42
Quadro 16- Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Ausência de Demência.	43
Quadro 17- Outras causas para o DCL são: Acidente Vascular Cerebral.	44
Quadro 18- Outras causas para o DCL são: Traumatismo craneo-encefálico.	44
Quadro 19- Outras causas para o DCL são: Desidratação.	45
Quadro 20- Outras causas para o DCL são: Insuficiência Renal.	45
Quadro 21- Outras causas para o DCL são: Insuficiência Hepática.	46
Quadro 22- Outras causas para o DCL são: Hipóxia.	46
Quadro 23- Outras causas para o DCL são: Diabetes Mellitus descompensada.	47

Quadro 24- O DCL é considerado uma Demência.....	47
Quadro 25- Alguns dos doentes com DCL desenvolve Demência no período de um ano.	48
Quadro 26- O DCL pode-se caraterizar num declínio cognitivo patológico, associado há evolução para a Demência.....	48
Quadro 27- Alguns dos sintomas de Demência são: Perda de memória frequente e progressiva.....	49
Quadro 28- Alguns dos sintomas de Demência são: Confusão.....	49
Quadro 29- Alguns dos sintomas de Demência são: Atividades de vida diária intactas.	50
Quadro 30- Alguns dos sintomas de Demência são: Alterações de personalidade.....	50

INTRODUÇÃO

No contexto do 4º ano da Licenciatura em enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa e de modo a terminar o plano de estudos pretende-se a realização de um projeto de graduação. A temática pelo autor escolhida para este projeto de graduação é designada: “Conhecimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre Défice Cognitivo Ligeiro”.

A deterioração ligeira da memória e de outras funções cognitivas como o pensamentoso, desde há muito tempo, aceites como uma parte normal do envelhecimento. O Défice Cognitivo Ligeiro é uma categoria médica geralmente designada como a perda de capacidade cognitiva numa proporção maior do que é esperado para a idade da pessoa (Alzheimer Portugal, 2009).

A escolha deste tema deve-se ao facto de, a nível pessoal ter familiares com quadros demenciais, também por querer aprofundar mais conhecimentos acerca desta temática, e sendo este trabalho um elemento avaliativo para o plano de estudos.

Deste modo, o presente estudo pretende identificar conhecimentos dos estudantes do Curso de Licenciatura de Enfermagem.

Posto isto, o presente estudo tem como objetivo específico: Identificar quais os conhecimentos dos estudantes do CLE possuem sobre Défice Cognitivo Ligeiro.

A metodologia do estudo incide sobre um estudo de carácter quantitativo. O instrumento de colheita de dados aplicado foi o questionário, constituído por duas partes: caracterização da amostra e informação da amostra acerca do Défice Cognitivo Ligeiro.

Esta investigação iniciou a Setembro de 2015 e terminou a Julho de 2016.

Os inquiridos consideram que o DCL pode corresponder a um quadro de envelhecimento normal e que interfere nas atividades de vida diária. A maioria dos inquiridos possui conhecimentos sobre o DCL, considera que o DCL tem interferência nas AVD'S, assume para que este seja diagnosticado as AVD'S intactas não são critério, mas também a função cognitiva geral tem de estar alterada. A maioria dos inquiridos considera que a hipóxia, a insuficiência hepática e renal não são causa para

DCL. Penso que ficaram claros, que a maioria dos inquiridos apresenta conhecimento sobre os outros sinais e sintomas de DCL. Também a maioria dos inquiridos considera que os doentes com DCL não desenvolvem demência num período de um ano.

Estruturalmente o trabalho encontra-se dividido em três capítulos, que representam as fases de investigação, sendo eles:

- Fase conceptual define os elementos de um problema. Nesta fase o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema definido, com vista a chegar a uma concepção clara do problema.
- Fase metodológica define os meios necessários para a realização da investigação. O investigador determina a forma pela qual obterá respostas às questões de investigação colocadas ou a verificação das hipóteses formuladas.
- Fase empírica corresponde à colheita de dados no terreno, à sua organização, à sua análise estatística e à discussão dos resultados.

I. FASE CONCEPTUAL

Para Fortin (2009,p.49), na fase conceptual, "o autor elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema".

É a fase mais importante da investigação pois é nela que está a base de todo o trabalho.

1. O problema de investigação

O processo de investigação inicia-se com um problema ou uma questão que o investigador pretende resolver, ou contestar. Seja qual for a problemática de investigação é uma situação que compreende um assunto enigmático, problemático ou intrigante para o investigador. Polit et al. (2004, p. 49)

O exposto conduz à problemática em estudo: Défice Cognitivo Ligeiro.

i. Domínio da investigação

O Défice Cognitivo Ligeiro foi a área de eleição para o estudo. Esta escolha deve-se ao facto de ser uma área de interesse do autor pois já ter vivido com uma pessoa com DCL que rapidamente passou para Doença de Alzheimer, mas também por ser uma temática muito atual. Como existe muita informação sobre o tema, o autor tem curiosidade em saber se essa informação é adquirida corretamente pelos estudantes do CLE.

Segundo Fortin (2009, p.67):

O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos.

Segundo Ribeiro (1999, p.23), a justificação do projeto, “ (...) deverá explicar porque é que aquela investigação é importante, o estado actual da investigação naquela área, porque é que ela deve ser feita (...)”

Para Fortin (2009, p. 80):

Justificar a investigação é demonstrar que ela responde às preocupações atuais, que pode ser útil para a prática da vida profissional e contribuir para o avanço dos conhecimentos.

ii. Questão pivô e questões de investigação

Segundo Fortin (2009, pp72-73):

A questão de investigação é a que pressupõe um processo científico suscetível de fornecer conhecimentos generalizados. É um enunciado claro e não equivocado que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

Como questão pivô teremos:

Quais os conhecimentos dos estudantes do CLE possuem sobre Déficit Cognitivo Ligeiro?

As questões de investigação para este estudo, são as seguintes:

Qual o conhecimento dos Estudantes do CLE, sobre a interferência do DCL nas AVD's?

Qual o conhecimento dos Estudantes do CLE, sobre sinais e sintomas de DCL?

Conseguirão os Estudantes do CLE, distinguir DCL de demência?

2. Revisão da literatura

Segundo Fortin 2003, a revisão da literatura serve para documentar a fonte de ideias e para enriquecer a justificação que sustenta a questão de investigação, os dados bibliográficos são incorporados no problema para apoiar o que se procura demonstrar.

i. Conhecimento vs Informação

Segundo Rey (1999, p. 176) O conhecimento sobre determinado assunto é definido por um conjunto de informações, ideias e conceitos acumulados na memória de um indivíduo, de um grupo ou de uma sociedade.

Conhecimento é pessoal, e é de alguma coisa que foi experimentada por alguém. (...) Este ao contrário da informação não depende da interpretação que a pessoa faz. O conhecimento requer a vivência do objeto do conhecimento. Ou seja, quando falamos do conhecimento, estamos no âmbito puramente subjetivo do homem Setzer (1999, p 62).

Afirma Setzer (1999), “Conhecimento é algo pessoal, algo que já foi experimentado, vivenciado, por alguém.”

Já sobre informação afirma o mesmo autor:

“Informação não pode ser formalizada através de uma teoria lógica ou matemática, que representa algo significativo para alguém através de textos, imagens, sons ou animação”

Diz Setzer, que informação é uma abstração informal (isto é, não pode ser formalizada de uma teoria lógica ou matemática), que está na mente das pessoas representando alguma coisa significativa para esta.

Hashimoto (2009) diz que a informação é um conjunto de dados que varia o significado de pessoa para pessoa. Esse conjunto representa uma informação, quando ela consegue perceber a relação entre os dados e assim associam a cada dado um significado próprio.

Assim um conjunto de dados não transmite a mesma informação para diferentes pessoas. A informação pode ser mais simples ou mais complexa, mas a absorção desta vai depender do repertório que cada indivíduo tem para estabelecer essas relações.

ii. **Demência**

É um termo utilizado para descrever sintomas de um grupo bastante alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É uma palavra abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, capacidade de raciocínio, competências sociais e alterações emocionais normais (Alzheimer Portugal, 2009).

Embora a maioria das pessoas com Demência ser idosas, é importante referir que nem todas desenvolvem Demência e que esta não faz parte do caminho de envelhecimento fisiológico. Pode surgir em qualquer pessoa, mas é mais frequente a partir dos 65 anos (Alzheimer Portugal, 2009).

Em Portugal, calcula-se que existam cerca de 153.000 pessoas com Demência (Alzheimer Portugal, 2009).

Formas de Demência

- Doença de Alzheimer

Caracterizada pela forma mais comum de Demência que afeta 50% a 70% de todos os casos. É uma doença que afeta o cérebro, degenerativa e progressiva. Esta doença afeta as células cerebrais que vão sofrendo uma redução de tamanho e número, dificultando as conexões das células cerebrais acabando por morrer. Ao morrer estas células deixa de existir capacidade de recordar ou assimilar a informação.

Fatores de risco: Idade; Historial familiar; Baixa escolaridade; Antecedentes pessoais (HTA; DM, obesidade, sedentarismo...); Outros (TCE), Demência Vascular.

Esta Demência destina-se aos problemas de circulação do sangue e é o segundo tipo de Demência mais comum.

- Doença de Parkinson

Esta doença também é uma perturbação progressiva do sistema nervoso central, é caracterizada por tremores, rigidez muscular e articular e problemas na fala.

Fatores de risco: Idade > 65 anos; Sexo masculino; Baixa escolaridade; Antecedentes pessoais (AVC); Fatores de risco vascular (HTA, DM, dislipidemia, tabagismo, alcoolismo, doença coronária) Alzheimer Portugal, 2009.

- Demência de Corpos de Lewy

Esta Demência denomina-se com esta terminologia porque existe a presença de estruturas anormais denominadas por Corpos de Lewy que se desenvolvem dentro das células cerebrais e estima-se que puderam ajudar na morte destas. Os sintomas são sugestivos desta Demência: alucinações visuais, rigidez ou tremores. Geralmente é confundida com a Doença de Parkinson pela sintomatologia.

Fatores de risco: Idade superior 75 anos; Sexo masculino; Disfunção cognitiva (alteração da concentração); Alucinações visuais; Tremores (Alzheimer Portugal, 2009).

- Demência Frontotemporal (DFT)

São um conjunto de Demências que em existe a degeneração de um ou de ambos os lobos cerebrais frontal ou temporais.

Fatores de risco: História familiar; Personalidade prévia obsessiva; Patologia psiquiátrica: depressão ou doença bipolar (Alzheimer Portugal, 2009).

Sintomas comuns de Demência (Peterson, 2004)

- Perda de memória frequente e progressiva;
- Confusão;
- Alterações da personalidade;
- Apatia e isolamento;
- Perda de capacidades para a execução das tarefas diárias;

iii. Défice Cognitivo Ligeiro

O termo Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) foi utilizado pela primeira vez em 1987 por Reisberg e cols. Posteriormente em 1995 Petersen et al., reconheceram o DCL como uma entidade clínica independente. Este quadro é caracterizado pela perda recente e pouco intensa de funções cognitivas, sobretudo de memória. Pode corresponder ao declínio cognitivo do envelhecimento normal ou ao início de um processo demencial (Gomes 2013).

O Défice Cognitivo Ligeiro é uma síndrome definido como um declínio cognitivo maior do que o esperado para a idade e escolaridade de um indivíduo, mas que não interfere consideravelmente com as suas actividades de vida diária (Petersen,1999).

O DCL pode ser entendido como uma fase de transição entre as alterações cognitivas próprias do envelhecimento normal e o diagnóstico provável de uma demência em estadio inicial (Peterson, 2004).

O envelhecimento normal pode provocar algum declínio das funções cognitivas, sendo fundamental discriminar o declínio cognitivo relacionado com a idade e associado a um processo de envelhecimento normal, de um declínio cognitivo patológico associado à possibilidade de evolução para demência (Petersen, 2004).

O DCL pode ser detetado através da utilização de vários testes e avaliações, por exemplo este processo deve iniciar-se com uma conversa com o médico, a pessoa e se possível com um/a amigo/a ou membro da família de modo a obter informação aprofundada (Alzheimer Portugal, 2009).

Existem várias escalas de classificação popular para a gravidade.

O exame físico e algumas análises ao sangue são realizados para excluir causas do comprometimento cognitivo, como por exemplo, depressão, problemas com medicação ou mesmo alguma lacuna nutricional. Estas pessoas também serão sujeitas a testes à memória, linguagem, atenção e outras capacidades. Outros exames importantíssimos na deteção do DCL são: a Tomografia Axial Computorizada (TAC) e a Ressonância Magnética (RM) e estes são utilizados para avaliar alterações na estrutura do cérebro (Alzheimer Portugal, 2009).

Sabe-se que é uma situação frequente nos idosos, referindo-se taxas de incidência de 12 a 15/1000 nos indivíduos acima dos 65 anos de idade e 54/1000 acima dos 75 anos (Santana, 2003).

Petersen et al. cit in. Simon e Ribeiro, 2011 dizem que entre 10 a 15% dos indivíduos com DCL desenvolvem demência no período de um ano, enquanto pessoas saudáveis evoluem entre 1 a 2% ao ano.

Segundo Peterson (2004) um sujeito que tenha 85 anos de idade tem uma hipótese, em três, de desenvolver Déficit Cognitivo Ligeiro significativo.

Em média 5 a 10% das pessoas com mais de 65 anos de idade apresentam Déficit Cognitivo Ligeiro, entre as quais 50% irão desenvolver algum tipo de demência, sendo a Demência de Alzheimer a mais frequente (Corrêa, 2008).

a. Critérios clínicos para DCL (Adaptado de Petersen et al. 1999):

- Queixas de memória, de preferência confirmadas por outra pessoa;
- Actividades da vida diária genericamente intactas;
- Função cognitiva geral normal;
- Baixo desempenho em testes de memória objectivado, relativamente à idade e escolaridade;
- Ausência de demência.

b. Outras causas para DCL (Peterson, 2003)

- AVC;
- Traumatismo Craniano;
- Hipóxia (falta de oxigénio a nível cerebral);
- Exposição a tóxicos como o álcool ou drogas de abuso;
- Má nutrição;
- Alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas como a desidratação, a diabetes descompensada, insuficiência renal ou hepática;
- Efeitos secundários de alguns fármacos em especial as benzodiazepinas.

c. Subgrupos para DCL (Peterson, 2003)

- Amnésico

Quando o declínio da memória é o factor predominante. Esta é a forma mais comum e mais estudada de DCL, sendo este subgrupo de mais alto risco de conversão para DA.

- Multidomínios

Apresenta um ligeiro declínio em vários domínios cognitivos, mas não de magnitude para constituir demência; É multidomínios amnésico quando um dos declínios é na memória, e não-amnésico quando a memória não é afectada.

Pode evoluir para DA, DV ou simplesmente ser considerado envelhecimento normal (Lewy, 1994).

- Monodomínio não amnésico

Apresenta um único e relativamente isolado declínio num domínio que não é a memória, como a função executiva, visuoespacial, de processamento ou linguagem.

Pode evoluir para Demência Frontotemporal, Demência dos corpos de Lewy ou DV.

3. Objetivos

Fortin (2009,p.52) refere que "os objetivos definem a direção que o investigador quer dar à investigação".

O objetivo geral deste estudo será:

Identificar o conhecimento dos estudantes do CLE possuem sobre Déficit Cognitivo Ligeiro.

Como objetivos específicos:

Verificar qual o conhecimento dos Estudantes do CLE, sobre a interferência do DCL nas AVD's.

Identificar qual o conhecimento dos Estudantes do CLE, sobre sinais e sintomas de DCL.

Analisar se os Estudantes do CLE, serão capazes de distinguir DCL de demência.

II. FASE METODOLÓGICA

Para Fortin (2009,p.53), a fase metodológica é a elaboração de meios para se realizar a investigação, é no decorrer desta fase que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação.

1. Desenho de investigação

O desenho de investigação para Fortin (2009,p.54) "é o plano lógico traçado pelo investigador, tendo em vista estabelecer uma maneira de proceder à realização dos objetivos, que vão encontrar respostas às questões de investigação (...)".

Aqui encontra-se o meio do estudo: o tipo de estudo, a população e amostra, o método e instrumentos de colheita de dados do estudo, e finalmente o pré-teste.

i. Tipo de estudo

Neste processo de investigação é utilizado o método quantitativo, descritivo exploratório e transversal, para recolha e análise de dados, visto que se pretende Identificar o Conhecimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre Déficit Cognitivo Ligeiro.

A investigação quantitativa é caracterizada por se expressar através de números, que equivalem a entidades abstratas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo (Ribeiro, 2010).

Segundo Fortin (2003, p.22):

(...) método de investigação quantitativo caracterizada por existir uma possível quantificação dos resultados obtidos que se poderá expressar em tabelas e gráficos.

Este estudo tem por base um caráter descritivo uma vez que, segundo Fortin (2009, p. 236) "Visa fornecer uma descrição e uma classificação detalhada de um fenómeno determinado".

"O estudo transversal serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento." Fortin (2009, p. 252).

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

População

Segundo Fortin (2009,p.311) "A população compreende todos os elementos que partilham características comuns as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo".

A população em estudo são todos os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Amostra

A amostra segundo Fortin (2009, p.312) é: “(...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população (...)”.

A amostra em estudo são 30 elementos, estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Processo de Amostragem

No presente estudo a amostra vai ser não probabilística acidental, pois os indivíduos da população não têm igual probabilidade de serem selecionados, para fazerem parte da amostra. Fortin (2009,p.331):

Para além de não probabilística, também se trata de uma técnica de amostragem acidental ou de conveniência, pelo que, esta é constituída por sujeitos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão, ou seja permite escolher sujeitos que estão no momento certo e no local certo Fortin (2009, p. 321)

Segundo Hulley et al. (2008,p. 47) “os critérios de inclusão definem as características principais da população-alvo relacionadas à questão de pesquisa”.

Assim, a amostra deste estudo, é constituída por 30 indivíduos estudantes do CLE, que cumpriam os critérios de inclusão e que após aceitarem participar no estudo, foi-lhes

enviado o consentimento informado por rede social e posteriormente o instrumento de recolha de dados.

iii. Variáveis em estudo

Segundo Fortin (2009, p.171): “ As variáveis são as unidades de base de uma investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos (...) Por exemplo, numa investigação, o peso, a tensão arterial e a idade (...)”.

Para a mesma autora (2009, p.171) “as variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. Podem ser Independentes, dependentes, de investigação, atributo e estranhas) ”.

Face ao tema a estudar e tipo de estudo, definiu-se as variáveis atributo que “são características pré-existentes dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados sociodemográficos (...) ” Fortin (2009, p.172). No presente estudo são: idade, género, estado civil.

- Idade
- Género
- Estado civil

iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Nesta etapa do processo de investigação que debruça sobre a selecção do instrumento de colheita de dados é importante a definição precisa da informação que se pretende obter, pelo que cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém aos objectivos do estudo e às questões de investigação (Fortin, 2009).

Assim, os instrumentos de recolha de dados dão ao investigador a possibilidade de recolher de uma forma ordenada e organizada a informação necessária para que o trabalho de investigação possa ser realizado.

“Como a investigação pode incidir sobre uma variedade de fenómenos, requer o acesso a diversos métodos de colheita de dados.” Fortin (2009,p.56).

O questionário é, segundo Fortin (2009,p.387), "um instrumento que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis."

“Após determinar a informação a recolher, constitui-se um grupo de questões formuladas de modo ordenado. Depois o esboço do questionário foi submetido a apreciação de pessoas entendidas na matéria e só posteriormente foi realizado o pré-teste.” (Fortin, 2009,p.380).

Foram colocadas no início do questionário instruções claras sobre a forma a como devem responder ao questionário, "é preenchido pelo respondente, sem ajuda." (Fortin, 2009,p.386).

Nesta investigação, optou-se pelo questionário (Anexo I), adaptado segundo uma escala de Likert onde: 1 corresponde a discordo totalmente, 2 discordo, 3 nem concordo nem discordo, 4 concordo e 5 concordo totalmente.

O questionário “ (...) é um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito (...) ” (Lakatos et al., 2009, p. 98).

O questionário é constituído por um conjunto de enunciados/questões que possibilitam recolher informação dos participantes, estando a sua utilização aconselhada quando se pretende interrogar um grande número de pessoas (Fortin, 2009; Polit e Beck 2004).

Na construção do questionário procurou-se cumprir as etapas recomendadas por Fortin (2009) nomeadamente: delimitar qual a informação a recolher, construir um elenco de questões, formular as questões, ordenar as questões e redigir a introdução e as instruções.

Recorreu-se à aplicação direta, ou seja, “o questionário foi fornecido ao inquirido pelo próprio investigador para que ele próprio responda às questões” (Quivy et al., 2008, p. 188)

Deste modo, o questionário além de uma breve contextualização do estudo, finalidade e objectivos do mesmo, elenca algumas sugestões importantes para o seu preenchimento, evidencia, naturalmente, o anonimato, a confidencialidade dos dados. Está organizado em duas partes:

Parte I – Versa as variáveis que caracterizam a amostra do estudo, ou seja, dados sociodemográficos dos participantes, constituída por três questões fechadas.

Parte II – Pretende saber qual o Conhecimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre Déficit Cognitivo Ligeiro. Esta parte é formada por dezassete questões. É solicitado aos participantes para assinalarem com um (X) a resposta que melhor traduza a sua opinião.

O questionário foi enviado pelo autor, assim como o documento de consentimento informado, que se encontra no Anexo II. O autor definiu o objetivo do estudo e garantiu o anonimato de todas as informações recolhidas. O questionário foi de auto-preenchimento, pelo que não existiu necessidade de intervenção do autor. Foi utilizada uma rede social, com criação de um formulário no Google Forms.

Pré-teste

O pré-teste é a prova que pretende verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo, este permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções pertinentes. Fortin (2009,p.386).

Após identificação do melhor método para aplicação do questionário, optou-se por este ser aplicado online, este foi enviado pelo próprio investigador diretamente ao inquirido.

O pré-teste foi aplicado desde o dia 10 de Maio do 2016 a 13 de Maio de 2016 a estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que apresentavam as mesmas características da amostra pretendida. Não havendo dúvidas no seu preenchimento relativamente às questões apresentadas, não foi preciso fazer quaisquer alterações. Estes elementos, não fazem parte da amostra em estudo.

v. Tratamento e apresentação dos dados

Após a recolha dos dados, que visa dar resposta aos objetivos do estudo, é fundamental, a organização e análise dos mesmos.

Neste sentido, Fortin (2009 p.410) refere que:

A escolha de ferramentas estatísticas depende principalmente do tipo de investigação efectuada, do tipo de variáveis utilizadas e das questões de investigação que foram formuladas.

Neste estudo recorreu-se à estatística descritiva, que de acordo com a mesma autora (p.411) “tem por objetivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira a que sejam compreendidos (...)”.

Relativamente ao tratamento dos dados recorreu-se ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.22.0, com recurso a medidas de tendência central: média, mediana, desvio padrão, variância, moda e recorrendo também à análise de frequências.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

De acordo com Lo (cit. in Hulley et al. 2008, p.243) “São três os princípios éticos que orientam as pesquisas que envolvem seres humanos: “ (...) o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça”.

Princípio do Respeito

Segundo Lo (cit in Hulley et al. 2008) diz que os investigadores devem obter o consentimento informado, com o intuito de proteger aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e garantir a confidencialidade.

Deste modo, o investigador deve fornecer as informações relevantes e necessárias para que o participante possa decidir sobre a sua participação no estudo.

Será respeitada a privacidade no ato do preenchimento do questionário, salvaguardando a confidencialidade e preservando os seus direitos.

Neste estudo, o respeito pelo mesmo foi cumprido na medida em que todos os participantes foram informados sobre o âmbito, contexto e os objetivos do estudo, bem como solicitado o seu consentimento para participar no estudo estando livre para recusar ou interromper a participação no mesmo, se assim o entendesse, a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Do mesmo modo foi garantida aos participantes a confidencialidade dos dados e anonimato.

Princípio da Justiça

"Os benefícios da pesquisa sejam distribuídos de forma justa e que o acesso aos mesmos seja equitativo" (Lo cit. in Hulley et al. 2008).

Este princípio preconiza que "os benefícios e os encargos sejam distribuídos de forma justa, este também exige acesso equitativo aos benefícios da pesquisa."

Toda a população terá acesso equitativo aos benefícios da pesquisa.

Princípio da Beneficência

"Exige que a pesquisa seja fundamentada cientificamente para verificar-se quais os riscos e benefícios prováveis e, deste modo, poder-se acautelar os riscos minimizando-os." Lo cit. in Hulley et al. (2008).

Foi explicado aos indivíduos constituintes da amostra o problema de investigação e quais os objetivos pretendidos para atingir. Neste sentido os participantes foram informados de que o estudo não implica quaisquer riscos, apenas o incómodo relacionado com o tempo despendido para o preenchimento do questionário.

III. FASE EMPÍRICA

Uma investigação, depois da colheita de dados, acaba com a análise dos mesmos, tendo sido para isso necessário proceder à sua organização e respetivo tratamento estatístico, através do programa informático (SPSS) de forma a poder responder às questões de investigação e dar a conhecer o estudo realizado.

A fase empírica, segundo Fortin (2009, p. 56) corresponde,

À colheita de dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística. No decurso da fase empírica o investigador põe em prática o plano elaborado na fase precedente.

Também, Polit et al., (2004, p. 54) ao referir-se a esta fase afirma “ inclui-se também a apresentação dos dados, a sua análise e interpretação”.

“Uma vez os resultados de investigação apresentados, as etapas seguintes consistem em interpretá-los reportando-se ao quadro teórico ou conceptual e em comunica-los” (Fortin, 2009, p. 56).

É neste sentido que Fortin (2003, p.329) refere:

Os resultados provêm de factos (...) da colheita de dados, estes factos são apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação.

(...) a etapa seguinte consiste em apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões de investigação.”

O Conhecimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre Défice Cognitivo Ligeiro é o interesse deste estudo. Por isso, e com base nos objectivos definidos procedeu-se à análise dos dados recolhidos através do questionário e sua interpretação com recurso á revisão bibliográfica efetuada.

1. Apresentação dos dados, análise e interpretação

Segundo Fortin (2009, p. 410), a análise descritiva de dados é “ (...) o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes”, tratando-se como refere (p.329) de “ (...) uma etapa difícil que exige um pensamento crítico por parte do investigador.” A apresentação dos resultados do estudo é feita através de gráficos e tabelas conforme a ordem das questões formuladas no questionário.

A amostra em estudo é constituída por 30 inquiridos.

Parte I- Caracterização da amostra

Quadro nº 1- Distribuição de dados relativamente ao género

	Frequência	Percentagem
Masculino	6	20,0
Feminino	24	80,0
Total	30	100,0

Quadro 1- Distribuição de dados relativamente ao género

Verifica-se no quadro nº1 que, em relação ao género, 20% dos inquiridos são do sexo masculino e 80% do sexo feminino.

Quadro nº 2- Distribuição de dados relativamente à idade

Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
21,2	21	21	1,9	3,4	18	26

Quadro 2- Distribuição de dados relativamente à idade

No quadro nº 2 verifica-se que, em relação à média de idade é 21,2, de mediana 21,0, moda 21, desvio padrão 1,9, variância 3,4, mínimo 18 e máximo 26.

Quadro nº 3 - Distribuição de dados relativamente ao estado civil

	Frequência	Percentagem
Solteiro(a)	30	100,0

Quadro 3- Distribuição de dados relativamente ao estado civil

Relativamente ao estado civil, verifica-se que 100% dos inquiridos referem ser solteiros.

Parte II- Conhecimento dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre o Déficit Cognitivo Ligeiro

Quadro nº 4 – Conhece alguém com DCL?

	Frequência	Percentagem
Sim	13	43,3
Não	17	56,7
Total	30	100,0

Quadro 4- Conhece alguém com DCL?

Da análise do quadro nº4, verifica-se que dos inquiridos 43,3% refere que conhece alguém com Déficit Cognitivo Ligeiro, já 56,7% refere não conhecer ninguém com essa doença.

Quadro nº 5 – O Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL) é caracterizado pela perda recente e pouco intensa das funções cognitivas, sobretudo a memória.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	1	3,3
Nem concordo, nem discordo	4	13,3
Concordo	24	80,0
Concordo totalmente	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 5- O Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL) é caracterizado pela perda recente e pouco intensa das funções cognitivas, sobretudo a memória.

Para esta afirmação verifica-se que 3,3% dos inquiridos discorda totalmente que o DCL seja caracterizado pela perda recente e pouco intensa das funções cognitivas, sobretudo a memória, assim se verifica também com a mesma percentagem que concordam totalmente. Já 13,3% diz que nem concorda nem discorda com a afirmação. E a maioria 80,0% afirma que concorda com a afirmação.

Quadro nº 6 – A deterioração ligeira das funções cognitivas, como o pensamento, faz parte de um processo de envelhecimento normal.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	9	30,0
Nem concordo, nem discordo	2	6,7
Concordo	17	56,7
Concordo totalmente	2	6,7
Total	30	100,0

Quadro 6- A deterioração ligeira das funções cognitivas, como o pensamento, faz parte de um processo de envelhecimento normal.

Relativamente a este quadro verifica-se que 30,0% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 56,7% concorda que a deterioração ligeira das funções cognitivas, como o pensamento faz parte de um processo de envelhecimento normal, 6,7% dos inquiridos nem concorda nem discorda e com a mesma percentagem concordam totalmente.

Quadro nº 7 – A deterioração ligeira da memória faz parte de um envelhecimento normal.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	6	20,0
Nem concordo, nem discordo	3	10,0
Concordo	21	70,0
Total	30	100,0

Quadro 7- A deterioração ligeira da memória faz parte de um envelhecimento normal.

Relativamente a este quadro verifica-se que 20,0% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 10,0% dos inquiridos nem concorda nem discorda, 70,0% concorda que a deterioração ligeira da memória faz parte de um processo de envelhecimento normal.

Quadro nº 8 – O DCL pode corresponder ao declínio cognitivo do envelhecimento normal.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	2	6,7
Discordo	9	30,0
Nem concordo, nem discordo	7	23,3
Concordo	12	40,0
Total	30	100,0

Quadro 8- O DCL pode corresponder ao declínio cognitivo do envelhecimento normal.

Para esta afirmação verifica-se que 6,7% dos inquiridos discorda totalmente que o DCL pode corresponder ao declínio cognitivo do envelhecimento normal, 30,0% discordam. Já 23,3% diz que nem concorda nem discorda com a afirmação. E a maioria 40,0% afirma que concorda com a afirmação.

Quadro nº 9 – O DCL pode corresponder ao declínio cognitivo de uma fase inicial do processo demencial.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	3	10,0
Nem concordo, nem discordo	8	26,7
Concordo	18	60,0
Concordo totalmente	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 9- O DCL pode corresponder ao declínio cognitivo de uma fase inicial do processo demencial.

Relativamente a este quadro verifica-se que 10,0% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 26,7% dos inquiridos nem concorda nem discorda, 60,0% concorda que o DCL pode corresponder ao declínio cognitivo de uma fase inicial do processo demencial, já 3,3% diz concordar totalmente.

Quadro nº 10 – O DCL interfere nas atividades de vida diária por exemplo: comer, vestir, fazer compras, fazer as lidas da casa....

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	2	6,7
Discordo	4	13,3
Nem concordo, nem discordo	5	16,7
Concordo	17	56,7
Concordo totalmente	2	6,7
Total	30	100,0

Quadro 10- O DCL interfere nas atividades de vida diária por exemplo: comer, vestir, fazer compras, fazer as lidas da casa....

Para esta afirmação verifica-se que 6,7% dos inquiridos discorda totalmente que o DCL interfere nas atividades de vida diária por exemplo; comer, vestir, fazer compras, fazer as lidas de casa, já 13,3% dos inquiridos discordam, já 16,7% refere nem concordar nem discordar com a afirmação. E a maioria 56,7% afirma que concorda com a afirmação. E com apenas 6,7% concorda totalmente com a afirmação.

Quadro nº 11 – É oportuno que nas consultas para diagnosticar o DCL a pessoa em questão esteja sozinha, para um melhor entendimento com o médico.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	5	16,7
Discordo	11	36,7
Nem concordo, nem discordo	3	10,0
Concordo	9	30,0
Concordo totalmente	2	6,7
Total	30	100,0

Quadro 11- É oportuno que nas consultas para diagnosticar o DCL a pessoa em questão esteja sozinha, para um melhor entendimento com o médico.

Relativamente a este quadro verifica-se que 16,7% dos inquiridos discorda totalmente com a afirmação, a maioria 36,7% dos inquiridos refere discordar, já 10,0% nem concorda nem discorda, 30,0% concorda que é oportuno a pessoa em questão se deve apresentar sozinha na consulta, para um melhor entendimento com o médico, já 6,7% diz concordar totalmente.

Quadro nº 12 – Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Queixas de memória.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	1	3,3
Discordo	8	26,7
Nem concordo, nem discordo	10	33,3
Concordo	10	33,3
Concordo totalmente	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 12- Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Queixas de memória.

Relativamente a este quadro verifica-se que 33,3% dos inquiridos nem concorda nem discorda com a afirmação, com a mesma percentagem de inquiridos concorda. Já 26,7% dos inquiridos refere com discorda da afirmação, 3,3% discorda totalmente e 3,3% concorda totalmente.

Quadro nº 13 – Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Atividades de vida diária conservadas.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	1	3,3
Discordo	7	23,3
Nem concordo, nem discordo	13	43,3
Concordo	7	23,3
Concordo totalmente	2	6,7
Total	30	100,0

Quadro 13- Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Atividades de vida diária conservadas.

Para esta afirmação verifica-se que 3,3% dos inquiridos discorda totalmente que o DCL para ser diagnosticado tem de existir atividades de vida diária conservadas, já 23,3% dos inquiridos discorda a mesma percentagem de inquiridos refere que concorda com a afirmação, 43,3% refere nem concordar nem discordar com a afirmação. E apenas 6,7% concorda totalmente com a afirmação.

Quadro nº 14 – Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Função cognitiva geral intacta.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	2	6,7
Discordo	12	40,0
Nem concordo, nem discordo	9	30,0
Concordo	7	23,3
Total	30	100,0

Quadro 14- Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Função cognitiva geral intacta.

Para esta afirmação verifica-se que 6,7% dos inquiridos discorda totalmente que o DCL ser diagnosticado tem de existir função cognitiva geral intacta, já a maioria 40,0% dos inquiridos discorda da afirmação, 30,0% dos inquiridos refere nem concordar nem discordar com a afirmação, 23,3% refere concordar com a afirmação.

Quadro nº 15 – Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Déficit de memória objetivo, relativamente à idade e nível educacional.

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	2	6,7
Discordo	3	10,0
Nem concordo, nem discordo	9	30,0
Concordo	13	43,3
Concordo totalmente	3	10,0
Total	30	100,0

Quadro 15-Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Déficit de memória objetivo, relativamente à idade e nível educacional.

Para esta afirmação verifica-se que 6,7% dos inquiridos discorda totalmente que o DCL ser diagnosticado tem de existir déficit de memória objetivo relativamente à idade e ao nível educacional, já 10,0% dos inquiridos discorda da afirmação, 30,0% dos inquiridos refere que nem concorda nem discorda com a afirmação, 43,3% refere concordar com a afirmação. E 10,0% concorda totalmente.

Quadro nº 16 – Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Ausência de Demência.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	2	6,7
Discordo	5	16,7
Nem concordo, nem discordo	9	30,0
Concordo	10	33,3
Concordo totalmente	4	13,3
Total	30	100,0

Quadro 16- Para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Ausência de Demência.

Relativamente a este quadro verifica-se que 6,7% dos inquiridos discorda totalmente com a afirmação, já 16,7% discorda que para o DCL ser diagnosticado tem de existir ausência de demência, 30,0% nem concorda nem discorda com a afirmação, já 33,3% de inquiridos concorda. E 13,3% dos inquiridos refere concordar totalmente com a afirmação.

Quadro nº 17 – Outras causas para o DCL são: Acidente Vascular Cerebral.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	1	3,3
Nem concordo, nem discordo	6	20,0
Concordo	21	70,0
Concordo totalmente	2	6,7
Total	30	100,0

Quadro 17- Outras causas para o DCL são: Acidente Vascular Cerebral.

Relativamente a este quadro verifica-se que 3,3% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 20,0% nem concorda nem discorda que o AVC possa ser uma causa para o DCL, 70,0% concorda com a afirmação, já 6,7% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação.

Quadro nº 18 – Outras causas para o DCL são: Traumatismo craneo-encefálico.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	1	3,3
Nem concordo, nem discordo	5	16,7
Concordo	22	73,3
Concordo totalmente	2	6,7
Total	30	100,0

Quadro 18- Outras causas para o DCL são: Traumatismo craneo-encefálico.

Para esta afirmação verifica-se que 3,3% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 16,7% nem concorda nem discorda que o TCE possa ser uma causa para o DCL, já 73,3% dos inquiridos concorda da afirmação, 6,7% dos inquiridos refere concordar totalmente.

Quadro nº 19 – Outras causas para o DCL são: Desidratação.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	8	26,7
Nem concordo, nem discordo	10	33,3
Concordo	11	36,7
Concordo totalmente	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 19- Outras causas para o DCL são: Desidratação.

Relativamente a este quadro verifica-se que 26,7% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 33,3% nem concorda nem discorda que a desidratação possa ser uma causa para o DCL, 36,7% concorda com a afirmação, já 3,3% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação.

Quadro nº 20 – Outras causas para o DCL são: Insuficiência Renal.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	10	33,3
Nem concordo, nem discordo	9	30,0
Concordo	10	33,3
Concordo totalmente	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 20- Outras causas para o DCL são: Insuficiência Renal.

Relativamente a este quadro verifica-se que 33,3% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 30,0% nem concorda nem discorda que a insuficiência renal possa ser uma causa para o DCL, 33,3% concorda com a afirmação, já 3,3% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação.

Quadro nº 21 – Outras causas para o DCL são: Insuficiência Hepática.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	11	36,7
Nem concordo, nem discordo	8	26,7
Concordo	10	33,3
Concordo totalmente	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 21- Outras causas para o DCL são: Insuficiência Hepática.

Para esta afirmação verifica-se que 36,7% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 26,7% nem concorda nem discorda que insuficiência hepática possa ser uma causa para o DCL, já 33,3% dos inquiridos concorda da afirmação e 3,3% dos inquiridos refere concordar totalmente.

Quadro nº 22 – Outras causas para o DCL são: Hipóxia

	Frequência	Porcentagem
Discordo	1	3,3
Nem concordo, nem discordo	5	16,7
Concordo	22	73,3
Concordo totalmente	2	6,7
Total	30	100,0

Quadro 22- Outras causas para o DCL são: Hipóxia

Relativamente a este quadro verifica-se que 3,3% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 16,7% nem concorda nem discorda que a hipóxia possa ser uma causa para o DCL, 73,3% concorda com a afirmação, já 6,7% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação.

Quadro nº 23 –Outras causas para o DCL são: Diabetes Mellitus descompensada.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	6	20,0
Nem concordo, nem discordo	9	30,0
Concordo	14	46,7
Concordo totalmente	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 23- Outras causas para o DCL são: Diabetes Mellitus descompensada.

Relativamente a este quadro verifica-se que 20,0% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 30,0% nem concorda nem discorda que a diabetes mellitus descompensada possa ser uma causa para o DCL, 46,7% concorda com a afirmação, já 3,3% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação.

Quadro nº 24 – O DCL é considerado uma Demência.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	2	6,7
Discordo	12	40,0
Nem concordo, nem discordo	8	26,7
Concordo	8	26,7
Total	30	100,0

Quadro 24- O DCL é considerado uma Demência.

Relativamente a este quadro verifica-se que 6,7% dos inquiridos discorda totalmente com a afirmação, já 40,0% discorda que o DCL seja uma demência, 26,7% nem concorda nem discorda, com a mesma concordam com a afirmação.

Quadro nº 25 – Alguns dos doentes com DCL desenvolve Demência no período de um ano.

	Frequência	Percentagem
Discordo	3	10,0
Nem concordo, nem discordo	18	60,0
Concordo	8	26,7
Concordo totalmente	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 25- Alguns dos doentes com DCL desenvolve Demência no período de um ano.

Relativamente a este quadro verifica-se que 10,0% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 60,0% nem concorda nem discorda que doentes com DCL desenvolvam demência no período de um ano, 26,7% concorda com a afirmação, já 3,3% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação.

Quadro nº 26 – O DCL pode-se caracterizar num declínio cognitivo patológico, associado há evolução para a Demência.

	Frequência	Percentagem
Discordo	3	10,0
Nem concordo, nem discordo	7	23,3
Concordo	19	63,3
Concordo totalmente	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 26- O DCL pode-se caracterizar num declínio cognitivo patológico, associado há evolução para a Demência.

Para esta afirmação verifica-se que 10,0% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 23,3% nem concorda nem discorda que o DCL se pode caracterizar num declínio cognitivo patológico associado há evolução para a demência, já 63,3% dos inquiridos concorda da afirmação, 3,3% dos inquiridos refere concordar totalmente.

Quadro nº 27 – Alguns dos sintomas de Demência são: Perda de memória frequente e progressiva.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	2	6,7
Nem concordo, nem discordo	5	16,7
Concordo	20	66,7
Concordo totalmente	3	10,0
Total	30	100,0

Quadro 27- Alguns dos sintomas de Demência são: Perda de memória frequente e progressiva.

Para esta afirmação verifica-se que 6,7% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 16,7% nem concorda nem discorda que a perda de memória frequente e progressiva seja um dos sintomas de demência, 66,7% dos inquiridos concorda da afirmação, e 10,0% dos inquiridos refere concordar totalmente.

Quadro nº 28 – Alguns dos sintomas de Demência são: Confusão.

	Frequência	Porcentagem
Nem concordo, nem discordo	1	3,3
Concordo	26	86,7
Concordo totalmente	3	10,0
Total	30	100,0

Quadro 28- Alguns dos sintomas de Demência são: Confusão.

Para esta afirmação verifica-se que 3,3% dos inquiridos nem concorda nem discorda com a afirmação, já 86,7% refere concordar que a confusão é um dos sintomas de demência, já 10,0% dos inquiridos concorda totalmente com a afirmação.

Quadro nº 29 – Alguns dos sintomas de Demência são: Atividades de vida diária intactas.

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	2	6,7
Discordo	18	60,0
Nem concordo, nem discordo	4	13,3
Concordo	5	16,7
Concordo totalmente	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 29- Alguns dos sintomas de Demência são: Atividades de vida diária intactas.

Relativamente a este quadro verifica-se que 6,7% dos inquiridos discorda totalmente com a afirmação, já 60,0% discorda que atividades de vida diária intactas, seja um dos sintomas de demência, 16,7% concorda com a afirmação, já 3,3% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação.

Quadro nº 30 – Alguns dos sintomas de Demência são: Alterações de personalidade.

	Frequência	Porcentagem
Discordo	2	6,7
Nem concordo, nem discordo	3	10,0
Concordo	23	76,7
Concordo totalmente	2	6,7
Total	30	100,0

Quadro 30- Alguns dos sintomas de Demência são: Alterações de personalidade.

Relativamente a este quadro verifica-se que 6,7% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 10,0% nem concorda nem discorda que alterações de personalidade, seja um dos sintomas de demência, 76,7% concorda com a afirmação, já 6,7% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação.

2. Discussão de resultados

Após apresentação e análise dos resultados obtidos, tem que se analisar estes no contexto do estudo.

No que diz respeito à primeira parte do questionário, caracterização da amostra, foram questionados 6 homens e 24 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e 26 anos, com uma média de idade da amostra de 21,2 anos.

Em relação ao estado civil 100% dos elementos da amostra são solteiros.

Da análise do quadro nº 4, onde se questiona se conhece alguém com DCL, verifica-se que dos inquiridos 43,3% refere que conhece alguém com Défice Cognitivo Ligeiro, já 56,7% refere não conhecer ninguém com essa doença.

Da análise do quadro nº 5, sendo a afirmação o Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) é caracterizado pela perda recente e pouco intensa das funções cognitivas, sobretudo a memória. Para esta afirmação verifica-se a maioria 80,0% afirma que concorda com a afirmação. Este resultado vai de encontro com Petersen et al. 1995 que diz, que “este quadro é caracterizado pela perda recente e pouco intensa de funções cognitivas, sobretudo de memória”.

Da análise do quadro nº 6, sendo a afirmação a deterioração ligeira das funções cognitivas, como o pensamento, faz parte de um processo de envelhecimento normal. Relativamente a este quadro verifica-se que 56,7% concorda que a deterioração ligeira das funções cognitivas, como o pensamento faz parte de um processo de envelhecimento normal. A deterioração ligeira das funções cognitivas como o pensamento são, desde há muito tempo, aceites como uma parte normal do envelhecimento (Alzheimer Portugal, 2009). Os dados apresentados vem de encontro com o que a Associação de Alzheimer de Portugal relata.

Da análise do quadro nº 7, sendo a afirmação a deterioração ligeira da memória faz parte de um envelhecimento normal. Relativamente a este quadro verifica-se que 70,0% concorda que a deterioração ligeira da memória faz parte de um processo de envelhecimento normal. A deterioração ligeira da memória são aceites como uma parte normal do envelhecimento (Alzheimer Portugal, 2009).

Da análise do quadro nº 8, sendo a afirmação o DCL pode corresponder ao declínio cognitivo do envelhecimento normal. Para esta afirmação verifica-se que 40,0% afirma que concorda com a afirmação. Gomes, 2013 relata que o DCL pode corresponder ao declínio cognitivo do envelhecimento normal.

Da análise do quadro nº 9, sendo a afirmação o DCL pode corresponder ao declínio cognitivo de uma fase inicial do processo demencial. Relativamente a este quadro verifica-se que 60,0% concorda que o DCL pode corresponder ao declínio cognitivo de uma fase inicial do processo demencial. Segundo Gomes, 2013 este relata que o DCL pode corresponder ao declínio cognitivo do início de um processo demencial.

Da análise do quadro nº 10, sendo a afirmação o DCL interfere nas atividades de vida diária por exemplo: comer, vestir, fazer compras, fazer as lidas da casa....Para esta afirmação verifica-se que 56,7% afirma que concorda com a afirmação. Segundo Peterson em 2004 a perda de capacidades para execução de tarefas diárias são sintomas comuns de Demência. Logo constata-se que os resultados obtidos não vão de encontro à afirmação de Peterson.

Da análise do quadro nº 11, sendo a afirmação é oportuno que nas consultas para diagnosticar o DCL a pessoa em questão esteja sozinha, para um melhor entendimento com o médico. Relativamente a este quadro verifica-se que a maioria 36,7% dos inquiridos refere discordar, 30,0% concorda que é oportuno a pessoa em questão se deve apresentar sozinha na consulta, para um melhor entendimento com o médico. Logo constata-se que os resultados obtidos vão ao encontro da afirmação segundo a Alzheimer Portugal que relata "...este processo deve iniciar-se com uma conversa com o médico, a pessoa e se possível com um/a amigo/a ou membro da família de modo a obter um melhor entendimento".

Da análise do quadro nº 12, sendo a afirmação para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Queixas de memória. Relativamente a este quadro verifica-se que 33,3% dos inquiridos nem concorda nem discorda com a afirmação, com a mesma percentagem de inquiridos concorda. Segundo Peterson et al. em 1999 um dos critérios clínicos para DCL são queixas de memória. Os dados deste estudo vão de encontro ao que o autor define.

Da análise do quadro nº 13, sendo a afirmação para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Atividades de vida diária conservadas. Para esta afirmação verifica-se que 23,3% dos inquiridos concorda com a afirmação, 43,3% refere nem concorda nem discorda com a afirmação. Segundo Peterson et al. em 1999 um dos critérios clínicos para DCL são atividades de vida diária genericamente intactas, logo os resultados deste estudo não evidenciam o mesmo.

Da análise do quadro nº 14, sendo a afirmação para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Função cognitiva geral intacta. Para esta afirmação verifica-se que 40,0% dos inquiridos discorda da afirmação já 23,3% refere concordar com a afirmação. Segundo Peterson et al. em 1999 um dos critérios clínicos para DCL é função cognitiva geral normal. Os dados obtidos neste estudo não vão de encontro com o que o autor define.

Da análise do quadro nº 15, sendo a afirmação para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Défice de memória objetivo, relativamente à idade e nível educacional. Para esta afirmação verifica-se que 43,3% refere concordar com a afirmação e 10,0% concorda totalmente. Segundo Peterson et al. em 1999 um dos critérios clínicos para DCL é o baixo desempenho em testes de memória objectivado, relativamente à idade e escolaridade. Os resultados obtidos evidenciam o que o autor define.

Da análise do quadro nº 16, sendo a afirmação para o DCL ser diagnosticado tem de existir: Ausência de Demência, verifica-se que 30,0% nem concorda nem discorda com a afirmação, já 33,3% de inquiridos concorda. Segundo Peterson et al. em 1999 um dos critérios clínicos para DCL é a ausência de demência. Os resultados obtidos vão de encontro ao que o autor define.

Da análise do quadro nº 17, sendo a afirmação outras causas para o DCL são: Acidente Vascular Cerebral, verifica-se que 70,0% concorda com a afirmação, já 6,7% de inquiridos concorda totalmente. Segundo Peterson em 2003 define o Acidente Vascular Cerebral como causa para o DCL, sendo os resultados explicitadores.

Da análise do quadro nº 18, sendo a afirmação outras causas para o DCL são: Traumatismo craneo-encefálico 73,3% dos inquiridos concorda da afirmação, 6,7% dos inquiridos refere concordar totalmente. Segundo Peterson em 2003 define o Traumatismo Craniano como causa para o DCL, logo os resultados obtidos vão de encontro com o autor.

Da análise do quadro nº 19, sendo a afirmação outras causas para o DCL são: Desidratação, verifica-se que 36,7% concorda com a afirmação, já 3,3% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação. Segundo Peterson em 2003 define a desidratação como causa para o DCL. Os resultados obtidos explicitam da melhor forma o que Peterson quer transmitir.

Da análise do quadro nº 20, sendo a afirmação outras causas para o DCL são: Insuficiência Renal, verifica-se que 33,3% dos inquiridos discorda com a afirmação, também 33,3% concorda com a afirmação, já 3,3% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação. Segundo Peterson em 2003 define a insuficiência renal como causa para o DCL. Sendo, que os dados obtidos neste estudo não vão ao encontro do autor.

Da análise do quadro nº 21, sendo a afirmação outras causas para o DCL são: Insuficiência Hepática, verifica-se que 36,7% dos inquiridos discorda com a afirmação, já 33,3% dos inquiridos concorda da afirmação, 3,3% dos inquiridos refere concordar totalmente. Segundo Peterson em 2003 define a insuficiência hepática como causa para o DCL. Os resultados obtidos neste estudos não vão ao encontro com o que o autor define.

Da análise do quadro nº 22, sendo a afirmação outras causas para o DCL são: Hipóxia, verifica-se que 73,3% concorda com a afirmação, já 6,7% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação. Segundo Peterson em 2003 define a Hipóxia (falta de oxigénio a nível cerebral) como causa para o DCL. Os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro do que o autor define.

Da análise do quadro nº 23, sendo a afirmação outras causas para o DCL são: Diabetes Mellitus descompensada, verifica-se que 46,7% concorda com a afirmação, já 3,3% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação. Segundo Peterson em 2003 define a Diabetes Mellitus descompensada como causa para o DCL. Sendo os dados deste estudo explicitares do que o autor define.

Da análise do quadro nº 24, sendo a afirmação o DCL é considerado uma Demência, verifica-se que 6,7% dos inquiridos discorda totalmente com a afirmação, já 40,0% discorda que o DCL seja uma demência, 26,7% nem concorda nem discorda, com a mesma concordam com a afirmação. Peterson em 2004 diz que o DCL pode ser entendido como uma fase de transição entre as alterações cognitivas próprias do

envelhecimento normal e o diagnóstico provável de uma demência em estadios inicial. Sendo os resultados deste estudos explicitadores do que o autor transmite.

Da análise do quadro nº 25, sendo a afirmação alguns dos doentes com DCL desenvolvem Demência no período de um ano, verifica-se que 60,0% nem concorda nem discorda que doentes com DCL desenvolvam demência no período de um ano, 26,7% concorda com a afirmação, já 3,3% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação. Petersen et al., cit in. Simon e Ribeiro, 2011 dizem que entre 10 a 15% dos indivíduos com DCL desenvolvem demência no período de um ano, enquanto pessoas saudáveis evoluem entre 1 a 2% ao ano. Sendo, que os resultados obtidos neste estudo não evidenciam o que o autor define.

Da análise do quadro nº26, sendo a afirmação o DCL pode-se caracterizar num declínio cognitivo patológico, associado há evolução para a Demência, verifica-se que 63,3% dos inquiridos concorda da afirmação, 3,3% dos inquiridos refere concordar totalmente. O envelhecimento normal pode provocar algum declínio das funções cognitivas, sendo fundamental discriminar o declínio cognitivo relacionado com a idade e associado a um processo de envelhecimento normal, de um declínio cognitivo patológico associado à possibilidade de evolução para demência diz Peterson em 2004.

Da análise do quadro nº 27, sendo a afirmação alguns dos sintomas de Demência são: Perda de memória frequente e progressiva, verifica-se que 66,7% dos inquiridos concorda da afirmação, e 10,0% dos inquiridos refere concordar totalmente. Segundo Peterson em 2004, a perda de memória frequente e progressiva é um dos sintomas comuns de Demência. Em concordância com o autor estão os resultados obtidos neste estudo.

Da análise do quadro nº 28, sendo a afirmação alguns dos sintomas de Demência são: Confusão, verifica-se que 86,7% refere concordar que a confusão é um dos sintomas de demência, 10,0% dos inquiridos concorda totalmente com a afirmação. Segundo Peterson em 2004, a confusão é um dos sintomas comuns de Demência. Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao que o autor define.

Da análise do quadro nº 29, sendo a afirmação alguns dos sintomas de Demência são: Atividades de vida diária intactas, verifica-se que 60,0% discorda com a afirmação, 16,7% concorda com a afirmação. Segundo Peterson em 2004, a perda de capacidades

para a execução das tarefas diárias é um dos sintomas comuns de Demência. Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao que o autor define.

Da análise do quadro nº 30, sendo a afirmação alguns dos sintomas de Demência são: Alterações de personalidade, verifica-se que 76,7% concorda com a afirmação, já 6,7% de inquiridos concorda totalmente com a afirmação. Segundo Peterson em 2004, as alterações da personalidade é um dos sintomas comuns de Demência. Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao que o autor define.

IV. CONCLUSÃO

Com o finalizar desta investigação, tem-se plena consciência do esforço e dedicação investidas neste trabalho.

O presente projeto de investigação permitiu estudar e refletir sobre o conhecimento dos estudantes do CLE sobre Défice Cognitivo Ligeiro. São apresentadas algumas reflexões finais acerca do mesmo, das questões de investigação, objectivos propostos e resultados obtidos.

A elaboração deste projeto de investigação permitiu ao autor colocar em prática os conhecimentos adquiridos sobre os trabalhos científicos, e também aprofundar os conhecimentos teóricos na área do DCL através da realização da pesquisa bibliográfica.

O estudo foi desenvolvido no núcleo de alunos da Licenciatura em Enfermagem foram entregues 30 questionários, sempre privilegiando os direitos éticos de cada indivíduo.

Os objetivos tendo sido atingidos, fazem-se sugestões para este estudo, como sejam desenvolver uma investigação com amostras maiores, mas também fazer uma apresentação do trabalho desenvolvido à comunidade académica.

Os inquiridos consideram que o DCL pode corresponder a um quadro de envelhecimento normal e que interfere nas atividades de vida diária.

Percebeu-se que a maioria dos inquiridos possui conhecimentos sobre o DCL.

Conclui-se que a maioria dos inquiridos considera que o DCL tem interferência nas AVD'S.

Assumem que, para o DCL ser diagnosticado as AVD'S conservadas não são critério, mas também a função cognitiva geral tem de estar alterada.

A maioria dos inquiridos considera que a hipóxia, a insuficiência hepática e renal não são causa para DCL. Penso que ficaram claros, que a maioria dos inquiridos apresenta conhecimento sobre os outros sinais e sintomas de DCL.

A maioria dos inquiridos considera que os doentes com DCL não desenvolvem demência num período de um ano.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Corrêa, A. C. O. (2008). Neuropsicologia da memória e sua avaliação. In Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P., Cosenza, R. M. & Colaboradores (Coord.), Neuropsicologia, teoria e prática (pp. 168-186). Porto Alegre: Artmed.

Déficit Cognitivo Ligeiro [Em linha]. Disponível em: <<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-31-17-defice-cognitivo-ligeiro>> Consultado em: [10/04/2016].

Dado, informação, conhecimento e competência [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ime.usp.br/~vwsetzer/dado-info.html>> Consultado em: [14/05/2016].

Estarei a perder a memória? [Em linha]. Disponível em: <<http://antoniomngomes.blogs.sapo.pt/2019.html>> Consultado em: [14/05/2016].

Fortin, M. (2003). O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Lusociência.

Gomes (2013). Saúde mental e psiquiátrica. Editora Lusociência, Lisboa.

Hashimoto, A. (2009) *Gestão de conhecimento e aprendizagem organizacional*. [Em linha] Disponível em: <<http://kmol.pt/artigos/2003/02/01/o-que-e-conhecimento>> [Consultado a 10/04/2016].

Hulley, S. B. et alii – “Delineando a Pesquisa Clínica. Porto Alegre. Artmed Editora. 2008.

Hulley S. *et alii*. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica, uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, Artmed.

Lakatos, E., M. Marina, A. (2009). Fundamentos de Metodologia Científica 6ª Edição, São Paulo, Editora Atlas.

Levy, R. on behalf of the Aging-Associated Cognitive Decline Working Party (1994). Aging-associated cognitive decline. *Int. Psychogeriatr.* 6, 63-68.

Plano nacional de intervenção alzheimer [Em linha]. Disponível em: <<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>> Consultado em: [10/04/2016].

Manual de Estilo de Elaboração de Monografia [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ufp.pt/docs/Manual-Estilo-Elabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>> Consultado em: [13/02/2016].

Petersen, R. C. (2003). MCI: Conceptual overview. In R. C. Petersen (Ed.), *Mild Cognitive Impairment: Aging to Alzheimer's disease.* (pp.1-14). New York: Oxford University Press.

Petersen, R. C. (2004a). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of International Medicine*, 256: 183-194. Doi: 10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x.

Petersen, R. C. (2004b). Características Clínicas. In R. C. Petersen & J. C. Morris (Eds.). *Défice cognitivo ligeiro – o envelhecimento e a doença de alzheimer* (pp. 15-39). Lisboa: Climepsi.

Petersen, R. C. (2004b). Características Clínicas. In R. C. Petersen & J. C. Morris (Eds.). *Défice cognitivo ligeiro – o envelhecimento e a doença de alzheimer* (pp. 15-39). Lisboa: Climepsi.

Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, C. S., Ivnik, R.J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*, 56, 303-308.

Polít, D., Beck, C. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos de avaliação e utilização.* Porto Alegre, Artmed Editora.

Polít, D. *et alii.*, (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem – Métodos de avaliação e utilização.* Porto Alegre, Artmed Editora.

Petersen, R.C. (1995), <<Normal aging, mild cognitive impairment, and early Alzheimer's disease>>, *Neurologist* 12.

Quivy, R. e Campenhoudt, V. (2008). *Manual Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

REISBERG, B.; BORENSTEIN, J.; SALOB, S.P.; FERRIS, S.H.; FRANSSEN, E.; CEOROHS, A. (1987), <<behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment>>, *J. CLIN. Psychiatry*, 48.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto. Legis Editora.

Rey, L. (1999). *Dicionários de termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A.

Santana, I (2003). O Defeito Cognitivo Ligeiro: Entre o envelhecimento e a demência. *Psychology* 34, 99-115.

SIMON, Sharon Sanz e RIBEIRO, Marilda Pierro de Oliveira – “Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica”.

SIMON, Sharon Sanz e RIBEIRO, Marilda Pierro de Oliveira – “Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica”. [Em linha].

Disponível em:

<<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/6795/4918>>

Consultado em: [10/04/2016].

Anexos

Anexo I- Questionário

QUESTIONÁRIO

Título do projeto: Conhecimento dos alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre Déficit Cognitivo Ligeiro.

Aluna: Elsa Marina Machado Melo

Elsa Marina Machado Melo, aluna do 4º Ano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, vem por este meio pedir a sua colaboração num estudo sobre o “Conhecimento dos alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre Déficit Cognitivo Ligeiro”.

Este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento dos alunos do Curso de Enfermagem sobre o Déficit Cognitivo Ligeiro.

Este questionário é anónimo e confidencial, pelo se solicita que não se identifique em nenhum momento.

Deverá responder ao questionário de acordo com a sua opinião. Deverá evitar deixar questões por responder.

Tempo aproximado de preenchimento: 4 minutos.

Obrigada pela sua colaboração!

A Aluna:

(Elsa Marina Machado Melo)

Questionário

1ª Parte

Caraterização da Amostra

1. Género

- Masculino
- Feminino

2. Idade

3. Estado civil

- Solteira/o
- Casada/o
- Viúva/o
- Divorciada/o
- Outro

2ª Parte

O Défice Cognitivo Ligeiro é uma categoria médica geralmente designada como a perda de capacidade cognitiva numa proporção maior do que é esperado para a idade da pessoa.

4. Conhece alguém com Défice Cognitivo Ligeiro (DCL)?

- Sim
- Não

5. O DCL é caracterizado pela perda recente e pouco intensa das funções cognitivas, sobretudo a memória.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

6. A deterioração ligeira das funções cognitivas, como o pensamento, faz parte de um processo de envelhecimento normal.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

7. A deterioração ligeira da memória faz parte de um envelhecimento normal.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

8. O DCL pode corresponder ao declínio cognitivo do envelhecimento normal.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

9. O DCL pode corresponder ao declínio cognitivo de uma fase inicial do processo demencial.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

10. O DCL interfere nas atividades de vida diária por exemplo: comer, vestir, fazer compras, fazer as lidas da casa....

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

11. É oportuno que nas consultas para diagnosticar o DCL a pessoa em questão esteja sozinha, para um melhor entendimento com o médico.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

12. Para o DCL ser diagnosticado tem de existir:

12.1. Queixas de memória;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

12.2. Atividades de vida diária conservadas;

- Discordo totalmente
- Discordo

- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

12.3. Função cognitiva geral intacta;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

12.4. Défice de memória objetivo, relativamente à idade e nível educacional;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

12.5. Ausência de Demência.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

13. Outras causas para o DCL são:

13.1. Acidente Vascular Cerebral;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

13.2. Traumatismo craneo-encefálico;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

13.3. Desidratação;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

13.4. Insuficiência Renal;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

13.5. Insuficiência Hepática;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

13.6. Hipóxia;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo

- Concordo
- Concordo totalmente

13.7. Diabetes Mellitus descompensada.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

14. O DCL é considerado uma Demência.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

15. Alguns dos doentes com DCL desenvolve Demência no período de um ano.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

16. O DCL pode se caracterizar num declínio cognitivo patológico, associado há evolução para a Demência.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

17. Alguns dos sintomas de Demência são:

17.1. Perda de memória frequente e progressiva;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

17.2. Confusão;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

17.3. Atividades de vida diária intactas;

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

17.4. Alterações de personalidade.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Nem concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Obrigado pela sua atenção!

**Anexo II – Declaração de
Consentimento Informado**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____ / ____ / 20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

